

Tiroides lingual en el niño. A propósito de un caso y su revisión en la literatura

Lingual thyroid in the child. Case presentation and its review in the literature

Dr. Juan Miguel Iglesias Solís; Dr. Antonio Gutiérrez Macías

Hospital Pediátrico Docente Provincial Eduardo Agramonte Piña. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se hace la presentación de un caso de tiroides lingual en una niña de cinco años de edad atendida en el Hospital Provincial Pediátrico de Camagüey, entidad rara en la práctica pediátrica, lo cual nos ha permitido indagar sobre algunos aspectos de interés en esta enfermedad en los niños y sus características clínicas, anatomopatológicas y conducta a seguir.

DeCS: GLÁNDULA TIROIDES/ patología; ENFERMEDADES DE LA TIROIDES/ diagnóstico; NEOPLASMAS DE LA TIROIDES/ diagnóstico; NIÑO; INFORME DE CASO.

ABSTRACT

A case lingual thyroid in a five years old girl is presented. She was assisted at the Provincial Pediatric Hospital of Camagüey. It is rare entity in pediatric practice, which has made is to investigate about some aspects of interest in this disease in children, its clinical, pathoanatomic characteristics and behaviour to follow.

DeCS: THYROID GLAND/pathology; THYROID DISEASES/diagnosis; THYROID NEOPLASMS /diagnosis; CHILD; CASE REPORT.

INTRODUCCIÓN

La glándula tiroides aparece en el feto como una proliferación epitelial en el piso de la faringe, aproximadamente en la cuarta semana de gestación, entre el tubérculo impar y la eminencia hipobraquial, en un sitio que en una etapa ulterior corresponde al agujero ciego. Se origina de tres esbozos, uno medial y dos laterales; el medio proviene de la porción ventral de la faringe, que sigue el patrón del corazón y los grandes vasos y desciende por delante del intestino faríngeo, permanece unido a la lengua por el conducto tirogloso y se convierte en una estructura bilobulada. Al llegar a la cara anterior de la tráquea, se pone en contacto con los esbozos laterales que provienen de la cuarta bolsa faríngea y da origen a las células parafoliculares o células C, que secretan calcitonina. El borde distal del conducto tirogloso forma el lóbulo piramidal. El resto del epitelio del conducto se degenera, atrofia y desaparece. ¹

En el desarrollo normal de la tiroides, el blastema lingual desciende desde la base de la lengua en desarrollo hasta su posición en el cuello, se mueve por detrás del corazón en desarrollo.

En muchos individuos un resto de la tiroides descendente es palpable como un conducto tirogloso y en esta estructura pueden producirse quistes, bocio o carcinoma. Entre las anomalías del desarrollo se encuentra la falta de descenso del elemento lingual que da lugar a la formación de la glándula tiroides en la base de la lengua.

En el 70 % de los casos, la tiroides lingual se acompaña de diversos grados de hipotiroidismo, comúnmente precipitado por un incremento en la actividad física durante la pubertad o el embarazo. Es poco común observar esta alteración al mismo tiempo que una glándula tiroides normal en el cuello. ²

Un caso de tiroides lingual pequeña en un paciente asintomático puede no requerir de tratamiento, sólo con vigilancia periódica de la tumoración y de las pruebas de función tiroidea. ^{1, 2}

Los individuos con síntomas de obstrucción severa, sospecha de malignidad, ulceración o sangrado que no responden bien al tratamiento hormonal, requieren intervención quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Se trata de una niña de cinco años de edad, blanca, que asiste a la consulta de otorrino del Hospital Pediátrico Provincial Docente, por presentar algo raro en la garganta.

Refiere la madre que la niña presentó hace alrededor de un año crisis de amigdalitis cada seis meses por lo que fue atendida en la consulta de pediatría donde se le orientó tratamiento y se le observó algo extraño en la faringe que según plantea la madre le explicaron era una tercera amígdala que aparece como una tumoración en la base de la lengua, por lo cual fue remitida a nuestra consulta.

Al interrogatorio la niña habla perfectamente, presenta dificultad al tragar, no ha tenido decaimiento ni falta de aire; piel seca, dificultad en el aprovechamiento escolar y no come bien, dicha tumoración ha ido aumentando progresivamente según refiere la madre.

Examen físico general, regional y por aparatos: Normal

Edad: 5 8/12

Examen de hipófisis, gónadas, paratiroides: Normal

Al examen del cuello hay ausencias del tiroides en su posición habitual.

Faringoscopia:

Se observa tumoración a nivel de la base de la lengua entre ambas amígdalas de coloración rojiza de 3 cm de diámetro, con vasos que la recorren en su superficie lisa, de consistencia firme, de forma redondeada, de base de implantación amplia, sin movilidad, dicha tumoración se hace más evidente al indicarle a la niña que haga protrusión de la lengua.

Diagnóstico presuntivo: Boceo lingual

Exámenes complementarios:

Ultrasonido: Ausencia de tejido tiroideo

T.A.P del cuello: Se aprecia una masa en la base de la lengua.

Gammagrama de tiroides: Tiroides lingual aberrante. No se observan glándulas en su ubicación anatómica usual. Ausencia de captación en ubicación normal. Zona hipercaptante en base de la lengua.

Silla turca: Normal **Edad ósea:** 3, 8 años

Survey óseo: Normal

Valores del SUMA: T₄ 28 mUI/L, T.S.H 50 mUI/L

Se comienza tratamiento con levotiroxina sódica con dosis inicial de:

25 microgramos (μg) por 10 días

50 microgramos (μg) por 10 días

Al término de los 20 días se mantiene el tiroides lingual sin cambio, se decide aumentar la dosis a 75 μg por tres semanas, pero continúa con iguales características por lo que se decide administrar una dosis de 100 μg de levotiroxina. Al mes de haber comenzado con dicha dosis se observa la disminución de tamaño del tiroides lingual.

A los seis meses de tratamiento mantiene su tendencia a disminuir de tamaño, la niña continúa con un estado general satisfactorio, aumenta el peso y la talla. En este caso, al transcurrir un año de tratamiento el tamaño del tiroides lingual ha disminuido notablemente, permanece con una dosis de levotiroxina de 100 microgramos diarios, no presenta trastornos a la deglución o respiración, ni manifestaciones de hipotiroidismo. Mantiene bajo seguimiento de consulta de otorrinolaringología y endocrinología.

DISCUSIÓN

A menudo, junto a la falta de descenso normal de la glándula tiroides, hay también un desarrollo anormal de tejido de modo que la tiroides está desplazada y a la vez es insuficiente en su tamaño y función, lo que produce hipotiroidismo.

Los pacientes con ausencia congénita o desarrollo deficiente de la tiroides necesitan de un examen y tratamiento precoz para gozar de una función intelectual y de un desarrollo normal. La tiroides lingual es una alteración poco común de origen embriológico que se genera como resultado de una falla en el descenso de una parte o de todo el tejido tiroideo, el cual es secuestrado dentro del espesor de la lengua, lo que ocasiona la migración de la tiroides hacia la parte ventral de la laringe. En 1869, Hickman, fue el primero en describir esta alteración en una niña de 16 días de nacida que sufrió problemas respiratorios causados por la tiroides lingual.^{2,3}

Esta condición es relativamente rara, la literatura reporta uno de cada 3 000 casos de enfermedad tiroidea o una de cada 100 000 personas.⁹ Se asocia a atireosis cervical en 70 % de los casos y son más frecuentes en mujeres en una proporción de hombre – mujer de 1:4 a 1:7, esta proporción quizás se deba a que en la mujer hay un aumento en el metabolismo durante la pubertad y el embarazo, que puede ocasionar hipertrofia de un tejido ectópico, que previamente no tiene expresión clínica.^{1,4}

La tiroides lingual puede localizarse en cualquier parte, desde la base de la lengua en la línea media entre las papilas circunvaladas, a la epiglotis, o incluso en el tejido tiroideo ectópico del mediastino.^{5,6}



Figura. 1. Tiroides lingual

Este padecimiento es habitualmente asintomático, aunque los síntomas pueden variar de acuerdo al tamaño de la lesión. Algunos pacientes refieren disfagia, disfonía, dolor en la base de la lengua, sangrado, ulceración de la lesión y tos.⁷⁻⁹ Rara vez es causa de obstrucción de la vía respiratoria en niños. La posición del tejido ectópico puede ser lingual, sublingual, en el trayecto del conducto tirogloso o intralaringotraqueal.^{7,10}

El examen físico puede revelar una masa cerca o en la base de la lengua, de superficie lisa y de diámetro desde el tamaño de un chícharo hasta el de una naranja.^{1,9,11}

El tratamiento de una tiroides lingual sintomática depende del tamaño de la lesión, severidad de los síntomas, la existencia de tejido tiroideo a los lados de la base de la lengua y complicaciones como sangrado, ulceración o sospecha de malignidad.^{9,12}

El agrandamiento del tejido tiroides en la base de la lengua puede suprimirse con terapia de reemplazo de hormona tiroidea, pero en ocasiones requiere una recepción operatoria cuando el gran tamaño de la tumoración interfiere notablemente la deglución y la respiración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres N, Segovia E, Medrano M, Aguirre H. Tiroides lingual. Informe de un caso y revisión de la literatura. Acta Pediatr Méx 2002; 23(3): 144-6.

2. Kamat MR, Kulkarni JN, Desai PB. Lingual thyroid: a review of 12 cases. Br J Surg 1979; 66: 537-9.
3. Douglas PS, Baker AW. Lingual thyroid. Br J Maxillofac Surg 1994; 32: 123-4.
4. Prasad KC, Bhat V. Surgical management of lingual thyroid: A report of four cases. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58: 223-7.
5. Sauk J. Ectopic lingual thyroid. J Patol 1970; 102: 239-43.
6. Batsakis JG, Naggar AK, Luna MA. Pathology consultation Thyroid gland ectopias. Ann Otol Rhinol Laryngol 1998; 105: 996.
7. Koch CA, Picken C, Clement SC. Ectopic lingual thyroid: an otolaryngologic emergency beyond childhood. Thyroid 2000; 10(6): 511-4.
8. Casella A, Pissano R, Navarro C, Llopis P. Papillary carcinoma of base of the tongue. Clinic Case. Minerva Stomatol 1999; 48(11): 535-8.
9. Clement SC. Lingual thyroid gland; clinical evaluation and comprehensive management. ENT J 1999; 78(5): 340-9.
10. McNally AM, Langlais PR. Disorders affecting the oral cavity. Conditions peculiar to the tongue. Dermatologic Clinics 1998; 14(2): 257- 72.
11. Walshe P, Rowley H, Mcglone B. Radiology quiz case 1. lingual thyroid. Otolaryngol Head Neck Surg 2001; 127(12): 1506-8.
12. Basaria SC, Westra WH, Cooper DS. Ectopic lingual thyroid masquerading as thyroid masquerading as thyroid cancer metastases. J Clin Endocrinol Metabol 2001;86(1):392-5.

Recibido: 10 de marzo de 2003

Aprobado: 18 de noviembre de 2003

Dr. Juan Miguel Iglesias Solís. Especialista de I grado en Otorrinolaringología. Profesor Asistente del ISCM-C. Hospital Pediátrico Docente Provincial Eduardo Agramonte Piña. Camagüey, Cuba.