

Tiroides Lingual

Una forma de patología tiroidea amenazante de la vida Lingual Thyroid, a form of thyroid pathology Life Threatening

Dra. Alba M. Padilla* Dr. Julio Ortega- Dr. Marco Dominguez*- Dr. Osear Zúniga--
Dra Iris Avelar***** Dr. Alex Gomez**-- Ora Silvia Ventura*****

*Médico Residente Tercer Año **Neumólogo Pediatra *-Médico Residente Primer Año
HMCR --Endocrinólogo Pediatra HMCR *****Jefa de Sala de Lactantes HMCR
cirujano Pediatra HMCR *****Otorrinolaringóloga HMCR

Correspondencia: doctortaz_911@yahoo.com

Resumen:

La tiroides lingual es la variante más común de tiroides ectópica benigna. Suele manifestarse en la infancia con hipotiroidismo o síntomas locales, como tos crónica y disfagia. Se diagnostica durante la niñez tras el comienzo de síntomas obstructivos, como la disfagia y disfonías progresivas, obstrucción respiratoria intermitente, disnea, estridor laríngeo o sensación de cuerpo extraño. El diagnóstico por imagen ideal es la resonancia magnética.

El objetivo de este artículo es presentar el caso de una lactante menor de 46 días, presentando estridor laríngeo, cianosis, disnea, secundaria a una disgenesia de tiroides debido a tiroides lingual, la cual la llevó a un hipotiroidismo secundario.

Palabras Claves:

Tiroides lingual, disnea, estridor, hipotiroidismo.

Abstract:

The lingual thyroid is the most common variant of benign ectopic thyroid. It usually appears in

childhood with symptoms such as hypothyroidism, or local symptoms such as chronic cough or dysphagia. It is diagnosed during childhood after the onset of obstructive symptoms, such as progressive dysphagia and dysphonia, intermittent airway obstruction, stridor or foreign body sensation.

The best form of diagnosis is through magnetic resonance. The aim of this paper is to present the case of an infant of 46 days old showing symptoms of stridor, cyanosis, and dyspnea, secondary to the dysgenesis of a lingual thyroid, which led to a secondary hypothyroidism.

Key Words:

Lingual Thyroid, dyspnea, stridor, hypothyroidism.

Introducción:

La glándula tiroidea se desarrolla a partir de un engrosamiento endodérmico en el piso de la faringe primitiva, en la raíz de la lengua y desciende hasta su posición definitiva en la parte anterior del cuello.

El descenso incompleto puede dar lugar a la formación de tejido tiroideo en lugares

anormales al cuello, como a nivel lingual, sublingual, tráquea, mediastino, corazón, pulmones, duodeno y glándulas suprarrenales.¹²¹

Una de las presentaciones más frecuentes de tiroides ectópica es la tiroides lingual. Por su posición vecina a la vía respiratoria y digestiva superior, así como de laringe, los quistes linguales pueden producir diversidad de signos y síntomas, incluyendo obstrucción amenazante de la vida, tal como se describe en este caso.²³

Caso Clínico:

Lactante menor femenina, eutrófica de 46 días de vida, procedente de Santa Cruz de Yojoa, atendida en el Servicio de Emergencia del Hospital Mario Catarino Rivas por cuadro de disnea de 40 días de evolución, acompañada de cianosis peri bucal ocasional, estertores audibles y estridor laríngeo bifásico pero que mejora con los cambios posicionales.

A la vez presenta diarrea de 2 semanas de evolución de 4 episodios diarios y con vómitos post pandriales ocasionales.

Con antecedentes de haber nacido por cesárea debido a sufrimiento fetal agudo, con llanto fuerte al nacer, sin necesitar reanimación.

Paciente fue manejada en centro de salud como sospecha de reflujo gastro esofágico con ranitidina y con nebulizaciones para la disnea y al no haber mejoría es referida a nuestro Hospital como Reflujo gastro-esofágico y estridor laríngeo de etiología a determinar.

A su ingreso se recibe paciente con dificultad respiratoria leve a moderada, aleteo nasal, tiraje intercostal y subcostal y FC: 120x' FR: 68x' T°C: 37 Peso: 4.8 kg Talla: 54 cm. a la exploración física se auscultan roncus, estertores, y se escucha estridor bifásico.

Se consideraron los posibles diagnósticos:

1. Estridor en estudio: sospecha clínica de laringomalacia versus laringotraqueítis.
2. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.
3. Neumonía Apical Derecha.
4. Investigar Alergia a la Proteína de Leche de Vaca.

Durante su estudio se realizaron los siguientes exámenes: Hemograma con Hb: 16g/di GB: 12,800 N: 47.1% L: 43:6, Plq: 426,000, Rotavirus: negativo, Wright de heces: N: 18% L: 82%, Citología de Moco Fecal: Sustancias reductoras y no reductoras negativo, actividad de tripsina +, Examen de Orina: L: 4-9 x campo con bacterias abundantes. Rayos x de tórax mostró infiltrado apical derecho, con estructuras cardiomediastinales normales.

Fue evaluada por los servicios de Gastroenterología y Neumología Pediátrica, se solicita Serie esofagogastroduodenal con mecánica de la deglución y se programa exploración endoscópica para investigar causa del estridor, teniendo como primera posibilidad una Laringomalacia orientado por las características del estridor y las relativas buenas condiciones de la niña en el momento de la valoración.

Se realizó nasofibrobroncoscopia flexible observándose alteración de la anatomía laríngea por epiglotis de aspecto "achatado" y desplazada interiormente, obstaculizándose la visualización de aritenoides y cuerdas vocales; en vista de presentarse problemas para la ventilación de la paciente, se procede a intubarla y a introducir broncoscopio a través del tubo endotraqueal para realizar broncoscopia visualizando primero estructuras distales y luego con el retiro gradual del tubo, las proximales.

Se constata normalidad del estudio traqueo bronquial y del espacio subglótico con ausencia de compresiones extrínsecas. Se procede a utilizar telescopio rígido para visualizar laringe en detalle, no siendo posible su visualización exacta ya que anestesiología reporta problemas para ventilar a la paciente, impresionando presencia de tumoración en el tercio posterior de lengua, sin embargo su condición crítica obliga a reintubarla y a solicitar en carácter de urgencia a Cirugía Pediátrica realización de traqueotomía, que se realiza con éxito logrando mejorar el estatus ventilatorio y oxigenación de la niña y se decide posponer en un segundo tiempo quirúrgico reexploración de laringe en conjunto con el Servicio de Otorrinolaringología.

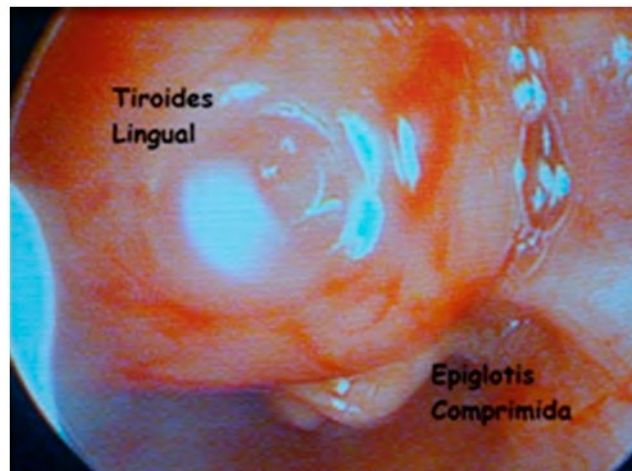
Se realiza Serie Esófagogastro duodenal que reportó reflujo gastro esofágico grado 111 y defecto de llenado en la porción posterior de lengua que persiste durante la deglución obliterando la laringe e hipo faringe con disminución de su luz.

Una semana después, siempre traqueostomizada, se realiza re exploración endoscópica, ahora con telescopio rígido corto, observando tumoración grande, central, en el tercio posterior de la lengua, de consistencia ahulada al tacto, grisácea, no pulsátil, produciendo el desplazamiento de epiglotis con la obstrucción laríngea severa antes mencionada (Figura 1).

ORL realiza punción de la masa con aguja fina (PAF) teniendo como primera posibilidad diagnóstica tumor lingual de origen tiroideo (tiroides lingual).

Paciente toleró bien el procedimiento, siendo ventilada por cánula de traqueotomía.

Figura 1. Muestra el desplazamiento de la epiglotis por Tiroides Lingual



El estudio de Resonancia Magnética confirma masa que ocasiona obstrucción sobre la columna de aire en la hipofaringe, así como también reforzamiento de la intensidad de la señal del tejido tiroideo anómalo que contrasta con la lengua normal (ver figura 2).

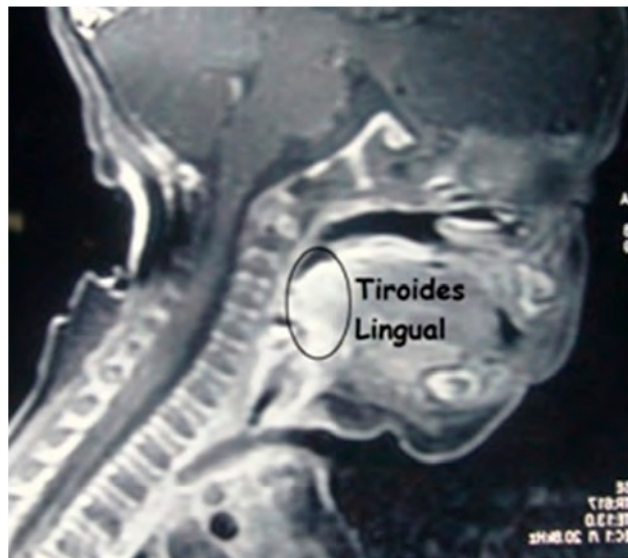
Ante la posibilidad de un tejido tiroideo anómalo se interconsultó al servicio de Endocrinología Pediátrica de la Institución, quien en base a los resultados de las pruebas de función tiroidea T3 y T4 normales con TSH elevada (41 mUI/ml) considera se trata de un hipotiroidismo compensado a expensas de un efecto trófico del TSH elevado sobre una glándula probablemente disgenética y de ubicación anatómica inusual.

Se inicia tratamiento con levo tiroxina, inicialmente a 12.5 mcg día y posterior a 25 mcg, esperando la involución farmacológica de la glándula anómala no obteniéndose el efecto deseado, por lo que el servicio de Otorrinolaringología realiza en tercer tiempo quirúrgico con éxito escisión de la masa para estudio anatomopatológico, logrando aliviar el efecto compresivo sobre la laringe y retirando con éxito la cánula de traqueotomía con buena tolerancia.

El resultado de la biopsia fue una tiroiditis lingual; siendo dada de alta en excelentes condiciones generales, tolerando la

decanulación y con terapia de sustitución tiroidea, continuando manejo ambulatorio en los diferentes servicios participantes de este caso.

Figura 2



Discusión:

La tiroides lingual, es un defecto embriológico en el descenso de la glándula tiroidea, quedándose en la base de la lengua, causado por un fallo en la migración de la glándula tiroidea, entre la tercera y séptima semanas de gestación, desde el foramen caecum en la base de la lengua a su posición pretraqueal normal.³

El tejido tiroideo ectópico se puede clasificar de dos maneras:

1. Ectopias Clásicas: corresponde a las que siguen la línea de descenso de la tiroides, desde el agujero ciego de la lengua hasta su localización pretraqueal o el mediastino superior son:
 - a. Quiste de conducto tirogloso
 - b. Tiroides lingual, sublingual, submandibular

c. Anomalías en número o tamaño de los lóbulos tiroideos, el istmo y el lóbulo piramidal.

2. Ectopias Accesorias o tejido tiroideo aberrante: corresponden a las que se encuentran fuera de la línea de descenso y pueden ser: cervicales de la línea media, cervicales laterales, nódulos ectópicos intratorácicos.¹

La incidencia de tiroides ectópica oscila entre 1/100.000 – 300.000 personas; de estos pacientes 1/4.000 a 8.000 se asocia con enfermedad tiroidea y el 65 al 80% de los pacientes son de sexo femenino.

Aproximadamente el 90% de los casos de tiroides ectópica corresponde a tiroides de ubicación lingual.¹²

La edad de presentación varía desde el nacimiento hasta los 74 años, aunque en la mayoría de los casos se diagnostican en la adolescencia.

En el 70% de los afectados el tiroides es normofuncionante, y en el 33% se asocia a hipotiroidismo.⁴

Sintomatología:

Los síntomas pueden ocurrir en cualquier momento desde la infancia hasta la adultez, la clínica es variable, dependiendo de la edad del paciente, tamaño de la masa y de la función tiroidea, apareciendo como una masa rosa brillante o roja clara o azul con una superficie lisa o irregular, muy vascularizada.^{1,3}

La tiroides lingual puede ser asintomática en 10% de los casos, refiriéndose a ésta como la forma subclínica diagnosticada en muchas ocasiones de manera fortuita e incidental.¹

Los niños, adolescentes y los adultos se diagnostican tras el comienzo de síntomas obstructivos, como la disfagia y disfonía progresivas, obstrucción respiratoria intermitente, disnea, cambio en el tono de la voz, tos que empeora en el decúbito dorsal, hemorragia local; estridor o también sensación de cuerpo extraño en la faringe⁴.

En nuestra paciente el gran tamaño del tejido tiroideo anómalo condujo a una predominancia de los signos obstructivos de vía respiratoria -amenazantes de su vida- prácticamente desde el nacimiento, lo cual es poco habitual en esta entidad, que por lo general son progresivos y de presentación en la infancia más tardía.

También esta anomalía puede manifestarse en la infancia como hipotiroidismo y en raros casos como hipertiroidismo con las consecuencias funestas en los diversos órganos y sistemas blanco de ambas entidades, lo que hace mandatorio un diagnóstico y tratamiento oportuno.¹

En el examen físico, un tiroides lingual en la oro faringe suele evidenciarse como una masa de diámetro variable de color rojo o rosado de aspecto vascularizado y superficie lobulada. La evaluación endoscópica de la vía aérea superior puede ser realizada para determinar el tamaño de la glándula ectópica y compromiso de la vía aérea.³

Diagnóstico:

Para el diagnóstico de la tiroides lingual se hace uso de diversos estudios de ayuda diagnóstica que deben incluir la titulación de los niveles hormonales (TSH, T4 libre, T3), los cuales a menudo demuestran eutiroidismo o hipotiroidismo.¹

Dentro los estudios de imagen, la tomografía computarizada es útil en la determinación del

tamaño glandular, siendo superior la resonancia magnética, pues permite obtener imágenes en múltiples planos con una excelente definición de los tejidos blandos, mostrando con precisión el tamaño y la localización de la lesión; además, la intensidad de señal del tejido tiroideo normal es mayor que la del tejido muscular en T1 y T2.²

El estudio más específico para el diagnóstico de la tiroides lingual es la gammagrafía con isótopos radioactivos del yodo, ya que permite evaluar tanto la captación y en parte la función glandular. Anatomopatológicamente una biopsia por aspiración con aguja fina o una biopsia a cielo abierto de la masa puede permitir llegar a un diagnóstico exacto también, este último criterio afortunadamente fue posible en nuestra paciente.¹

Diagnóstico Diferencial:

Se incluyen lesiones locales estructurales como el divertículo de Zenker, acalasia cricofaríngea, tejido esofágico proximal, así como compresión extrínseca (crecimiento de la glándula tiroidea, hemangiomas, adenoides, amígdala lingual, lipomas y carcinomas) y lesiones por radiación.

Además otras patologías deben ser consideradas como ser: lesiones del sistema nervioso central y periférico, accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, corea, tumores, disautonomía familiar), enfermedades neuromusculares o musculares (enfermedad muscular inflamatoria, distrofias musculares, miastenia gravis), agentes farmacológicos (antihistamínicos, anticolinérgicos, fenotiazidas) y desórdenes metabólicos (síndrome de Cushing, enfermedad de Wilson).³

Tratamiento:

El tratamiento debe individualizarse. Durante la infancia, el objetivo terapéutico es restaurar la función tiroidea, permitiendo un adecuado crecimiento y desarrollo. Si el tiroides lingual es de tamaño moderado, se sugiere un tratamiento que suprima TSH utilizando L-tiroxina, con el objeto de disminuir su volumen; manteniendo siempre una vigilancia periódica de función tiroidea.³

La cirugía se reserva cuando la clínica no mejora, a pesar de recibir tratamiento hormonal supresivo, siendo crucial en casos de hemorragia recurrente, disfonía o disfagia severa o compromiso respiratorio, debiendo recibir previamente tratamiento con hormonas tiroideas, para disminuir el tamaño del tumor.

También puede ser tratado con Iodo 131 radiactivo a dosis terapéuticas, con aporte

exógeno de hormonas tiroideas, en el caso de mujeres fértiles y cuando esté contraindicada la cirugía.⁴

En nuestra paciente la señal de alarma fue establecida por un estridor, presente desde el nacimiento, lo que denota una obstrucción de la vía respiratoria central, siendo urgente establecer su origen ya sea de tipo funcional (como las malacias) o de tipo anatómico, (congénito o adquirido, tumoral o benigno), siempre con el potencial de obstruir la vía respiratoria y poner en riesgo la vida del niño de aquí la utilidad de los procedimientos endoscópicos en el diagnóstico seguro y oportuno en este tipo de patologías.⁵ Si por último se pretende sobresaltar el hecho de como el trabajo coordinado entre los diferentes servicios (Pediatría, Neumología; Cirugía, Otorinolaringología, Endocrinología y Anestesia) permitieron el diagnóstico y manejo exitoso de esta paciente.

Bibliografía:

1. Betancourt F, Bonnet I, Benedetti-Padron I, et al. Tiroides Lingual: Revisión del Tema. Revista Colombiana de Cirugía 2010; 25: 231-236.
2. Hayes JP, Montero J, Acha W, et al. Hipotiroidismo Sub clínico Asociado con Tiroides Lingual. Revista de la Sociedad boliviana de Pediatría 2009; 48: 16-19.
3. Rocha A, Beltran H, Paul R, et al. Tiroides Lingual como causa de Disfagia. Caso clínico. Revista Médica de Chile. 2008; 136: 83-87.
4. Sánchez E, Ruiz JR, et al. Tiroides Ectópica Lingual. Acta de Otorinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello 2009; 3: 169-171.
5. Hernández Y, Ortega JC, Avelar I y col. Los anillos vasculares, una amenaza creciente para la vía respiratoria. Acta Pediátrica Hondureña 2010; 1: 31-36.
6. Salinas OI, Ortega JC, Cantillano M y col. Obstrucción súbita de la vía aérea superior secundario a carcinoma tiroideo. Presentación de un caso. Acta Pediátrica Hondureña 2011; 1: 67-72.