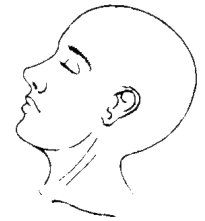


## Caso clínico

---



# Tiroides ectópico lingual

## Lingual ectopic thyroid

Elena Sánchez Legaza, MD; José Rafael Ruiz, MD; Wasim Elhendi, MD; Antonio Rodríguez, MD; Antonio Caravaca, MD; Antonio Sanmartín, MD; Adolfo Ruiz, MD.

### RESUMEN

*El tiroides lingual es la presencia anormal del tiroides en la línea media de la base de la lengua, entre la vallécula y la epiglotis, en el foramen caecum, del que no se conoce su historia natural por ser una rareza. Debe sospecharse, ante una clínica inespecífica de irritación local, junto con pruebas de función tiroidea alterada.*

**Palabras clave:** *tiroides ectópico, tiroides lingual, hipotiroidismo.*

### ABSTRACT

*Lingual thyroid is the abnormal presence of the thyroid gland in the middle line of the base of the tongue, between the vallecula and the epiglottis, in the caecum foramen, whose natural history is unknown due to its rarity. Its occurrence must be suspected in the presence of an unspecific clinic of local irritation, together with altered thyroid function tests.*

**Key words:** *ectopic thyroid, lingual thyroid, hypothyroidism.*

---

- Facultativos especialistas  
Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Punta Europa,  
Cádiz, España.

Correspondencia:

Elena Sánchez Legaza  
C / Obispo Hurtado 25, 2º B  
18004 Granada  
manpro1910@hotmail.com

Recibido: 19-III-2009

Aceptado: 15-IV-2009

## INTRODUCCIÓN

TL o tiroides ectópico lingual, es un defecto embriológico en el descenso de la glándula tiroides, 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. En 1869, Hickman describió el primer caso de tiroides lingual (1). Suele manifestarse en la infancia con hipotiroidismo o síntomas locales, como tos crónica y disfagia. Estudios post mórtem, indican que más del 10% de la gente tiene tiroides remanente cerca de la base de la lengua, aunque sólo algunos casos dan clínica. La ectopia tiroidea es la causa más frecuente de disgenesia tiroidea (48-61%), seguida de la atirosis (1, 2). La mayoría de las disgenesias tiroideas están relacionadas con la alteración de la embriogénesis, y raramente se han descrito casos de mutaciones (3). La patogenia permanece desconocida, postulándose que los anticuerpos antitiroideos maternos detienen el descenso de la glándula y predisponen al paciente a una función tiroidea pobre durante toda la vida (2, 4).

Se expone el caso de una paciente eutiroidea con tiroides ectópico.

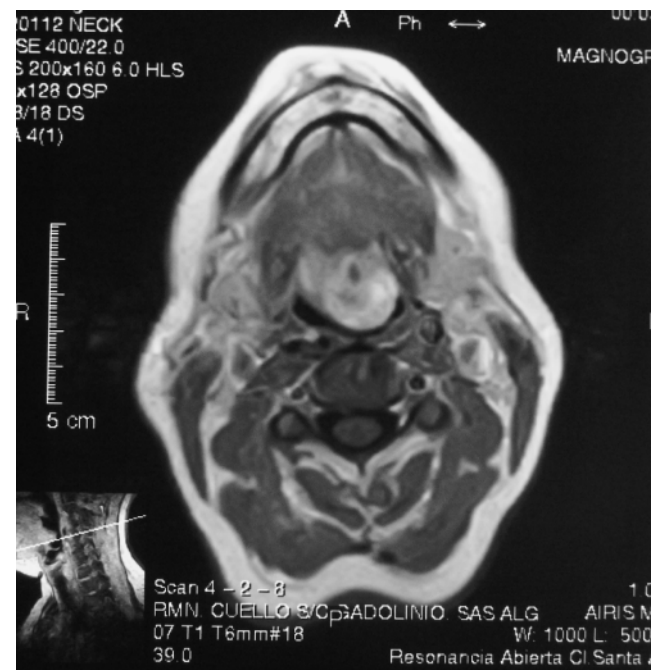
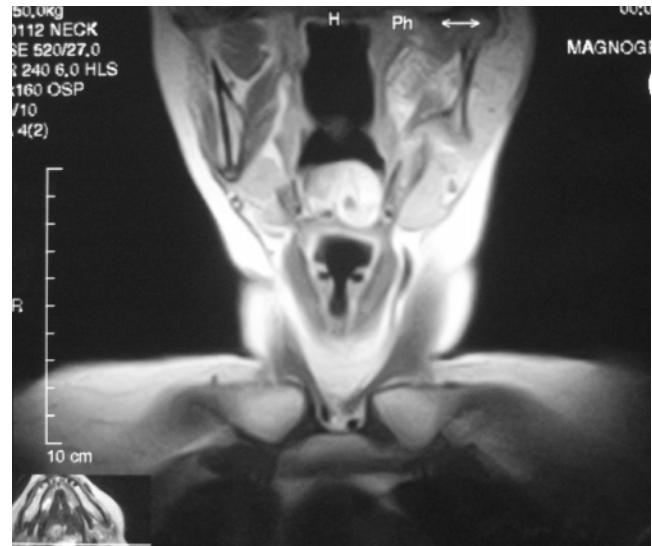
## CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 49 años, con ligero déficit mental y voz gangosa desde la infancia, acude por tapones de cerumen. En la exploración de rutina se aprecia, como hallazgo casual, en la nasofibrolaringoscopia, una tumoración de bordes lisos y redondeados de aspecto quístico en base de lengua y vallécula izquierda, ocluyendo parcialmente la hipofaringe. No tiene antecedentes personales de interés, ni hipotiroidismo.

En la RNM aparece una tumoración sólida en base de lengua, con ligera lateralización a la izquierda (masa ovoidea exofítica con límites netos en la porción más postero-superior, de 2.5 cm de diámetro, no teniendo relación directa con estructuras laríngeas, aunque sí ocupa vallécula izquierda (Figuras 1, 2); sin apreciarse glándula tiroidea en situación traqueal. La analítica es normal con hormonas tiroideas con cifras normales, y en la gammagrafía tiroidea no existe tiroides en zona fisiológica, constituyendo un tiroides ectópico sublingual.

Se remite al Servicio de Endocrino para valoración, y éste informa, que debe recibir tratamiento con hormonas tiroideas, para disminuir el tamaño, y luego valorar. Se informa a la familia el caso, y se decide extirpar el tiroides ectópico, continuando el tratamiento sustitutivo hormonal.

Se extirpa la masa tiroidea, mediante una cervicotomía media, previa realización de traqueostomía preventiva con anestesia local. Tras un año, la paciente está estable, y asintomática.



Figuras 1 y 2: En la TAC se aprecia tumoración bien delimitada en base lengua que capta el contraste.

## DISCUSIÓN

La incidencia clínica del tiroides ectópico varía entre 1/3000 y 1/100.000, y de 1/469 a 1/4200 si existe patología previa, siendo la base de la lengua la zona ectópica más

frecuente; aunque también puede ocurrir en la glándula sublingual, submandibular, tráquea, esófago, faringe o cerca del hueso hioides, mediastino e incluso en diafragma (2, 4). La edad de presentación varía desde el nacimiento hasta los 74 años, aunque en la mayoría de los casos se diagnostica en la adolescencia; siendo más prevalente en mujeres (1:4 a 1:8). En el 70% de los casos el tiroides es normofuncionante, y en el 33% hay hipotiroidismo, precipitándose el cuadro ante un incremento de la demanda fisiológica de hormonas tiroideas, como embarazo o aumento de la actividad física durante la pubertad (5).

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.

Se diagnostica durante la niñez en una exploración de rutina, pudiendo existir retraso en el desarrollo y retraso mental. 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 al tumbarse o hemorragia local; o también sensación de cuerpo extraño en la garganta (6). La hipertrofia glandular ocurre en poblaciones, con una respuesta frente al incremento de los niveles de TSH, generados ante el incremento de la demanda de hormona tiroidea. A nivel de laboratorio, los niveles de las hormonas T3 y T4 están normales o bajos, y la TSH y tiroglobulina están bajas; aunque se ha descrito hipertiroidismo (7). El TAC sin contraste, y la RNM, que es el método de elección, son muy útiles para su diagnóstico. Entre los diagnósticos diferenciales figura: quiste del conducto tirogloso, tumor epidermoide, fibroma, papiloma, granuloma telangiectásico, teratomas, carcinoma epidermoide, tumores de las glándulas salivares menores y linfoma (6, 8).

La degeneración maligna del TL parece ser la misma que para el tiroides normotópico, (1%). El carcinoma del TL se ha descrito en pacientes de 12 hasta 86 años, con una edad media de presentación en la tercera década. No se han descrito factores de riesgo en la literatura, pero se supone que son los mismos que para las tumoraciones malignas del tiroides cervical: exposición a rayos X en la región de la cabeza y cuello o mediastino en la infancia. No existen hallazgos clínicos que lo diferencien del TL, por lo que se recomienda la biopsia (9, 10).

El tratamiento del TL es controvertido e individualizado, dependiendo de la severidad de la clínica, tamaño, edad y función tiroidea: todos los pacientes deberían recibir supresión con tiroxina durante toda la vida, incluso en TL pequeños y asintomáticos, para prevenir su crecimiento,

disminuir el riesgo de malignidad, y prevenir el hipotiroidismo. Si el paciente es eutiroides y asintomático, observación regular (11). 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. La escisión completa de la glándula suele ser dificultosa, realizándose a través de una cervicotomía media, faringotomía lateral, por vía transoral o combinación de ambas, permaneciendo un remanente en la base de la lengua. Puede recidivar, si no recibe tratamiento hormonal. También puede ser tratado con I 131 radiactivo a dosis terapéuticas, con aporte exógeno de hormonas tiroideas, en el caso de mujeres fértiles y cuando esté contraindicada la cirugía (11, 12).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Batsakis JG, El-Naggar AK, Luna MA. Pathology consultation. Thyroid Gland ectopias. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996; 105: 996-1000.
2. Okstad S, Mair IW, Sundsfjord JA. Ectopic thyroid tissue in the head and neck. *J Otolaryngol* 1986; 15: 52-55.
3. Chanin LR, Greenberg LM. Pediatric airway obstruction due to ectopic thyroid. *Laryngoscope* 1998; 98: 422-426.
4. Fukumoto A, Nonaka M, Kamio T, Kamura E. A case of ectopic parathyroid gland neoplasia in the pyriform sinus. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128: 71-74.
5. Thomas G, Hoilat R, Daniels JS, Kalagie W. Ectopic lingual thyroid: a case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2003; 32 (2): 219-221.
6. Grossman A, Olonovski D, Barenboim E. Hypotiroidism caused by a nonvisible lingual thyroid. *Head Neck* 2004; 5 (6): 604-607.
7. Guérin N, Urtasun A, Chauveau E, Julien M, Lebreton M, Dumon M. Thyroïde linguale et kyste thyroïde-glosse basi-lingual. A propos de deux cas. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 1997; 118 (3): 183-188.
8. Guérin N, Urtasun A, Chauveau E, Julien M, Lebreton M, Dumon M. Thyroïde linguale et kyste thyroïde-glosse basi-lingual. A propos de deux cas. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 1997; 118 (3): 183-188.
9. Akyol MU, Ozcan M. Lingual thyroid. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1996; 115: 483-484.
10. Massine RE, Durning SJ, Koroscil TM. Lingual thyroid carcinoma: a case report and review of the literature. *Thyroid* 2001; 11: 1191-1196.
11. Kalam A, Tariq M. Lingual thyroid gland: clinical evaluation and comprehensive management. *Ear Nose Throat* 1999; 78: 340-349.
12. Zubillaga Rodríguez I, Sánchez Aniceto G, García Recuero I, Montalvo Moreno JJ. Tiroides lingual: un nuevo abordaje quirúrgico. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* 2004; 26: 316-324.

