

SERVICIO PROVINCIAL DE ENDOCRINOLOGIA Y
ENFERMEDADES METABÓLICAS. SERVICIO PROVINCIAL DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA
CAMAGUEY

Bocio lingual con eutiroidismo

Por 1 os Dres.:

RUBÉN S. PADRÓN DURAN,* HENRY RONDA MARICY8

Padrón Durán, R. S. et al. *Bocio lingual con eutiroidismo*. Rev Cub Med 14 : 4, 1975.

Se presenta un caso portador de bocio lingual con función tiroidea normal, lo que se comprobó clínica, bioquímica y radiológicamente. Se destaca la importancia del estudio gammagráfico con radioisótopos en el diagnóstico positivo y diferencial de estos pacientes. Se plantean las posibilidades terapéuticas, así como la nistró tratamiento médico con dosis subtóxicas

La localización ectópica de la glándula tiroidea era considerada muy rara,^{1,2,3} al extremo de no mencionarse en algunos libros dedicados a enfermedades de la tiroidea. La introducción de los isótopos radiactivos en las investigaciones médicas y su aplicación en la gammagrafía de la glándula tiroidea hizo variar estos conceptos, pues en distintos estudios se demostró que en un gran porcentaje de pacientes con hipotiroidismo existían restos de tejido aberrante, ante todo a nivel de la base de la lengua.^{4,5,6,7}

La localización ectópica de tejido tiroideo en la base de la lengua se ha denominado tiroides lingual,^{3,8,9,10,11} este tejido en ocasiones se hiperplasia y da lugar a

* Endocrinólogo especialista de 1er. grado. Responsable provincial de endocrinología y enfermedades metabólicas.

una tumoración visible, que constituye un verdadero bocio lingual.^{1,7} Generalmente la presencia de tiroides lingual se acompaña de las manifestaciones clínicas de hipofunción tiroidea,^{8,11} y es poco frecuente hallar un paciente portador de tiroides lingual con eutiroidismo.^{11,12,13}

El objeto de este trabajo es presentar a una paciente portadora de un bocio lingual, clínica y bioquímicamente eutiroides. Analizaremos la conducta a seguir, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico y expondremos la evolución observada.

Presentación del caso

HC 372 047 (hospital provincial "Manuel As- cunce Domenech") MMV. Se trata de una niña de 6⁵/₁₂ años de edad, blanca, que consulta en enero/73 por dificultad en la deglución y "lengua tropelosa". Según la madre, hace aproximadamente 7 meses, la niña comenzó con hablar tropeloso y a veces dificultad al tragar los alimentos, por lo que le examinó la boca y le notó

8 Otorrinolaringólogo, especialista de 1er. grado. Responsable provincial de otorrinolaringología.

una tumoración en la lengua. Consultó con un pediatra que le indicó yodotánico y al continuar con iguales quejas la remiten a la consulta de otorrinolaringología donde vimos a la paciente. Ella nunca ha sido constipada, es muy intranquila, va a la escuela y "asimila" bien; nunca tiene frío y no ha presentado cambios en la piel ni en el pelo. Desde que le notaron la tumoración hasta el presente, ésta ha aumentado de volumen en forma progresiva.

APF: no bocio ni otro tipo de endocrino- patías.

APP: "381113" desde un año de edad. Sarampión.

Examen físico: aparatos respiratorios, cardiovascular, digestivo, hemolinfopoyético, genitourinario y sistema nervioso: normales. Frecuencia cardíaca: 90/minuto. Peso 19,5 kg. Edad-peso: 5 años. Talla: 114 cm. Edad-talla: entre 5 y 6 años. Examen de hipófisis, paratiroides, adrenales y gónadas: normal. Tiroides no palpable en el cuello. Se comprueba una tumoración en la base de la lengua de gran tamaño, que no permite visualizar la úvula, de aproximadamente 5 cm de diámetro, de color rojo violáceo, con vasos en su superficie.

Diagnostico presuntivo: Bocio lingual con eutiroidismo.

Exámenes complementarios: hemograma. eritrosedimentación. serología, urea, glicemia, parcial de orina y heces fecales: normales. Coles- terol: 150 mg %; Rx de cráneo y silla turca: sin alteraciones; Rx edad ósea 5 9/12 años: *survey* óseo: sin alteraciones. PBI 4,2 meg %.

Gammagrama: se comprueba captación en la base de la lengua y no existe captación en la zona tiroidea normal (figura).

Se impone tratamiento con tiroides desecado en dosis progresivamente crecientes hasta llegar a 90 mg diarios. Un mes después de iniciado el tratamiento es vista de nuevo en consulta, en la que se comprobó que la tumoración había disminuido de tamaño, pues ya era posible visualizar la úvula. Se indicó igual tratamiento, y en la última consulta, en junio/73 se comprobó que la tumoración ha disminuido ostensiblemente de tamaño, aunque aún está presente. Esta disminución se ha logrado a pesar de no haberse administrado las hormonas tiroideas como se había indicado, por haberse interpretado mal el método de administración.

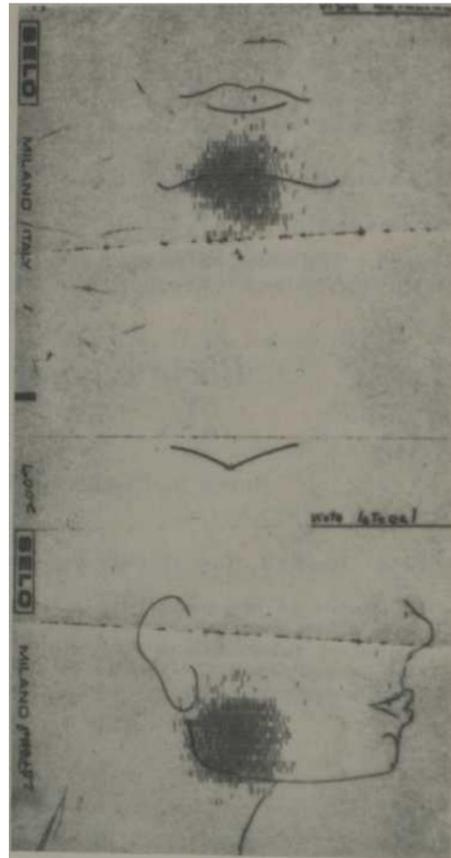


Fig. 1. Gammagrama (vista frontal y lateral): Nótese la concentración de I-131 en la base de la lengua y su ausencia en la zona tiroidea normal.

COMENTARIOS

El tiroides lingual se origina al existir un defecto en el desarrollo embriológico de la glándula que impide que esta migre desde su lugar de origen hasta su localización normal;^{1,14} la naturaleza íntima de este defecto no es bien conocida.¹¹ Genealmente no existe tejido tiroideo en posición normal.¹ Como todo tejido embriológicamente deficitario, el tiroides lingual suele evolucionar con un déficit funcional,^{8,11} y en estos casos se han comprobado defectos enzimáticos en la formación de hormonas tiroideas.^{8,15,16} En algunos pacientes el tejido

ectópico se hipertrofia e hiperplasia para tratar así de mantener una secreción hormonal normal, lo cual se logra en pocos pacientes,¹¹ siendo excepcional el desarrollo de hipertiroidismo.¹⁷

Los estudios realizados en nuestra paciente en busca de signos de bipofunción tiroidea, tanto clínicos como bioquímicos y radiológicos¹⁸ fueron normales, es decir, que sin dudas este caso presentaba un eutiroidismo.

Generalmente el motivo de consulta de estos pacientes está relacionado con el hipotiroidismo que presentan. Los casos que logran el eutiroidismo o que mantienen un hipotiroidismo ligero, a expensas del aumento de tamaño del tejido ectópico, suelen consultar al notarse la tumoración en la base de la lengua, o cuando esta es de tal magnitud que ocasiona trastornos mecánicos de la deglución, como ocurrió en los 4 casos estudiados por *Suárez*.¹³ También pueden ser motivo de consulta, entre otros: complicaciones en el momento de la anestesia, apnea en el recién nacido, disfonía, hemorragias, molestias faríngeas vagas, etc.^{10,19} El motivo de consulta, en nuestra paciente, fue dificultad en la deglución con lengua tropelosa, descubriéndose por los propios familiares la tumoración de la base de la lengua, ya que dicha tumoración era de gran tamaño y fácilmente visible.

Antiguamente sólo se detectaban los tiroides linguales que estaban muy aumentados de tamaño, y que daban lugar a bocio lingual; por lo que gran número de casos no se diagnosticaban al no producirse dicha tumoración. Esto quedó demostrado cuando se aplicó el estudio gammagráfico con radioisótopos a series de pacientes hipotiroideos^{4,5,7} sin tumoración visible, en los que se halló un gran porcentaje con captación demostrable en la base de la lengua y con menos frecuencia en otro lugar ectópico. La frecuencia ha oscilado entre 22% y 62% en las

distintas series.^{4,5,10,20,21}

El estudio gammagráfico con radioisótopos es la prueba definitiva para el diagnóstico de tejido tiroideo ectópico.^{15,8,14,19,21}

lo que demostraron por primera vez *Horst y Vnn Harnack*;²² con este examen se comprueba la concentración del isótopo en la zona del tejido ectópico, estando ausente la captación en la zona de localización normal del tiroides. La localización ectópica suele ser única,^{10,12} aunque en casos excepcionales puede verse una localización múltiple.^{23,24,25} Este método de examen nos facilita el diagnóstico diferencial del bocio lingual con los angio- mas, tumores salivales, fibromas, quistes, carcinoma lingual, papilomas y con toda tumoración de la línea media cervical.^{9,10,12}

Este estudio fue concluyente en nuestra paciente, y estamos de acuerdo con los que propugnan que debe hacerse en todo enfermo que consulte por tumoración en la base de la lengua o ésta se encuentre al examen físico,¹² por las implicaciones terapéuticas de este diagnóstico.

El tratamiento de estos casos, antiguamente era siempre quirúrgico,^{11,19} aunque posteriormente se ha demostrado que muchos de estos bocios linguales disminuyen notablemente de tamaño y dejan de ser un obstáculo mecánico,¹³ y en ocasiones llegan prácticamente al examen clínico^{11,26} cuando se administran hormonas tiroideas en dosis subtóxicas o inhibitorias.^{9,8,9,11,26,27} También se ha utilizado con éxito el tratamiento con I-131.^{8,10,10,28} En los casos en que no se logra mejoría con el tratamiento médico o se producen complicaciones, está indicado tratamiento quirúrgico,^{10,12,18} para remover todo el tejido ectópico existente y luego mantener terapéutica sustitutiva. El trasplante de este tejido a otra parte del cuerpo ha logrado en ocasiones mantener en función el tejido tiroideo,^{2,29,30} pero no existe seguridad de

que esta función pueda cubrir por sí misma, las necesidades periféricas de hormonas durante el crecimiento y desarrollo del paciente, sin peligro de hiperplasiarse y hasta de malignizarse.^{8,12}

La administración de hormonas tiroideas en nuestra paciente ha dado lugar a una disminución del tamaño del bocio que ya no ocasiona trastornos de la deglución, pero aun en estos momentos está aumentado de tamaño (4 meses de tratamiento). Esperamos que la continuidad de la terapéutica logre que la evolución continúe siendo favorable. Este tratamiento debe mantenerse de por vida,

según *Wilkins*¹⁰ las dosis elevadas de hormonas tiroideas tienen la finalidad de cubrir las necesidades periféricas de hormonas, así como frenar el hipertiroidismo, al que se ha atribuido efecto carcinogénico.^{8,31}

Agradecimiento

Agradecemos al Instituto de Oncología y Radiobiología el estudio gammagráfico de este caso, y al departamento de iconopatografía del hospital "Manuel Ascunce Domencch" su colaboración.

3. —Lahey, F. H. Citado por Means.¹
4. —Gabr M. The role of thyroid dysgenesis and maldescent in the etiology of sporadic cretinism. *J. Pediatr* 60: 830, 1962.
5. —Little, G. et al. "Cryptohyroidism" the major cause of sporadic "athyreotic" cretinism. *J Clin Endocrinol* 25: 1529, 1965.
6. —McGirr, E. M., J. H. Hutchinson. Dysgenesis of the thyroid gland as a cause of cretinism and juvenile myxedema. *J Clin Endocrinol* 15: 668, 1955.
7. —McGirr, E. M., J. H. Hutchinson. The value of radioiodine (1-131) in juvenile myxedema due to atrophic thyroid tissue. *Arch Dis Child* 29: 561, 1954.
8. —Güell González, J. R. Tiroides lingual en la infancia. *Rev Cub Pediatr* 40: 27, 1968.
9. —Katz, A. D., W. J. Zager. Lingual thyroid: Its diagnosis and treatment. *Arch Surg* 102: 582, 1971.
10. —Salto Hernández, L. et al. Tiroides ectópico e hipotiroidismo. *Rev Clin Esp* 117: 9, 1970.
- W.—Wilkins, L. Trastornos tiroideos. III. Diferentes tipos de bocios. En: Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades endocrinas en la infancia y adolescencia. 3ra. ed. Editorial Espaxs, Barcelona. Pag. 95 y 163, 1966.
12. —Hung, ir. et al. Lingual and sublingual thyroid glands in euthyroid children. *Pediatrics* 38: 647, 1966.
13. —Suárez Pérez, R. Comunicación personal.
14. —Ingbar, S. H., R. A. Woeber. The thyroid gland. In: Text book of endocrinology. Ed. R. H. Williams. 4ta. ed. W. B. Saunders. Co. Philadelphia. London, Toronto pág. 245, 1968.
15. —Linazasoro, J. M. Tiroides sublingual con defecto enzimático. *Rev Clin Esp* 96: 174, 1965.
16. —Stanescu, V., I. Florea. Disgenезie tiroidiana cu anomalii ale sintezei hormonale tiroidiene in mixedemul infantil. *Stud Cercet Endocrinol* 13: 675, 1962.
17. —Fück, G. C., R. F. Guthrie. Citado por Salto Hernández.¹⁰
18. —Güell González, J. R. et al. Lesiones esqueléticas en el hipotiroidismo congénito. *Rev Cub Pediat* 38: 702, 1966.
19. —Richardson, J. R., M. R. Lineback. Radioactive iodine in the diagnosis and treatment of lingual thyroid adenoma. *Laryngoscope* 62: 934, 1952.
21. —Andersen, J. H. Studies of hypothyroidism in children. *Acta Pediatr Scand* (suppl. 125) 50: 50, 1961.
21. —Purricelli, G. et al. Hipotiroidismo infantil y tiroides lingual. *Min Pediat* 19: 1334, 1967.
22. —Horst, IT., von Harnack, G. A. Citado por Wilkins.¹¹
23. —Alexandre, J. Lingual and median-cervical ectopic thyroid. *JAMA* 195: 133, 1966.
24. —Degrossi, O. J. et al. Estudio de la función tiroidea en pacientes portadores de tiroides lingual. *Rev Clin Esp* 102: 370, 1966.
25. —Long, R. T. L. et al. Surgical management of ectopic thyroid: Report of a case with simultaneous lingual and subhyoid median ectopic thyroid. *Ann Surg* 160: 824, 1964.
25. —Odell, IT. D. et al. Treatment of a lingual goiter with triiodothyronine. *J Clin Endocrinol* 19: 363, 1959.
27. —Randolph, J. et al. The medical and surgical aspects of intratracheal goiter. *New Eng J Med* 268: 457, 1963.
28. —Springer, K. C. Citado por Güell González.⁸
29. —Jones, P. Autotransplantation in lingual ectopia of the thyroid gland. *Arch Dis Child* 36: 164, 1961.
30. —Turcot, T. Lingual and hyoid thyroid. *Ara J Surg* 104: 677, 1962.
31. —Güell González, J. R. Cáncer del tiroides en el niño. *Rev Cub Pediat* 38: 695, 1966.