

# Tiroides lingual como causa de hipertiroidismo

## *Lingual thyroid presenting as hyperthyroidism*

Moral Pascual J. M.<sup>1</sup>, García Méndez P.<sup>2</sup>,  
Bartolomé Villar A.<sup>3</sup>, Barbosa Rodríguez J.  
L.<sup>4</sup>, Pintor Holguín E.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fronteras. Torrejón de Ardoz. Madrid

<sup>2</sup> Medicina Interna. Clínica Santa Elena. Madrid

<sup>3</sup> Servicio de Diagnóstico por Imagen. Centro de Rehabilitación Fremap. Majadahonda. Madrid

<sup>4</sup> Servicio de Radiodiagnóstico. Clínica Santa Elena. Madrid

<sup>5</sup> Departamento de Especialidades Médicas Facultad de Ciencias de la Salud. UEM

### RESUMEN

Se presenta el caso de un varón de 63 años atendido por taquicardia sinusal basal sin ninguna otra manifestación subjetiva ni objetiva de hipertiroidismo, con el único hallazgo de laboratorio de T4 libre 4.82 ng/dl y TSH < 0.1 mU/l y gammagrafía tiroidea en que se aprecian tiroides ectópico hiper captador en base de la lengua, conducto tirogloso persistente y bocio difuso con nódulo hipofuncionante en istmo.

#### Palabras clave:

Tiroides ectópico, Tiroides lingual, conducto tirogloso, conducto tirogloso persistente, hipertiroidismo.

### ABSTRACT

We present the case of a 63 years old man who presented with basal sinus tachycardia without any other manifestation of hyperthyroidism. His serum levels of free T4 and TSH were 4.82 ng/dl and < 0.1 mU/l respectively, and radionuclide scintigraphy showed hyper-uptake ectopic thyroid at the base of the tongue, thyroglossal cyst and diffuse goiter with no significant uptake in isthmus.

#### Key words:

Ectopic thyroid, lingual thyroid, thyroglossal duct, thyroglossal duct remnant, hyperthyroidism.

MAPFRE MEDICINA, 2007; 18 (3): 209-211

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIONES

Paciente varón de 63 años sin hábitos nocivos ni antecedentes médicos o quirúrgicos de interés que acude a consulta por presentar de forma progresiva y desde mas de un año antes, sensación constante de palpitations, incluso en reposo psicofísico, habiendo objetivado más de noventa latidos por minuto en situación basal; no ruidos bronquiales, disnea, ortopnea, nicturia ni edemas. De la anamnesis por aparatos son valorables estreñimiento habitual que controla con senóxicos. Niega temblor, trastornos del sueño, estado de ánimo, apetito, peso, cutáneos y de faneras.

#### Correspondencia:

J. M. Moral Pascual. C. S. Fronteras  
Puerto de Navacerrada 4. 28850. Torrejón de Ardoz. Madrid

La exploración física no aporta más hallazgos de interés que pulso regular, rítmico y normotenso a 96 latidos por minuto; TA 130/75 mm Hg.

De la analítica son valorables colesterol total 298 mg/dl con HDL-colesterol 59 mg/dl, T4 libre 4.82 ng/dl y TSH < 0.1 mU/l; resto (hemograma, reactantes, glucemia, creatinina, transaminasas, úrico, triglicéridos, sodio, potasio, calcio, fosfato, hierro, transferrina y sistemático de orina) sin anomalías.

Electrocardiograma en ritmo sinusal a 98 latidos por minuto con trazado sin anomalías.

La ecografía tiroidea (Figura 1 A y B) muestra una glándula de tamaño en límite alto de la normalidad (15 x 13 x 40 mm el lóbulo izquierdo, 16 x 16 x 48 mm el lóbulo derecho y 3.2 mm de espesor de istmo) con numerosas lesiones nodulares hipodensas en ambos lóbulos, la mas voluminosa, de 10 mm de diámetro, en lóbulo derecho.

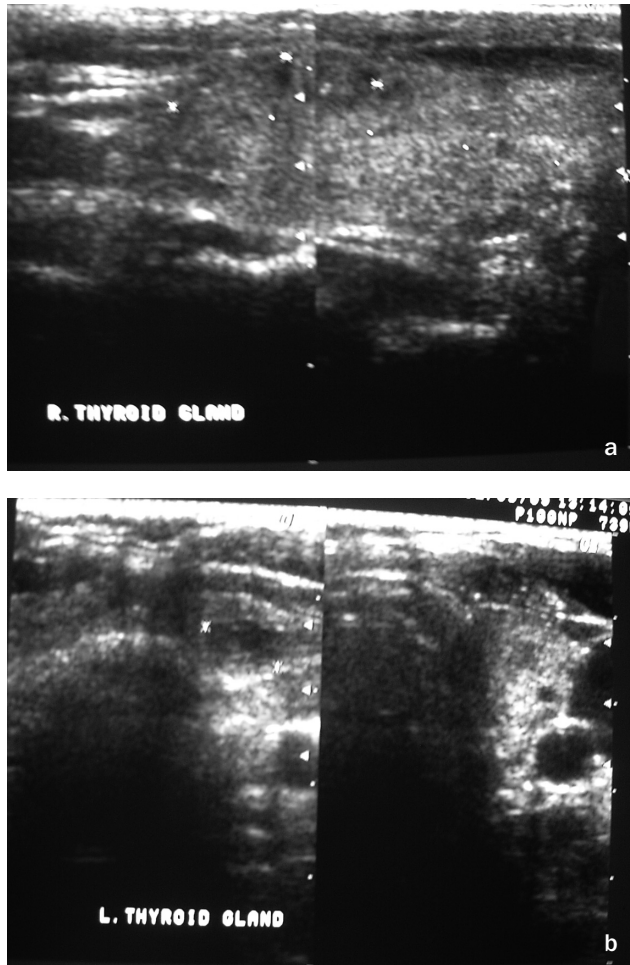


Fig. 1. Ecografía lóbulo tiroideo derecho (a) e izquierdo (b) que muestra numerosas lesiones nodulares hipodensas en ambos lóbulos, la más voluminosa en lóbulo derecho.

En la gammagrafía tiroidea (Figura 2), realizada tras la administración intravenosa de 259 MBq de Tecnecio 99 metaestable, se aprecia una glándula discretamente aumentada de tamaño con distribución heterogénea del radiotrazador, alguna pequeña zona hipocaptadora mal delimitada en región derecha del istmo y conducto tirogloso que desde la zona medial del lóbulo derecho llega hasta base de lengua donde aparece una formación nodular hipercaptadora.

Con diagnóstico de hipertiroidismo por tiroides ectópico sublingual hiperfuncionante en conducto tirogloso persistente y bocio difuso con nódulo hipofuncionante en istmo sin delimitación clara de otros nódulos intratiroides, se inicia tratamiento antitiroideo con 5 mg de Tiamizol

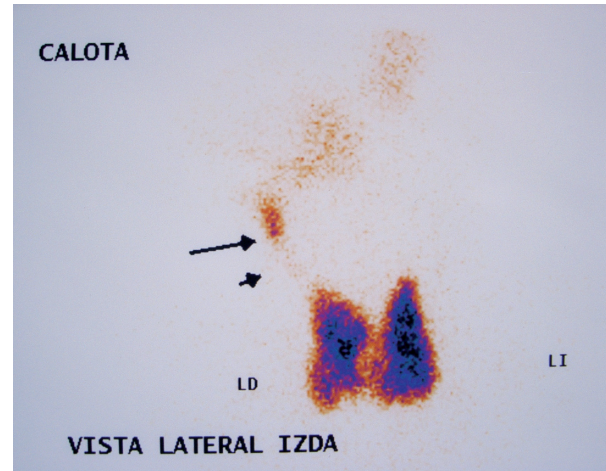


Fig. 2. Gammagrafía tiroidea que muestra distribución heterogénea del contraste, alguna zona hipocaptadora y conducto tirogloso desde lóbulo derecho hasta nódulo hipercaptador en base de lengua.

cada 8 horas, comprobándose, al año del tratamiento, desaparición de la taquicardia y normalización de las tasas de T4 libre y TSH.

#### COMENTARIO

La porción medial de cada lóbulo tiroideo se origina del suelo de la primera bolsa faríngea, en la cuarta semana del desarrollo embrionario, en la línea media para descender caudalmente; la porción lateral procede de la cuarta bolsa faríngea y también desciende para unirse con la porción medial; la ruta del descenso de estos dos componentes constituye el conducto tirogloso que se extiende desde la base de la lengua (orificio ciego) hasta la situación postnatal normal. Estos pasos se completan normalmente en torno a la décima semana del desarrollo fetal (1).

Cualquier irregularidad en el descenso normal del tiroides dará lugar a una ectopia. Dependiendo de la situación anatómica, las ectopias tiroideas pueden ser clasificadas como lingual (en la base de la lengua), sublingual (por debajo de la lengua), prelaríngea (por delante de la laringe), o subesternal (en el mediastino). La prevalencia de tejido tiroideo ectópico es baja, estando en torno a 1/100.000 pacientes, siendo el tiroides lingual la forma más habitual de manifestación (en el 90%) (2), pudiendo asociarse o no, tiroides ectópico con agenesia de la glándula tiroidea (3).

Moral Pascual J.M., García Méndez P.,  
Bartolomé Villar A., et al.

Tiroides lingual como causa  
de hipertiroidismo

Clínicamente el tiroides lingual se puede presentar de forma asintomática como un hallazgo en alguna prueba de imagen (ecografía, gammagrafía (4) o RMN (5)) o bien producir sintomatología en forma de cuadros obstructivos a nivel orofaríngeo (6) como disfagia (7,8), síndromes de apnea del sueño (9) o tos crónica (10).

Desde el punto de vista de funcionalidad tiroidea, la mayor parte de los casos publicados de tiroides lingual se manifiestan clínicamente como hipotiroidismo (11,12) o eutiroidismo (13) aunque hay algún caso publicado de hipertiroidismo asociado a una enfermedad de Graves (14) o se-

cundario a un nódulo caliente a nivel del tiroides lingual (15).

El diagnóstico suele establecerse mediante pruebas de imagen en especial gammagrafía tiroidea (16) o en ocasiones no es hasta el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica (17) cuando se establece el diagnóstico definitivo. A veces el hallazgo de tiroides lingual coincide con la presencia de conducto tirogloso (18) como era nuestro caso.

El tratamiento depende de la sintomatología y del estado de la función tiroidea: cuando produce obstrucción orofaríngea suele researse.

## Referencias bibliográficas

1. Noyek A. M. y Friedberg J: Thyroglossal duct and ectopic thyroid disorders. *Otolaringol Clin North Am* 1981; 14: 187-201.
2. Obstad S, Mair IW, Sundsfjord JA, Eide TJ, Nordrum I. Ectopic thyroid tissue in the head and neck. *J Otolaringol.* 1986; 15: 52-5.
3. Samuel M., Freeman N.V. y Sagwany M.J.: Lingual thyroglossal duct cyst presenting in infancy. *J Pediatr Surg.* 1993; 28: 891-893.
4. Basaria S. Lingual thyroid. *Postgrad Med J* 2000; 76: 419.
5. Takasshima S, Ueda M, Shibata A, Takayama F, Momose M, Yamashita K. MR imaging of the lingual thyroid. Comparison to other submucosal lesions. *Acta Radiol.* 2001; 42: 376-82.
6. Barthel A, Bornstein SR. Obstructive lingual thyroid. *NEJM* 2005; 352:
7. Luna-Ortiz K, Rascon-Ortiz MA, Tamez-Velarde M, Mosqueda-Taylor A. Dysphagia secondary to lingual thyroid. *Rev Gastroenterol Mex.* 2004; 69: 166-170.
8. Bayram F, Kulahli I, Yuce I, Gokce C, Cagli S, Deniz K. Functional lingual thyroid as unusual cause of progressive dysphagia. *Thyroid* 2004; 14: 321-4.
9. Barnes TW, Olsen KD, Morgenthaler TI. Obstructive lingual thyroid causing sleep apnea: a case report and review of the literature. *Sleep Med.* 2004; 5: 605-7
10. Grossman A, Olonovski D, Barenboim E. Hypothyroidism caused by a nonvisible lingual thyroid. *Head Neck.* 2004; 26: 995-8.
11. Tojo K. Lingual thyroid presenting as acquired hypothyroidism in the adulthood. *Intern Med* 1998; 37: 381-4.
12. Cappelli C, Gandossi E, Cumetti D et al. Ectopic lingual thyroid tissue and acquired hypothyroidism: case report. *Ann Endocrinol.* 2006; 67: 245-8.
13. Warnakulasuriya KA, Herath KB. Investigating a lingual thyroid. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1992; 21: 227-229.
14. Kamiko K. Lingual Thyroid associated with Graves's disease and Grave's ophthalmopathy. *Thyroid* 2005; 15: 1407-8.
15. Abadía-Matta MP, Dubarry PH, Pessey JJ, Caron P. Lingual thyroid and hyperthyroidism: a new case and review of the literature. *J Endocrinol Invest* 2002; 25: 264-7.
16. Intenzo C.M., de Papp A.E., Jabbour S., Miller J.L., Kim S.M. y Capuzzi D.M. : Scintigraphic Manifestations of Thyrotoxicosis. *Radiographics.* 2003; 23: 857-869.
17. Ramzisham AR, Somasundaram S, Nasir ZM. Lingual thyroid: a lesson to learn. *Med J Malaysia* 2004; 59: 533-4.
18. Guerin N, Urtasun A, Chauveau E, Julián M, lebreton M, Dumon M. Lingual thyroid and intralingual thyroglossal cyst. Apropos of 2 cases. *Rev Laryngol Otol Rhinol.* 1997; 118: 183-8.