

TIROIDES LINGUAL (*)

por el

DR. HORACIO ALFREDO FERNANDO

Se da el nombre de tiroides lingual a la localización anormal en el adulto, del tejido tiroideo en la base de la lengua. Es una consecuencia de la falta de emigración durante el período embrionario, de parte o de todo el esbozo tiroideo, desde el foramen "caecum" de la lengua, a la zona pretraqueal del cuello. Entre las anomalías de localización de la glándula tiroidea, ésta es la menos frecuente, pero no por eso la menos interesante para estudiar.

Según Goetsch, se debe dar el término de tiroides lingual a aquellos casos en que el único tejido funcional está localizado en la lengua. El de tiroides lingual aberrante lo emplea cuando, además de la existencia de esta localización, está presente la glándula tiroidea en forma normal en el cuello. Finalmente, da el nombre de bocio lingual a los casos en que el tejido tiroideo lingual está hipertrofiado y es el único tejido tiroideo presente en el organismo.

En la búsqueda bibliográfica encontramos el caso de Hickman, que data de 1869, considerado el primer caso de tiroides lingual que conocemos. En 1888, Bernays publicó el segundo caso con un estudio histológico completo. Montgomery, en su exhaustiva monografía sobre el tema, recopiló todos los publicados hasta el año 1936. Encontró 231 casos, entre los cuales solamente 144 fueron aceptados por él como auténticos. El 75 por 100 de éstos fueron hallados en el sexo femenino. En una recopilación bibliográfica efectuada por Emil Goetsch, halló 14 casos más entre los años 1936 y 1945 inclusive. Nosotros, desde 1946 hasta la actualidad, encontramos 9 casos más, estando incluidos, en ellos, dos propios. En total, hasta la actualidad se han publicado 167 casos de tiroides linguales.

La historia clínica resumida de nuestro primer caso, es la siguiente:

I. P. Sexo femenino, diecinueve años de edad. Antecedentes familiares y personales sin importancia. A los ocho años, observó, al mirarse en forma casual la garganta, un tumor pequeño en la raíz del dorso de la lengua, que no le molestaba en ningún momento. En el transcurso del tiempo aumentó de tamaño, teniendo marcadas molestias para la deglución. Fue éste el único síntoma que sufría.

(*) Trabajo del Servicio de Cirugía General (jefe: profesor Julio Díez) del Policlínico "Alvear".

Estado físico excelente, no habiéndose comprobado síntomas de hiper o hipotiroidismo.

En la raíz del dorso de la lengua, por detrás de la V lingual, en la línea media existía un tumor del tamaño de un huevo de paloma, de superficie lobulada y rosada, e implantado en ella por medio de una ancha base. La palpación reveló una consistencia dura y elástica que no se reducía a la presión. El resto de la lengua era normal.

El examen semiológico del cuello mostró a la glándula tiroides de forma, consistencia y localización normales.

Operación: Anestesia general por intubación nasal. Se mantiene la boca abierta por medio de un abreboca y se hace visible el tumor, luxándose la lengua con un asa de seda gruesa. Se incide la mucosa lingual sobre el tumor y se trata de buscar un plano de clivaje, lo que no es fácil por encontrarse tractus fibrosos y vasos que lo unen a la lengua. Se enuclea totalmente, quedando una cavidad del tamaño de una nuez, que sangra discretamente y que se cierra por cuatro puntos en equis.

Examen de la pieza: Tumor esférico del tamaño de una nuez. El estudio histológico reveló que se trataba de un adenoma tiroideo a grandes vesículas.

Postoperatorio normal. Metabolismo basal: preoperatorio —6,8; postoperatorio —5,4.

El resumen de la historia clínica de nuestro segundo caso es el siguiente:

R. L. Sexo masculino, cincuenta y siete años de edad. Antecedentes familiares y personales sin importancia.

Hace dos meses, por primera vez, comenzó con molestias en la garganta que se manifestaron por discretos trastornos al deglutir y por la sensación de tener un cuerpo extraño en la lengua. Estado físico excelente, no demostrándose desviación anormal del metabolismo basal. Luxando la lengua hacia afuera, se ve un pequeño tumor del tamaño de una uva, localizado en la línea media e inmediatamente por detrás de la V lingual, cubierto por mucosa sana. En el cuello se palpa perfectamente la presencia de los dos lóbulos tiroideos de tamaño y consistencia normales.

Operación: Anestesia general por intubación nasal. Luxación de la lengua hacia afuera. Incisión de la mucosa lingual que cubre al tumor y enucleación del mismo.

Examen de la pieza: Se trata de un tumor esférico, renitente, del

tamaño de un grano de uva. Estudio histológico: Tejido tiroideo con caracteres normales. Metabolismo basal: Pre-operatorio —7; post-operatorio —5,9.

Desarrollo embriológico

Es interesante conocer el desarrollo embrionario de la glándula tiroides, para comprender las distintas localizaciones en que puede encontrarse en el adulto, cuando su emigración al cuello, es decir, su situación normal, no se realiza. El origen principal de la glándula tiroidea se forma de una invaginación endodérmica de la pared ventral de la faringe.

Ya en los embriones de dos milímetros de longitud, en la pared ventral de la faringe, a la altura de la primera bolsa branquial, se observa la formación de un saco en la línea media, de constitución endodérmica. Este saco en forma de divertículo, rápidamente se convierte en una masa celular sólida y comienza a emigrar en dirección caudal, pero manteniéndose en conexión con el punto de origen, es decir, la pared ventral de la faringe, por medio de un cuello estrecho, conocido con el nombre de tracto tirogloso. Cuando el total de la glándula está ya en situación normal en el cuello, esta conexión, constituida por el tracto tirogloso, se atrofia. El punto de origen del mismo queda marcado en la lengua, llamándose el foramen "caecum". En la séptima semana del desarrollo intrauterino, siendo ya la masa tiroidea libre, comienza a crecer transversalmente y a extenderse por delante y a cada lado de la tráquea. Durante el final de la séptima semana, para algunos anatomistas como Arey y Norris, el último cuerpo branquial se pone en contacto con la masa tiroidea, fusionándose y contribuyendo así a la formación de los lóbulos tiroideos laterales de ésta. Pero otros, como Keibel y Mall, no aceptan la contribución de los cuerpos branquiales en la formación de la glándula tiroidea.

Posteriormente, en el seno de la masa celular epitelial de la tiroides, se forman cavidades discontinuas que representan los folículos que prontamente adquirirán coloide.

El origen embriológico de las glándulas paratiroides es completamente independiente de la tiroides. Las paratiroides se originan del 3.º y 4.º sacos branquiales y se fusionan con la tiroides cuando ésta recién ocupa el cuello, su posición normal. Por lo tanto, en las tiroides aberrantes, como es la lingual, las paratiroides no las acompañan.

La emigración del tejido tiroideo desde la base de la lengua al cuello, así como la persistencia anormal del tracto tirogloso, puede dar origen a que la glándula tiroidea ocupe posiciones anormales, o bien, a que parte del tejido tiroideo persista en el trayecto que pasó, durante ella. Por esta razón es posible encontrar, en casos anormales, tiroides linguales, intralinguales, prelaríngeas, y hasta tiroides retroesternales. Según Cormings, esta localización retroesternal sería el resultado del mayor descenso en su recorrido normal del tejido tiroideo.

Sintomatología

La sintomatología local de la tiroides lingual, es causada por la presencia del tumor en la lengua. Depende, pues, de los caracteres físicos de este tumor, ya sea grande o chico, duro o blando, cubierto de mucosa sana o ulcerada, provocando mayor o menor grado de obstrucción laríngea o faríngea. En un alto porcentaje de los casos, los síntomas están ausentes durante los primeros años de la vida. Generalmente, aparecen por primera vez en la pubertad, adolescencia o temprana madurez, causados por la hipertrofia del tejido tiroideo lingual, hipertrofia que es más frecuente en estas etapas de la vida y que tiene las mismas causas que la hipertrofia tiroidea del cuello.

Según Montgomery, sobre los 144 casos recopilados por él, la disfagia, disnea y disfonía han estado presentes en el 90 por 100 de los casos. La hemorragia que ha sido encontrada en un 10 por 100 de las estadísticas, puede ser provocada bien por un trauma local, o por la ulceración de la mucosa lingual que cubre al tumor. Otros síntomas, como tos seca, sensación de boca ocupada, necesidad de salivar frecuentemente, pueden estar presentes, pero con mucha menor asiduidad.

La frecuencia del tejido tiroideo lingual con la insuficiencia funcional tiroidea en el organismo, es comparativamente alta. Francos cretinismos y mixedemas juveniles han estado presentes en un 10 por 100 de los casos publicados y, en un porcentaje algo menor, el mixedema del adulto.

El hipertiroidismo, en caso de tiroides linguales asociados con tiroides del cuello, ha sido encontrado solamente en dos casos. Uno de Strauss, en el cual el hipertiroidismo no se modificó ni antes ni después de la extirpación de la tiroides lingual, y el caso de Pelman, que mejoró con el tratamiento médico. La causa del hipertiroidismo se explicaría por la hiperfunción de la glándula tiroides del cuello.

La morfología de la tiroides lingual ha sido descrita en varias formas y tamaños. Las dimensiones pueden variar desde un grano de alpiste al de un huevo de pato. Puede ser esférica u ovalada, de color purpúreo, marrón, azul, etc. La superficie suele ser lisa, pero en ocasiones puede estar cubierta por una mucosa lingual ulcerada. La posición en la lengua es a la altura del foramen "caecum" y en la gran generalidad de los casos en la línea media e implantado por una ancha base. Raramente su implantación es por medio de un delgado pedículo. La consistencia puede ser dura, elástica, fluctuante o blanda.

Diagnóstico diferencial

Ante un tumor de la lengua, de tipo benigno, se deberá pensar en lesiones que, si bien son de poca frecuencia, pueden existir. Tales son: los adenomas, angionomas, fibromas, lipomas y diversos quistes no tiroideos. Entre las lesiones malignas hay que recordar la de mayor frecuencia, que es el epitelioma, que cuando el tiroides lingual se presenta ulcerado puede ser difícil su diferenciación, y otras lesiones también malignas, pero de mucha menor frecuencia, como son los sarcomas y los linfosarcomas. En general, para llegar al diagnóstico de certeza, es imprescindible recurrir a la biopsia.

Estudio histológico

Histológicamente la tiroides lingual puede presentarse con los mismos caracteres del adenoma y de otros estados patológicos de la glándula tiroidea del cuello. Causan probablemente estos cambios los mismos hechos que producen los diversos estados patológicos de la misma. El 85 por 100 de los casos fueron benignos, predominando el tipo de epitelio fetal. En las tiroides linguales hipertrofiadas se han hallado caracteres histológicos del tipo coloideo.

Montgomery encontró, en su estudio de recopilación, cinco casos de probables cánceres de la tiroides lingual.

Tyler, en 1923, relató el primer caso de metástasis pulmonares y nódulos retroperitoneales secundarios a un carcinoma tiroideo lingual.

Tratamiento

Ya que el síntoma más común de la tiroides lingual es causado por los distintos grados de obstrucción faríngea o laríngea, se llega a la extirpación, que es su tratamiento. Pero antes de seguir esta conducta, es de considerable importancia saber si la tiroides lingual comprende parte o todo el tejido tiroideo que hay en el organismo.

Según Montgomery, en el 65 al 70 por 100 de los casos recopilados por él, encontró, como complicación postoperatoria, una total insuficiencia tiroidea.

Esta complicación sobrevino, seguramente, por haber sido la tiroides lingual el único tejido tiroideo funcional del organismo. Estos casos, por supuesto, fatalmente van al mixedema, y aunque este estado es controlable clínicamente, es de mucho interés considerarlo y por lo tanto es primordial en el preoperatorio determinar la presencia o ausencia de la glándula tiroides en la zona habitual. En caso de faltar, es necesario determinar en qué grado existe la necesidad de la extirpación del único tejido tiroideo funcional, que llevaría al paciente irremediablemente a una insuficiencia tiroidea total.

La simple palpación de la zona pretraqueal, de las regiones supra e infrahioides, podrá, en la mayoría de los casos, darnos datos para presumir la existencia de la glándula tiroides. Pero en casos de duda, se ha llegado hasta a la exploración quirúrgica de dichas zonas antes de efectuar la extirpación del nódulo tiroideo lingual. Ultimamente, con los progresos realizados en las investigaciones radioactivas, se ha empleado el iodo radioactivo como indicador de la presencia y función del tejido tiroideo. Hertz, en 1937, fué el primero en investigar la posibilidad de aplicarlo para estudiar las funciones tiroideas. Hamilton y Soley, en 1938, fueron también los primeros en estudiar el comportamiento del iodo activo en los humanos.

La afinidad específica del tejido tiroideo funcional por el mismo, es la razón para que el uso del iodo radioactivo, y su determinación en un contador de Geiger-Müller, sea útil para estudiar la función y localización de la glándula tiroides, pudiéndose por este método determinar, en forma fácil y rápida, la presencia de una glándula tiroidea normal, antes de extirpar la tiroides lingual.

Resumen

1.° Se presenta una revisión resumiendo la historia, origen, sintomatología, diagnóstico y tratamiento de los nódulos tiroideos linguales encontrados en la bibliografía mundial.

2.° Se presentan dos casos propios caracterizados por tener, además de los nódulos tiroideos linguales, las glándulas tiroideas del cuello, anatómica y funcionalmente normales. Se pudo, por esta condición, efectuar la extirpación de los nódulos aberrantes y, por ende, librar a los pacientes de los síntomas que aquéllos les provocaban, sin desviar los metabolismos basales, que se mantuvieron normales (per "Semana Méd.", núm. 3.142. Sig. 30 citas bibliográficas).