



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1397 - Se busca un tiroides

A. Jiménez Hernández^a, L. Núñez Chicharro^b, J. Luis Hernández^c, R. Ramos Martín^a, B. Anta Agudo^b y T. Suárez Hernández^b

^aMédico Residente de 4º año. Centro de Salud Barrio de la Salud. Tenerife. Zona Sur. ^bMédico de Familia. Centro de Salud del Barrio de la Salud. Santa Cruz de Tenerife. ^cMédico otorrinolaringólogo. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 56 años, consulta por cuadro de un año de evolución aproximadamente de disfagia a sólidos y comprimidos, buena tolerancia a líquidos, no odinofagia. Faringolalia progresiva y ronquido nocturno referido por su pareja. No pérdida de peso, no fiebre, no sudoración nocturna. Como antecedentes personales destaca hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 125 mg. Dislipemia en tratamiento dietético. No hábitos tóxicos. Solicitamos analítica general, ecografía cervical e interconsulta ORL.

Exploración y pruebas complementarias: EF: BEG, normopeso, normohidratada, normocoloreada. Faringolalia marcada. Afebril, normotensa, FC normal. CAEs normales, no otitis seromucosa. Cavidad oral con simetría de estructuras, sin hipertofia amigdalar, no se observan lesiones faríngeas con los medios disponibles. No dolor a la palpación cervical, no adenopatías cervicales o supraclaviculares no se palpa glándula tiroides. Analítica: glu: 90 mg/dl, Cr: 0,66 mg/dl, colesterol total 220 mg/dl, enzimas hepáticas, estudio del Fe, iones y PCR normales, TSH: 0,39 ?UI/ml, T4: 1,54 ng/dl Ac anti-TPO y anti-TGB negativos, Hb: 14,7 mg/dl, Plaquetas: 388.000, leucos 6.900 con FLT y VSG normales. Ecografía: aplasia vs atrofia tiroidea. Mínimo vestigio tiroideo. Resto normal. Nasofibroscopia: gran masa centrada en base de la lengua que dificulta la visualización de la glotis y que prácticamente contacta con la pared posterior de la faringe. Cuerdas vocales móviles, sin lesiones. Resto normal. TC: Lesión hiperdensa de márgenes macrolobulados en base de la lengua centrada en línea media de aproximadamente $2,9 \times 2,7 \times 3$ cm de densitometría discretamente heterogénea a expensas de focos hipodensos subcentimétricos, probablemente quísticos. Las características densitométricas, morfológicas y la ausencia de glándula tiroidea en su situación normal, sugieren tiroides lingual. Pequeños ganglios menores a 1 cm, no significativos. Estructuras vasculares y musculares sin alteraciones.

Juicio clínico: Tiroides lingual.

Diagnóstico diferencial: Patología tumoral maligna: Ca amigdalar, faríngeo, laríngeo, tiroideo, esofágico. Patología tumoral cervical congénita/embrionaria: quiste dermoide, quiste tiroglosa, laringocele, divertículo de Zenker, tiroides lingual.

Comentario final: Se realizó exéresis completa de la lesión, siendo el resultado de anatomía patológica no específico de tejido tiroideo. Sin embargo, solicitamos analítica de control a los tres meses de la intervención, observándose un ascenso significativo de la TSH (40 ?UI/ml) que precisó ajuste de tratamiento y que apoyaría el diagnóstico de tiroides lingual (hipofuncionante) tal y como indican las pruebas de imagen y el

aspecto macroscópico de la lesión. Embriológicamente, el tiroides tiene su origen en una invaginación del epitelio faríngeo. Esa formación desciende por la línea media hasta alcanzar su situación definitiva y permanece unida a su lugar de origen por el conducto tirogloso, que más tarde se atrofiará. Las alteraciones en el descenso, pueden originar la presencia de tejido tiroideo aberrante, o, no descender y quedar en la base de la lengua (tiroides lingual). De los restos celulares del conducto tirogloso, se originarían los quistes del conducto tirogloso, que aparecerían en la línea media, como tumoraciones visibles, de consistencia aumentada y de crecimiento rápido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Zurro A. Atención primaria. Problemas de salud de la consulta de Medicina de Familia. Elsevier. 7^a edición.
2. Basterra Alegría J. Tratado de otorrinolaringología y patología cervicofacial. Elsevier Masson.
3. Alañón Fernández MA. Tumoraciones cervicales. Hospital Universitario de Ciudad Real. GSK.