

Resección transoral endoscópica de tiroides lingual

Carlos Santiago Ruggeri, Lautaro Acosta e Ivo Bedini

RESUMEN

La presencia de tejido tiroideo ectópico en la base de la lengua es muy infrecuente, y la mayoría de los pacientes tienen hipotiroidismo.

La indicación de tratamiento depende de la presencia o no de síntomas; la cirugía es la primera elección.

Diversas técnicas quirúrgicas han sido descritas, pero para nosotros el abordaje transoral con endoscopios constituye la mejor opción, por la buena exposición y la mínima morbilidad que produce.

Se describe el caso clínico de una mujer que consultó por odinofagia, con diagnóstico de tiroides lingual y que fue tratada con éxito mediante un abordaje transoral con asistencia de endoscopios.

Palabras clave: tiroides lingual, transoral, cirugía endoscópica.

ENDOSCOPIC TRANSORAL RESECTION OF LINGUAL THYROID

ABSTRACT

The presence of ectopic thyroid tissue at the base of the tongue is very rare, and most patients have hypothyroidism.

The indication of treatment depends on the presence or not of symptoms, surgery being the first choice.

Various surgical techniques have been described, being for us the transoral approach with endoscopes the best option, due to the good exposure, and minimum morbidity that it produces.

The clinical case of a woman who consulted for odynophagia, with a diagnosis of lingual thyroid and who was successfully treated by a transoral approach with endoscopic assistance is described.

Key words: lingual thyroid, transoral, endoscopic surgery.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2019; 39(4): 149-152.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de tejido tiroideo en la base de la lengua es variable; algunos estudios realizados en cadáveres hallaron su presencia en el 10%¹.

La existencia de tejido tiroideo clínicamente significativo en la base de la lengua es más infrecuente, alrededor de 1/3000 a 1/10 000 y en el 70% de los pacientes es el único tejido tiroideo presente².

El tratamiento es difícil de determinar, porque muchas veces se trata de una lesión asintomática, y, por su localización, la exposición quirúrgica puede ser dificultosa.

La cirugía transoral permite realizar resecciones completas y con baja morbilidad en pacientes sintomáticos con tiroides ectópica lingual.

Se describe el caso clínico de una paciente con tiroides lingual que fue tratada con éxito mediante cirugía transoral asistida con endoscopios.

CASO CLÍNICO

Una paciente de sexo femenino, de 47 años, consultó por odinofagia de 4 años de evolución e hipotiroidismo de 10 años de aparición. Estuvo medicada con levotiroxina 100 µg/día y con enalapril por hipertensión arterial.

Por rinofibrolaringoscopia se le diagnosticó un tumor en la línea media de la base de la lengua cubierto por mucosa de aspecto normal en contacto con la cara lingual de la epiglotis (Fig. 1).

En la resonancia magnética de cuello con contraste se observó, en la línea media de la base de la lengua, una lesión ovoide levemente hiperintensa en T1 e hipointensa en T2 con leve realce poscontraste. Su diámetro máximo fue 2 cm y ocupó ambas valéculas (Fig. 2).

Por ecografía se diagnosticó una glándula tiroides de tamaño reducido, siendo difícil visualizar el lóbulo izquierdo, y presentó un nódulo quístico de 22 mm de diámetro en el lóbulo derecho.

La punción bajo ecografía del nódulo tiroideo derecho fue informada como Bethesda I.

El centellograma tiroideo diagnosticó una imagen hiperdensa en la base de la lengua con intensa captación del trazador (yodo 131 [¹³¹I]).

Los estudios fueron compatibles con tiroides ectópica lingual.

Recibido: 20/11/19

Aceptado: 14/04/20

Sector Cabeza y Cuello. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina
Correspondencia: carlos.ruggeri@hospitalitaliano.org.ar

Debido a las molestias referidas por la paciente se indicó tratamiento quirúrgico.

Fue derivada por su sistema de salud a otro hospital donde no pudieron realizar la cirugía a causa de dificultades en la exposición del tumor.

Concurrió nuevamente al Servicio de Otorrinolaringología (ORL) para realizar la cirugía indicada previamente.

Bajo anestesia general, con la cabeza de la paciente en posición neutra y previa colocación de un abreboca tipo Jennings, se hizo un punto en el sector anterior de la lengua para traccionar de esta hacia afuera y facilitar la exposición del tumor.

Por vía transoral se hizo una incisión vertical de 1 cm en la línea media por delante de la V lingual. Se profundizó y extendió la incisión hacia la base de la lengua hasta

visualizar el sector anterior de la lesión.

Con la asistencia de endoscopios de 0° y 30° se disecó la tiroides lateral y posteriormente hasta llegar a la cara lingual de la epiglotis, cauterizando y seccionando los músculos de la lengua con bisturí armónico, hasta reseca toda la lesión. Se tuvo la precaución de no extender la disección lateralmente en la lengua para no lesionar las arterias linguales, aunque su posición por detrás de la V lingual es más lateral que en la lengua oral.

Se suturó la incisión vertical anterior con sutura reabsorbible (Fig. 3).

La duración de la cirugía fue de 90 minutos.

La paciente tuvo el alta 48 horas después, con alimentación oral, y no hubo complicaciones.

El diagnóstico histopatológico diferido fue tejido tiroideo ectópico, y la dosis de levotiroxina no se modificó después de la cirugía.

Los controles endoscópicos posoperatorios durante 6 meses no evidenciaron persistencia de la lesión (Fig. 4).

DISCUSIÓN

La tiroides lingual es una anomalía congénita del desarrollo tiroideo, que resulta de la falta de descenso de esta desde el *foramen caecum* hasta su localización prelaríngea.

En el 70% de los pacientes con tiroides lingual, la glándula está enteramente contenida en la lengua, y cerca de un 70% de los casos están asociados con diversos grados de hipotiroidismo. Muchos pacientes pueden ser asintomáticos. Los síntomas más frecuentes pueden ser molestia faríngea, odinodisfagia, hemorragia y disnea.

Usualmente se presenta como un nódulo submucoso en la base de la lengua.

Los diagnósticos diferenciales pueden ser: linfangioma, hemangioma, quiste de valécula, y tumores de glándulas salivales menores.

El antecedente de hipotiroidismo, las características



Figura 1. Rinofibroларингоскопия: tiroides lingual en contacto con la cara lingual de la epiglotis

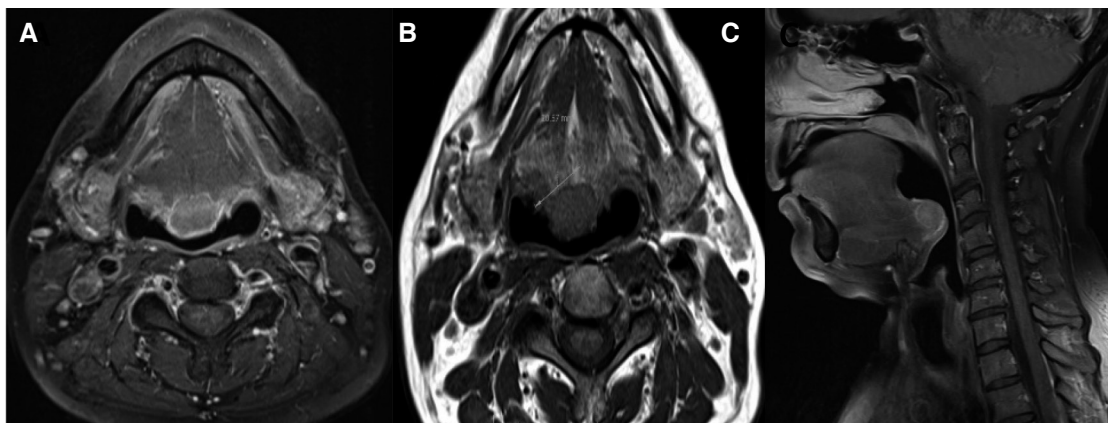


Figura 2. Resonancia magnética de cuello: se observa tiroides lingual en la línea media de la base de la lengua. A: corte axial T2 con contraste, B: corte axial T1, C: corte sagital T2 con contraste

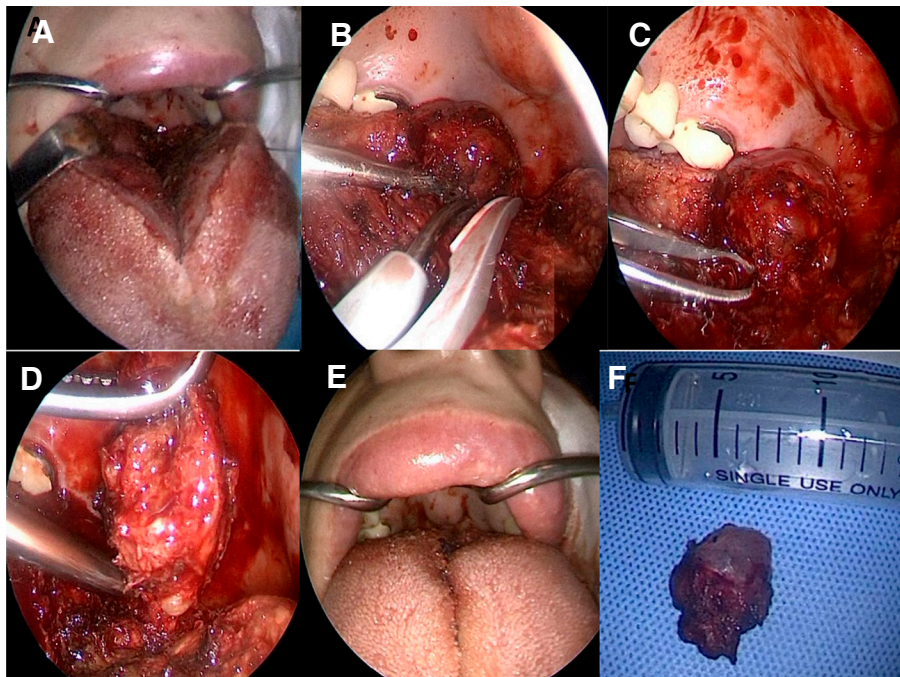


Figura 3. Resección transoral asistida por endoscopios de tiroides lingual.

A: incisión en línea media de la lengua, B: disección con bisturí armónico, C, D: exéresis del tumor, E: sutura de incisión, F: pieza quirúrgica.



Figura 4. Rinofibrolaringoscopia posoperatoria.

imagenológicas y la intensa captación de yodo 131 por la lesión en la base de la lengua confirman el diagnóstico presuntivo de tiroides ectópica lingual.

En estos casos es innecesario realizar una biopsia previa. Si en casos infrecuentes es preciso realizar una biopsia,

deben adoptarse todas las precauciones inherentes a una cirugía por un tumor con alta vascularización.

La transformación en carcinoma es rara: se informaron 39 casos descritos en la bibliografía inglesa desde 1910³. En pacientes sintomáticos, el mejor tratamiento es la cirugía. Se puede indicar tratamiento conservador con hormona tiroidea previamente al tratamiento quirúrgico con el objetivo de reducir el tamaño tumoral.

La ablación del tejido tiroideo ectópico con dosis terapéuticas de I¹³¹ radiactivo es un método alternativo de tratamiento que puede indicarse en pacientes que no aceptan la cirugía. Pero está contraindicado en mujeres en edad fértil. Se han descrito diferentes abordajes quirúrgicos para tratar esta lesión.

La vía externa ofrece una muy buena exposición ya sea mediante una labio-mandibulotomía o una faringotomía infrahioidea, transhioidea o suprahioidea, o lateral^{4,5}.

La importante morbilidad que producen los abordajes externos (traqueostomía, alimentación temporal con sonda nasogástrica, cicatrices) y el mayor tiempo de internación hacen que, para nosotros, no sean la primera elección.

La cirugía transoral con endoscopios permite una excelente exposición, y visión magnificada y con ángulo para realizar la exéresis completa de la lesión, sobre todo en su sector posterior en relación con la cara lingual de la epiglotis y valéculas.

La arteria tiroidea superior puede estar ausente y la tiroides lingual puede recibir irrigación de las arterias lingual y

facial. Algunos autores indican una embolización previa a la resección⁵.

La utilización de equipamientos que permiten coagular los vasos que irrigan la tiroides facilitan la cirugía⁶.

El bisturí armónico usa energía mecánica para realizar el corte y la coagulación del tejido mediante la vibración de un cristal piezoeléctrico a 55 000 veces/segundo. Produce un coágulo que ocluye los vasos de hasta 5 mm de diámetro y además trabaja a una temperatura de 80 grados, produciendo mínimo daño a los tejidos adyacentes. Nos pareció muy eficaz para realizar la resección.

La otra técnica transoral es la TORS (*Transoral Robotic Surgery*) que aplica similares conceptos que la técnica descrita pero es más costosa, y posiblemente la preparación previa del equipamiento implique un mayor tiempo total de cirugía. Existen en la bibliografía pocos estudios que describen los resultados de series numerosas de pacientes con tiroides lingual tratados con cirugía; la mayoría son informes de casos aislados.

En un estudio retrospectivo realizado en la Clínica Mayo informaron que trataron mediante cirugía a nueve pacientes con tiroides lingual entre 1994 y 2012. El tamaño promedio de las lesiones medidas según las imágenes preoperatorias fue 2,62 cm de diámetro.

En 4 realizaron un abordaje transoral con microscopio y láser de CO₂, en 3 hicieron una TORS, en uno un abordaje

transoral sin microscopio y en otro utilizaron una técnica abierta mediante un procedimiento de Sistrunk modificado. En siete pudieron realizar una tiroidectomía lingual total y, en dos, parcial. Atribuyeron la resección incompleta a la exposición dificultosa⁷.

En nuestra opinión, la exposición de la tiroides lingual es más difícil si se utilizan laringoscopios; el empleo de endoscopios de 0 y 30° permite ver mejor el sector posterior de la lesión en la base de la lengua que contacta con la cara lingual de la epiglotis.

También creemos que el láser de CO₂ no es la mejor opción para realizar la resección, ya que solo permite coagular vasos menores de 0,5 mm frente al bisturí armónico que coagula vasos de hasta 5 mm.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la tiroides lingual depende de los síntomas que manifieste el paciente, determinados con más frecuencia por el tamaño de la neoplasia.

La cirugía es el mejor tratamiento y el abordaje transoral, el más indicado por su baja morbilidad.

La utilización de endoscopios facilita una visión magnificada y con ángulo que permite obtener una exposición adecuada de la base de la lengua, valéculas y la cara lingual de la epiglotis, lo que hace que tal técnica quirúrgica sea muy útil para tratar patologías de estos sectores.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Atiyeh BS, Abdelnour A, Haddad FF, et al. Lingual thyroid: tongue splitting incision for transoral excision. *J Laryngol Otol.* 1995;109:520-4.
2. Bhojwani KM, Hegde MC, Alva A, et al. Papillary carcinoma in a lingual thyroid: an unusual presentation. *ENT J.* 2012; 91(7):289-91.
3. Vincent A, Jategaonkar A, Kadakia S, et al. TORS excision of lingual thyroid carcinoma: Technique and systematic review. *Am J Otolaryngol.* 2019; 40(3):435-9.
4. Stokes W, Interval E, Patel R. Lingual Thyroid Carcinoma: A Case Report and Review of Surgical Approaches in the Literature. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2018; 127(7):475-80.
5. Zubillaga Rodríguez I, Sánchez Aniceto G, García Recuero I, et al. Tiroides lingual: un nuevo abordaje quirúrgico. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2004; 26:316-24.
6. Terris DJ, Seybt MW, Vaughters RB. A new minimally invasive lingual thyroidectomy technique. *Thyroid.* 2010; 20(12):1367-9.
7. Howard BE, Moore EJ, Hinni ML. Lingual thyroidectomy: The Mayo Clinic experience with transoral laser microsurgery and transoral robotic surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2014; 123(3):183-7.