

UNA RARA CAUSA DE DISFAGIA EN UN NIÑO DE 12 AÑOS DE EDAD: TIROIDES LINGUAL

Dres. E. Cáceres, H. Rodríguez, D. Filippo, G. Guercio, C. Tiscornia

INTRODUCCION

La disfagia es un término de origen griego que define una dificultad o alteración del proceso normal de la deglución.

La función primaria de la deglución es la ingestión, preparación y transporte de nutrientes hacia el tracto digestivo. Funciones secundarias de la misma son el control de secreciones, clearance de contaminantes respiratorios, protección de la vía aérea superior y compensación de la presión de la membrana timpánica a través de la trompa de Eustaquio¹.

Teniendo en cuenta los motivos habituales de consulta en el Area de Emergencia, podemos considerar a la disfagia como un síntoma poco habitual de consulta, siendo la forma más frecuente la odinofagia.

La disfagia es un síntoma que puede presentarse, juntamente con otros, en un elevado número de entidades nosológicas¹, cuyas causas pueden estar vinculadas a trastornos de los mecanismos normales de la deglución en las etapas oral, faríngea o esofágica, así como a otros factores relacionados a procesos inflamatorios, infecciosos o alteraciones anatómicas de los distintos tractos que intervienen en la misma.

CASO CLINICO

C. S. H. Varón, de 12 años y 7 meses de edad, consultó en el Area de Emergencia por presentar disfagia de 3 meses de evolución.

Area Emergencia, Servicio de Endoscopia, Area Imágenes, Servicio de Endocrinología
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan

Se trata de un niño previamente sano, con adecuado crecimiento pondoestatural (talla en percentilo 25, acorde a los padres), desarrollo físico e intelectual normales, cursaba octavo grado normal con buen desempeño.

La anamnesis rescató los siguientes datos: aproximadamente 3 meses antes de la consulta presenta dificultades para deglutir los alimentos, en muchas oportunidades se acompañaba de náuseas y vómitos. Si bien estos últimos, siempre vinculados a la ingesta, se observaban desde aproximadamente 4 a 5 años antes.

Al examen clínico se observó, como único dato positivo, la presencia de una tumoración rojo-vinosa en la base de la lengua, que hacía prominencia hacia la orofarinx.

Los planteos diagnósticos fueron: tiroides lingual, descartar tumor de lengua.

Como plan de estudios se realizaron los siguientes exámenes: video-endoscopia, tomografía computada (TC) de cavum y cuello, ecografía tiroidea y centellograma con I¹³¹. Estos exámenes arrojaron los siguientes resultados:

- Video-endoscopia: tumoración violácea hipervascularizada, compatible con tiroides lingual.
- TC cervical: se observa imagen redonda, hiperdensa en raíz de lengua. Ausencia de tejido tiroideo en la región pretraqueal normal. (Figura 1)
- Ecografía de región tiroidea: ausencia de tejido tiroideo en la celda. (Figura 2)
- El centellograma tiroideo mostró ausencia de captación en celda tiroidea y presencia de captación a nivel lingual. (Figura 3)

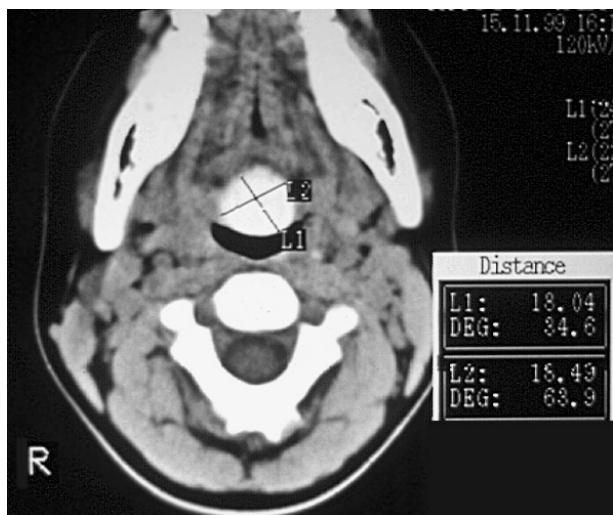


Figura 1: TC cervical. Se observa imagen redonda hiperdensa, corresponde al tejido tiroideo ectópico.

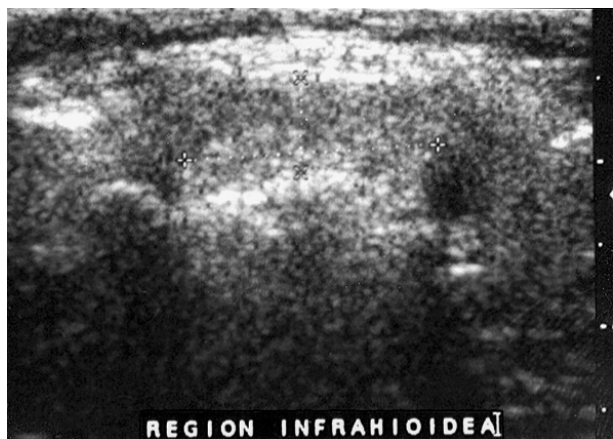


Figura 2: Ecografía cervical. Nótese la ausencia de la glándula tiroidea en su celda.

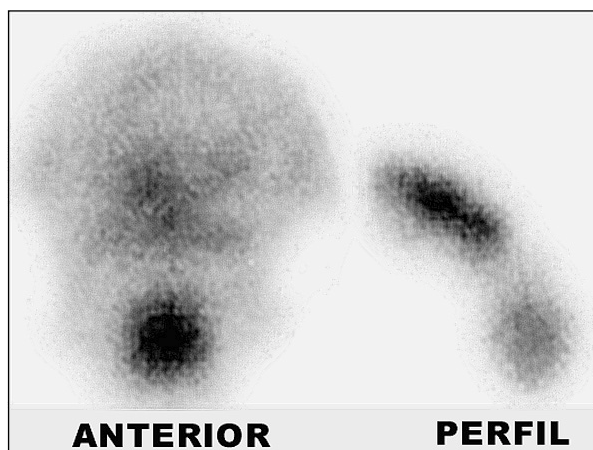


Figura 3: Corresponde al centellograma tiroideo con I^{131} . Se observa la ausencia de la glándula tiroidea en la región pretraqueal y captación a nivel de base de la base de la lengua.

Se arribó al diagnóstico de tiroides ectópica – lingual.

Se completó estudio con dosaje de T3 (1.74 mg/ml); T4 (7.12 microg/ dl) y TSH (11.74 microUI/ ml), los dos primeros dentro de rangos normales, mientras que la TSH se encontraba por encima del rango superior normal.

Se inició terapia sustitutiva con hormona tiroidea. Se decidió mantener conducta conservadora, sin resección quirúrgica. Debido a la buena respuesta inicial, con reducción del tamaño de la glándula ectópica, no fue necesario el tratamiento quirúrgico. El paciente se mantiene asintomático a 3 y 1/2 años del diagnóstico, con buen desarrollo pondoestatural, en seguimiento por el Servicio de Endocrinología.

DISCUSION

El objetivo de presentar la historia clínica de un niño de 12 años de edad, previamente sano, cuyo síntoma más importante fue disfagia, acompañada de náuseas y vómitos intra / postprandiales secundarios a una patología congénita, es discutir el síntoma disfagia como motivo de consulta en el Area de Emergencia, así como la patología responsable de la misma, siendo ambos de baja frecuencia.

Un meticuloso interrogatorio y un cuidadoso examen físico son necesarios para un correcto diagnóstico y tratamiento de la disfagia. El examen físico debe incluir una minuciosa semiología de boca, cuello, orofaringe y laringe, así como un detallado examen neurológico. El estudio del paciente debe incluir una ecografía de la región tiroidea², endoscopia orofaríngea y de la vía aérea superior, TC y/o RM cervical y un centellograma con I^{131}

La tiroides ectópica es una aberración embriológica infrecuente, caracterizada por la presencia de tejido tiroideo localizado en un sitio diferente de la región pretraqueal normal. La tiroides lingual es la presencia de tejido tiroideo en la base de la lengua. Esta anormal ubicación es debida a una ausencia completa de descenso del tejido tiroideo en los estadios tempranos del desarrollo³. La lingual es la localización ectópica más frecuente de la glándula tiroidea, si bien su incidencia clínica varía entre 1: 3000 a 1: 10000 según algunos autores⁴, otros refieren una frecuencia de 1:100000^{5,6}, para otros la misma estaría entre 1: 30000 y 1: 100000. Son más frecuentes en las mujeres en una relación 3: 1 y en el 70% de los casos es el único tejido tiroideo funcional⁷. Con frecuencia puede pasar inadvertido en el examen neonatal así como en los realizados durante la infancia temprana y, como en nuestro caso, presentar síntomas durante el estímulo puberal y en el embarazo, cuando la demanda sobre la glándula es mayor².

El paciente puede presentar signos de hipotiroidismo, así como otros más raros, como ulceraciones y sangrado.

En el diagnóstico diferencial deben incluirse tumores de lengua. Si bien estos también son excepcionales en pediatría, incluyen linfangiomas en sus distintas variedades, hemangiomas y neurofibromas⁸.

En cuanto al tratamiento, una vez obtenido los datos de laboratorio que documenten la presencia de hipotiroidismo, debe iniciarse la administración de hormona tiroidea. Está indicada la resección quirúrgica del tejido aberrante a fin de controlar los síntomas vinculados al efecto de masa.

Un aspecto importante a tener en cuenta en el seguimiento de estos pacientes, es la posibilidad de su transformación maligna, si bien rara, más aún cuando se ha mantenido una conducta conservadora sin resección de la glándula ectópica⁹.

CONCLUSIONES

Si bien la tiroides lingual no es una patología frecuente, debe ser tomada en cuenta en el diagnóstico diferencial de niños que consultan por disfagia. Se requiere efectuar un minucioso examen clínico y, ante el hallazgo de una tumoración rojovinoso en la base de la lengua, completar el plan de estudios con exámenes complementarios que incluyan una ecografía tiroidea, endoscopía de la vía aérea superior, TC y/o RM de cuello, el centellograma con I¹³¹.

El tratamiento habitualmente consiste en la resección de la glándula ectópica. En nuestro caso la indicación quirúrgica no fue necesaria debido a que pudo controlarse la sintomatología con la terapia sustitutiva.

REFERENCIAS

1. Furnival R. A., Woodward G. A. Pain – Dysphagia. In: Fleisher G. R. and Ludwig S. Textbook of Pediatric Emergency Medicine, 4th Ed, Philadelphia. Lippincott & Willkins, 2000; Cap 53: 441- 447.
2. Jecker P, Koch O, Mann WJ. Dysphagia without clinically relevant pathological correlation: to exclude tumours of the floor of the mouth and the base of the tongue ultrasound diagnosis is mandatory. *Ultraschall Med.* 2001; 22 (5): 236- 240.
3. Zoller DC, Silverman BL, Daaboul JJ. Picture of the month. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000; 154: 843-844.
4. Gallo A, Leonetti F, Torri E, Manciooco V, Simonetti M, DeVicentiis M. Ectopic lingual thyroid as unusual causa of severe dysphagia. *Dysphagia.* 2001 Summer; 16: 220 – 223.
5. Lieberum B, Cate WJ. Diagnosis and therapy of thyroid tissue of the base of the tongue. *HNO.* 1996; 44 393-396.
6. Guerin N, Urtasun A, Chavuveau E, Julien M, Lebreton M, Dumon M. Lingual Thyroid and intra-lingual thyroglossal cyst. Apropos of 2 cases. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord).* 1977; 118: 183-188.
7. Walshe P, Rowley H, Mcglone B, Griffin J, Nolan J, Timon C. Radiology Quiz Case 1. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001; 127: 1506.
8. Lobitz B, Lang T. Lymfangioma of the tongue. *Pediatr Emerg Care.* 1995; 11: 183-185.
9. Maurice N, Makeieff M, Delol J, Bec P, Crampette L, Guerrier B. Ectopic lingual thyroid. Apropos of 3 cases. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 1995; 112: 399-405.