

Massa eritematosa lingual: que etiologia?

Patrícia Santos¹, Filipa Vasconcelos Espada¹, Marta Neves², Paulo Coutinho¹, Francisco Bianchi¹, Marcelo Fonseca¹

RESUMO

A tiróide lingual é uma entidade clínica rara, que resulta da localização ectópica de tecido tiroideu por ausência de migração embrionária da glândula tiroideia do *foramen caecum* para a localização pré-traqueal final. Habitualmente assintomática, pode no entanto ser detectada no exame físico de rotina da orofaringe ou no contexto de infecção das vias aéreas superiores. Pode também manifestar-se por disfagia, dispneia, disфония, tosse, hemorragia ou hipotiroidismo sintomático.

Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 3 anos do sexo feminino, sem antecedentes patológicos relevantes que apresentava tosse irritativa com agravamento progressivo e acessos de tosse laringea.

Na observação da orofaringe foi visualizada uma massa eritematosa, localizada na linha média do terço posterior da língua. Os estudos realizados demonstraram tratar-se de tiróide lingual associada a hipotiroidismo compensado.

Os autores salientam a necessidade de vigilância clínica e analítica desta situação pelo risco de aparecimento de sintomatologia respiratória ou digestiva grave e/ou descompensação do hipotiroidismo. A cirurgia com remoção da massa poderá ser uma opção terapêutica no caso de sintomatologia respiratória ou digestiva grave ou transformação maligna.

Palavras-chave: tiróide lingual, diagnóstico, tratamento.

INTRODUÇÃO

A tiroide lingual é uma entidade clínica rara, que resulta da localização ectópica de tecido tiroideu.

Deve-se à ausência de migração da glândula tiroideia do *foramen caecum* para a localização pré-traqueal final que ocorre entre a 3^a e a 7^a semanas do desenvolvimento embrionário^(1,2).

Desconhece-se a verdadeira incidência da doença. Estudos realizados referem uma incidência de 1:1000 a 1:300 000⁽¹⁻³⁾ na população geral e de 1:4000 a 1:8000 nos indivíduos com patologia tiroideia⁽³⁾. A relação sexo feminino/sexo masculino é de 4-7:1^(1,2).

Das localizações ectópicas o dorso da língua corresponde a 90% dos casos. Tecido tiroideu ectópico tem sido também descrito na região mandibular, traqueia, laringe, mediastino, coração, pulmão, duodeno e glândula supra-renal⁽¹⁻³⁾.

A patogenia do tecido tiroideu ectópico continua desconhecida, mas tem sido associado a mutações dos factores de transcrição (TTF-1, TTF-2 e PAX8) e dos genes receptores da TSH (TSH-R)⁽¹⁻³⁾.

A maioria dos doentes está assintomática, podendo a tiróide lingual ser detectada na observação de rotina da orofaringe, ou manifestar-se por disfagia, dispneia, disфония, tosse, hemorragia ou hipotiroidismo sintomático.

CASO CLÍNICO

Apresentamos o caso de uma criança do sexo feminino de 3 anos de idade e raça caucasiana referenciada ao internamento do Serviço de Pediatria por suspeita de laringotraqueobronquite. Apresentava tosse irritativa com agravamento progressivo, com uma semana de evolução e acessos de tosse laringea nas 24 horas que precederam o internamento. Sem febre, recusa alimentar, dificuldade respiratória ou estridor. Referência a roncopatia, sem apneia, com alguns meses de evolução.

Ao exame objectivo apresentava uma massa eritematosa, com cerca de 1,5cm de maior diâmetro, localizada na linha média do terço posterior da língua. (Figura 1 e 2). Tiróide não palpável, sem adenopatias cervicais. Restante exame



Figura 1 e 2: Observação da Orofaringe.

Nascer e Crescer 2009; 18(1): 29-31

¹ Serviço de Pediatria Hospital Pedro Hispano/ Consulta de Endocrinologia Pediátrica

² Serviço de Otorrinolaringologia Hospital Pedro Hispano

físico normal. Desenvolvimento psicomotor e estatura ponderal adequado à idade cronológica.

Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Teste de Guthrie negativo e plano nacional de vacinação actualizado.

Durante o internamento manteve-se apirética, hemodinamicamente estável, sem sinais de dificuldade respiratória, estridor, recusa alimentar ou sialorreia.

Dos exames laboratoriais efectuados salienta-se: hemograma com plaquetas normal, proteína C reactiva negativa, hemocultura negativa, função tiroideia com T3 e T4 livres normais e TSH elevada: 14.02µUI/ml (normal: 0,3-4,2µUI/ml).

A ecografia da tiróide não identificou glândula tiróide na sua topografia habitual, observando-se uma massa de 2cm de

maior diâmetro na dependência da base da língua sugestiva de tecido tiroideu ectópico. (Figura 3)

A cintigrafia da tiróide com 99mTc-pertecnato mostrou um foco de hiperfixação na base da língua compatível com tiróide ectópica (sublingual). (Figura 4)

O estudo realizado demonstrou tratar-se de tiróide lingual com hipotiroidismo compensado.

Foi instituída terapêutica hormonal substitutiva com levotiroxina (2 µg/Kg/dia) e vigilância de sinais de obstrução respiratória ou digestiva com avaliação inicial mensal e posteriormente trimestral. A função tiroideia normalizou em quatro meses. Encontra-se actualmente controlada com 3.75 µg/Kg/dia de levotiroxina. Após instituição da terapêutica observou-se diminuição da tiróide lingual.

Até à data não existe evidência de complicações ou sinais de malignidade pelo que o tratamento cirúrgico, de momento, não está indicado.

DISCUSSÃO

A tiroide lingual apresenta-se, habitualmente como uma massa nodular com menos de 1cm de diâmetro na base da língua mas pode atingir dimensões superiores a 4x8cm. A sua superfície é habitualmente lisa e vascularizada^(1,2).

Na maioria dos casos os doentes estão assintomáticos sendo a tiróide lingual diagnosticada na observação de rotina da orofaringe ou no contexto de uma infecção respiratória. Todavia, pode manifestar-se por hipotiroidismo sintomático ou, em massas de maiores dimensões ocorrer dispneia, disfagia, hemorragia ou mimetizar um tumor lingual.

No caso descrito o diagnóstico foi efectuado numa idade mais precoce do que está relatado na literatura. Eventualmente, o quadro infeccioso terá conduzido ao aumento da glândula tiroideia de forma a compensar a necessidade aumentada de tireoglobulina.

A idade de diagnóstico, descrita na literatura, situa-se após os 6 anos de idade, sendo maioria dos doentes diagnosticados durante a puberdade ou gravidez^(3,4). Pensa-se que tal se deve ao aumento das necessidades fisiológicas de hormona tiroideia durante estes períodos, que, por sua vez, conduz a um aumento da glândula podendo causar sintomatologia obstrutiva. A necessidade de aumento da produção de hormonas tiroideias também pode ocorrer em quadros infecciosos ou traumáticos.

Raramente o hipotiroidismo está presente ao nascimento, não sendo portanto evidente no rastreio precoce (teste de Guthrie) e, em alguns casos nunca se chega a estabelecer, pelo que, muitas vezes não é feito o diagnóstico⁽³⁾. No entanto, 70% dos doentes com tiroide lingual apresentam sinais de hipotiroidismo e 10% sofrem de cretinismo^(1,2).

Em 70-80% dos casos o tecido tiroideu lingual é o único presente no organismo⁽¹⁻³⁾.

Estão descritos alguns casos de transformação maligna, maioritariamente



Figura 3 - Ecografia da tiróide.

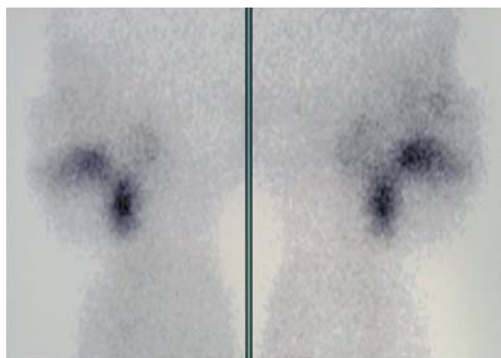
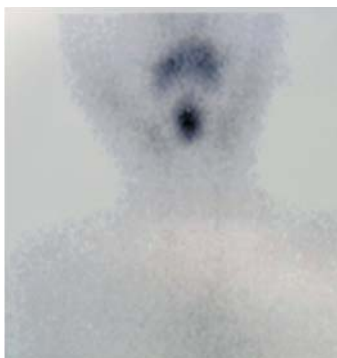


Figura 4 - Cintigrafia da tiróide.

carcinoma papilar da tireoide^(1,2), mas também folicular e de células escamosas⁽³⁾, habitualmente na idade adulta, pelo que a vigilância clínica seriada é muito importante.

Para o estudo desta patologia a cintigrafia com Tecnecium 99m pertechnetate ou ¹³¹I é o exame complementar indicado como complemento da observação clínica⁽³⁾.

Relativamente ao tratamento, não existe consenso, devido ao reduzido número de casos descritos. Em doentes assintomáticos a terapêutica recomendada é o tratamento com levotiroxina^(1,2) que conduz à supressão da TSH e consequente remoção do estímulo para crescimento do tecido tiroideu^(1,2). Este facto foi verificado no nosso caso, com diminuição da massa lingual.

Este tratamento conduz também à normalização da função tiroideia e em indivíduos eutiroideus evita o desenvolvimento de hipotireoidismo com aumento da massa glandular^(1,2). Pensa-se que possa evitar a transformação maligna deste tecido⁽³⁾.

A remoção cirúrgica fica reservada para casos de apresentação grave com sintomas obstrutivos respiratórios ou digestivos, hemorragia incontrolável, transformação maligna ou situações em que a terapia supressora não está a ser efectiva na redução do crescimento da massa^(1,3). A transplantação de tecido tiroideu lingual para a sua localização habitual tem sido tentada em alguns casos como alternativa ao tratamento hormonal substitutivo⁽³⁾.

O tratamento com iodo radioactivo (¹³¹I) pode ser uma alternativa ao tratamento cirúrgico principalmente em doentes com risco cirúrgico ou que recusem a cirurgia⁽¹⁻³⁾. Este tratamento está descrito em idade tão precoce como um ano de idade⁽⁵⁾, mas deve ser precedido por uma cintigrafia tiroideia em virtude de a iodoterapia poder destruir tecido tiroideu concomitante, na sua localização cervical correcta. Nestes casos a cirurgia será a primeira escolha terapêutica, na presença de sintomas graves.

COMENTÁRIOS OU CONCLUSÕES

Os autores decidiram apresentar este caso clínico pela idade precoce de diagnóstico e sucesso do tratamento médico instituído. A terapêutica substitutiva corrigiu o hipotireoidismo e contribuiu para uma redução do tecido tiroideu. No entanto, não se exclui a eventual necessidade de intervenção cirúrgica ou tratamento com iodoradioactivo no caso de hemorragia ou transformação maligna.

Os autores salientam que os doentes com tireoide lingual devem ser objecto de um seguimento seriado de forma a detectar alterações precoces da função tiroideia, sintomas compressivos e/ou transformação maligna.

ERYTHEMATOUS TONGUE MASS: WHAT ETIOLOGY?

ABSTRACT

The lingual thyroid is a rare clinical entity, which results from the ectopic location of thyroid gland tissue due to the absence of embryonic migration of the thyroid gland from the *foramen caecum* to the final pretracheal position. Usually asymptomatic, it can be detected during routine oral examination or in the context of infection of the upper airways. It can also present as dysphagia, dyspnea, dysphonia, cough, hemorrhage or hypothyroidism.

The authors present the clinical case of a three-year old girl, without pathological relevant past medical history, who had a progressive irritating cough and accessions of laryngeal cough.

In the oral cavity, an erythematous mass was visualized; it was located in the middle line of the subsequent third of the tongue. The subsequent studies demonstrated a lingual thyroid associated with an analytical compensated hypothyroidism.

The authors point out the need of a clinical and analytical vigilance of this situation because of the risk of appearance of respiratory or digestive serious symptoms and/or hypothyroidism. The surgery

with removal of the mass is a therapeutic option in the case of respiratory or digestive serious symptoms or malignant transformation.

Keys-words: lingual thyroid, diagnosis, treatment.

Nascer e Crescer 2009; 18(1): 29-31

BIBLIOGRAFIA

1. Kumar V, Nagendhar Y, Chattopadhyay A, Vepakomma D. Lingual Thyroid Gland: Clinical evaluation and management, Indian J Pediatr 2004; 71(12): e62-4.
2. Arikian S, Gökalp D, Tuzcu A, Bahceci M., Bahceci S. An Embryological cause of primer hypothyroidism, Lingual Thyroid. T J Endocrinol and Metabol 2006; 2: 49-52
3. Yoon JS, Won KC, Cho IH, Lee JT, Lee HW. Clinical Characteristics of Ectopic Thyroid in Korea. Thyroid. 2007 ;17(11):1117-21
4. Bayram F, Külahli I, Yüce I, Gökçe C, Cagli S, Deniz K. Functional lingual thyroid as unusual cause of progressive dysphagia. Thyroid. 2004;14(4):321-4
5. Rivkees SA. Treatment of Hypothyroidism Due to Graves' Disease in Children. Krassas GE, Rivkees SA, Kiess W (eds): Diseases of the Thyroid in Childhood and Adolescence. Pediatr Adolesc Med. Basel, Karger, 2007, vol 11, pp 169-191

CORRESPONDÊNCIA

Patrícia Santos
ULS Matosinhos
Hospital Pedro Hispano
Departamento de Pediatria
Rua Dr. Eduardo Torres
4454-509 Matosinhos
Tel: 22939100
Fax: 2293991654
E-mail: patriciajuliopt@yahoo.com.br