

# Tiroide lingual: Um caso clínico e revisão da literatura

## Caso Clínico

### Autores

**Pedro Marques Gomes**

Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano, Portugal

**Joana Barreto**

Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano, Portugal

**Paula Azevedo**

Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano, Portugal

**Delfim Duarte**

Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano, Portugal

**Correspondência:**

Pedro Marques Gomes  
pedromarquescgomes@hotmail.com

Artigo recebido a 18 de Agosto de 2022.  
Aceite para publicação a 3 de Outubro de 2022.

### Resumo

A presença de tecido tiroideu ectópico na base da língua denomina-se de tiroide lingual. A maioria dos casos é assintomática, sendo por vezes diagnosticada de forma acidental, por exemplo, no contexto de uma infeção respiratória superior. Neste trabalho apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, 44 anos de idade, com antecedentes de hipotiroidismo, que recorreu ao serviço de urgência por febre, odinofagia, disfagia e otalgia direita. Apresentava edema, exsudado purulento e áreas de necrose na face lingual da epiglote, bandas ventriculares e aritenoides; foi encontrada uma massa na base da língua, na linha média, acima da epiglote, com mucosa de aspeto normal. A tomografia computadorizada cervical confirmou o diagnóstico de supraglotite e mostrou uma imagem nodular hiperdensa com captação de produto de contraste na base da língua, compatível com tiroide lingual; na topografia habitual da tiroide identificou-se apenas uma imagem nodular de pequenas dimensões. O cintigrama com Tc99 confirmou o diagnóstico de tiroide lingual, com uma imagem nodular de maiores dimensões na orofaringe e uma de pequenas dimensões na área topográfica tiroideia.

Palavras-chave: glândula tiroide, tiroide lingual, supraglotite

### Introdução

A presença de tecido tiroideu fora de sua posição anatómica normal denomina-se de tiroide ectópica e, quando presente na base da língua, denomina-se de tiroide lingual. Das localizações ectópicas o dorso da língua corresponde a 90% dos casos. Tecido tiroideu ectópico também foi descrito na laringe, traqueia, mediastino, pulmão, coração e glândula suprarrenal<sup>1-3</sup>. A presença de tecido tiroideu a nível lingual deve-se à ausência da sua migração a partir do *foramen caecum* para a localização pré-traqueal, que ocorre entre a 3a e a 7a semana de desenvolvimento fetal<sup>1,2</sup>. Localiza-se habitualmente entre as papilas circunvaladas e a epiglote, na região do *foramen caecum*<sup>4,5</sup>.

Estudos referem uma incidência de 1:1000 a 1:300 000<sup>1-3</sup> na população geral e de 1:4000 a 1:8000 nos indivíduos com patologia tiroideia<sup>3</sup>. A relação sexo feminino/sexo masculino é de 4-7:1<sup>1,2</sup>. Aproximadamente dois terços dos doentes não possuem tecido tiroideu pré-traqueal<sup>6</sup>, sendo que esta constitui o único tecido tiroideu funcionando em 70 a 100% dos casos<sup>7</sup>. O potencial de malignização é o mesmo do tecido ortotópico<sup>8,9</sup>. A patogénese desta entidade permanece incerta; pensa-se que imunoglobulinas antitiroideas maternas impossibilitem o trajeto embrionário e predisponham ao hipotiroidismo<sup>10</sup>.

A maioria dos casos é assintomática<sup>11-16</sup> a menos que ocorra um aumento notamano da glândula resultando em disfagia, disфония, odinofagia, hemorragia e dispneia<sup>17</sup>. A investigação clínica meticulosa que inclui exame objetivo, bioquímica e imagiologia é necessária no delinear da melhor abordagem terapêutica<sup>14-15,18</sup>.

### Caso Clínico

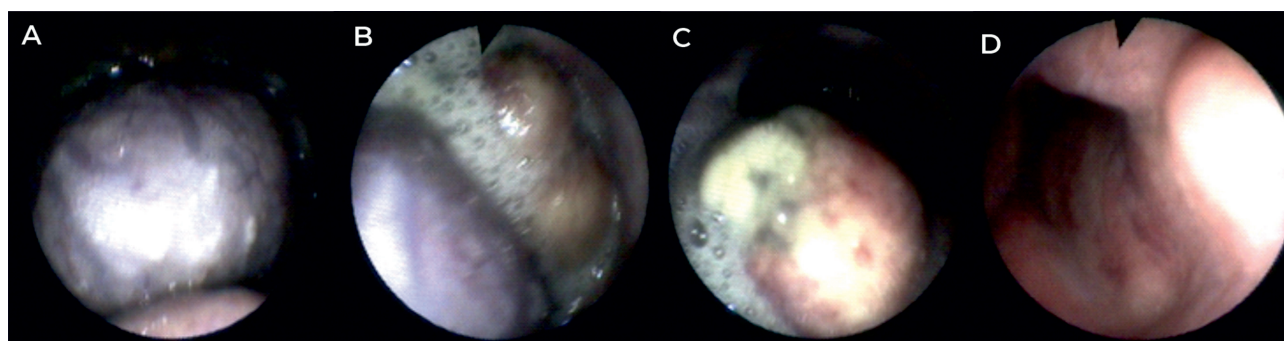
Doente de 44 anos, sexo feminino, leucodérmica. Antecedentes de hipotiroidismo medicado com levotiroxina. Fumadora (30 UMA).

Recorreu ao serviço de urgência de Otorrinolaringologia (ORL) do Hospital Pedro Hispano (HPH) por quadro de febre, odinofagia, disfagia e otalgia direita com 2 dias de evolução, sem resposta a deflazacorte 30 mg 12/12h, paracetamol 1000 mg 8/8h e ibuprofeno 600 mg em SOS. A doente apresentava hot potato voice e a videolaringoscopia mostrava uma massa na base da língua, na linha média, acima da epiglote, com mucosa de aspeto normal (fig. 1 - A); edema, exsudado purulento e áreas de necrose na

face lingual da epiglote, bandas ventriculares e aritenoides. Estase salivar importante (fig. 1 - B e C). A fenda glótica, apesar de reduzida, encontrava-se patente (fig. 1 - D). O estudo analítico revelou leucocitose com neutrofilia e PCR de 122,5 mg/dL. A pesquisa do SARS-CoV-2 foi negativa. A tomografia computadorizada (TC) cervical (fig. 2 - A, B e C) confirmou o diagnóstico de supraglote, com edema laríngeo mais evidente na epiglote e pregas ariepiglóticas (seta vermelha). Mostrou ainda uma imagem nodular espontaneamente hiperdensa com captação de produto de contraste na base da língua, medindo aproximadamente 28 x 26 x 23 mm, compatível com tiroide lingual (seta branca). Na topografia habitual da tiroide existia apenas uma imagem nodular de pequenas dimensões à direita, 12 x 4 mm, traduzindo tecido tiroideu.

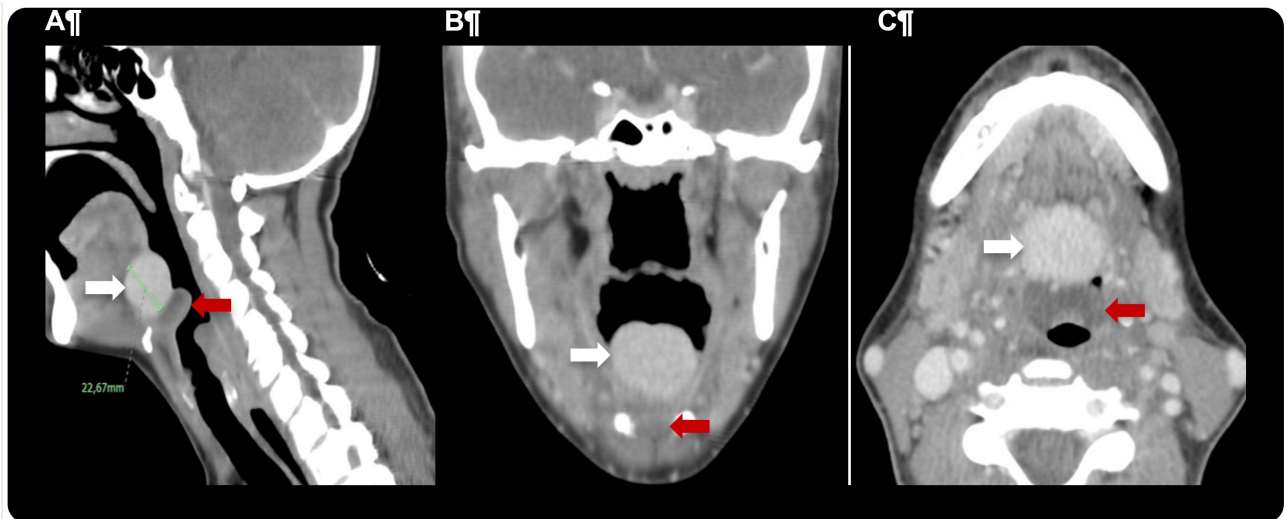
Foram colhidas hemoculturas e iniciada hidrocortisona 200 mg 12/12h e antibioterapia empírica com ceftriaxone 1g 12/12h e clindamicina 600 mg 8/8h. Após melhoria sintomática e redução dos parâmetros inflamatórios, teve alta medicada com amoxicilina + ácido clavulânico 875 + 125 mg 12/12h e prednisolona em esquema de desmame. Foi reavaliada em consulta externa, encontrando-se assintomática. Ao exame objetivo mantinha a massa localizada à face dorsal da língua, posterior às papilas circunvaladas. Laringe sem sinais inflamatórios. O cintigrama com Tc99 realizado em ambulatório confirmou o diagnóstico de tiroide lingual, mostrando uma imagem nodular captante de maiores dimensões na orofaringe e uma de pequenas dimensões na área topográfica tiroideia, à direita (fig. 3).

**Figura 1**  
Achados à laringoscopia indireta flexível



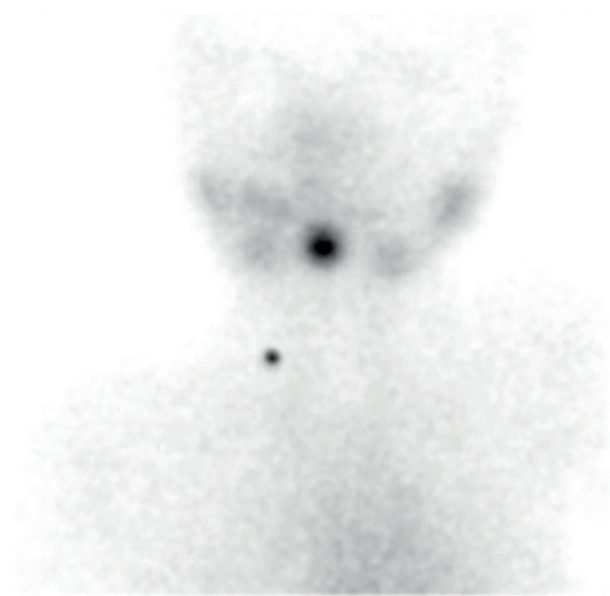
**Figura 2**

Tomografia computadorizada à admissão. A – Corte sagital; B – Corte coronal; C – Corte axial



**Figura 3**

Cintigrama tireoideu com Tc99, atividade a nível da boca e cervical



## Discussão

A tireoide lingual apresenta-se habitualmente como uma massa na base da língua, podendo atingir dimensões superiores a 4 cm. A sua superfície é habitualmente lisa e vascularizada<sup>12</sup>. Na maioria dos casos os doentes são assintomáticos, sendo a tireoide lingual diagnosticada acidentalmente na observação de rotina da orofaringe ou no contexto de uma infeção respiratória superior. Todavia, pode manifestar-se por hipotireoidismo sintomático

ou, em massas de maiores dimensões com dispneia, disfonia, disfagia e hemorragia<sup>12</sup>. No caso descrito o diagnóstico foi fortuito, no contexto de uma infeção respiratória superior (supraglotite).

A idade de diagnóstico, descrita na literatura, situa-se após os 6 anos de idade, sendo a maioria dos casos diagnosticados durante a puberdade ou gravidez<sup>3,19</sup>. Pensa-se que tal seja justificado pelo aumento das necessidades fisiológicas de hormonas tiroideias durante estes períodos, que, por sua vez, conduz a um aumento das dimensões da glândula. A necessidade de aumento da produção de hormonas tiroideias também pode ocorrer em quadros infecciosos ou traumáticos.

Em 70-80 % dos casos o tecido tiroideu lingual é o único presente no organismo<sup>1-3</sup>. No caso apresentado, apesar de uma parte da glândula tireoide ter migrado para a sua localização cervical, permaneceu tecido tiroideu na base da língua que hipertrofiou em resposta a valores elevados de TSH.

A avaliação inicial dos doentes com suspeita de tireoide lingual inclui um exame objetivo ORL completo, com especial atenção à orofaringe, já que a tireoide lingual surge frequentemente como uma massa posterior ao “V” lingual<sup>20,21</sup>. A endoscopia rígida e/ou flexível permite a documentação do tamanho, posição e características da lesão, permitindo ainda a

observação da laringe e de espístede outras lesões concomitantes<sup>1</sup>. A palpação cervical é importante na avaliação da presença ou ausência de tecido tiroideu cervical. Os doseamentos tiroideus em doentes não suplementados revelam hipotiroidismo em cerca de 70% dos casos<sup>14,22</sup>. Uma vez que a nossa doente já apresentava um hipotiroidismo previamente documentado e tratado, não foi obtido o doseamento das hormonas tiroideias. A tiroide lingual raramente cursa com hipertiroidismo e o potencial de malignização é baixo (1 em 300 casos)<sup>17,22</sup>. Os tipos histológicos descritos incluem o carcinoma papilar (mais frequente), folicular, misto folicular-papilar, de células de Hurthel e medular<sup>17,23</sup>. A imagiologia é essencial para a confirmação do diagnóstico. A cintigrafia com Tecnecium 99m pertechnetate ou I31I mostra habitualmente marcação ao nível da base da língua e ausência de marcação na topografia habitual. No nosso caso além da marcação lingual, a doente também apresentava marcação cervical. A TC constitui um método útil na determinação do tamanho da glândula<sup>1</sup>. A ecografia é um exame amplamente disponível e não invasivo que pode ser útil na avaliação da glândula tiroide e na deteção de tecido ectópico<sup>13</sup>. Quando realizada com *Doppler*, permite avaliar a vascularização dos tecidos. A ressonância magnética (RM) é um exame de eleição no planeamento cirúrgico, permitindo uma melhor avaliação do plano sagital que a TC. No caso reportado, a RM não foi requisitada uma vez que a tiroide lingual não condicionava qualquer tipo de sintomatologia e o tratamento cirúrgico não foi equacionado. O diagnóstico diferencial da tiroide lingual inclui quistos do canal tiroglossal, quistos branquiais da linha média, linfomas, hemangiomas, angiomas, lipomas, fibromas, adenomas, lesões malignas e neoplasias das glândulas salivares *minor*<sup>24</sup>. A citologia aspirativa por agulha fina ajuda a confirmar o diagnóstico em situações de dúvida<sup>11,17,23</sup>. No caso reportado não foi necessária. Relativamente ao tratamento não existe consenso devido à raridade desta patologia e ao limitado número de casos descritos. O tratamento depende do tamanho, da presença ou ausência de sintomas e/ou de complicações

tais como hemorragia, malignização ou obstrução da via aérea. Os principais objetivos são diminuir os sintomas obstrutivos produzidos pela massa, não colocando a vida do doente em risco e não condicionando cicatrizes mutilantes. A base do tratamento médico assenta na terapêutica supressora com hormonas tiroideias exógenas. O objetivo é suprimir a produção de TSH, removendo o estímulo que provoca o aumento volumétrico do tecido ectópico<sup>1,21</sup>. Pensa-se que possa evitar a sua transformação maligna<sup>3</sup>. É esta a abordagem preconizada em doentes com sintomas ligeiros a moderados (sensação de corpo estranho e odinofagia)<sup>9</sup>. Parece ser também, para grande parte dos autores, o tratamento indicado nos casos assintomáticos eutiroideus, de forma a prevenir o aparecimento de hipotiroidismo (que acabará por surgir na maioria e conduzirá inevitavelmente a hipertrofia glandular)<sup>9,21</sup>. Contudo, a velocidade de redução do tamanho é muito lenta, não sendo de esperar diminuições importantes de volume<sup>9</sup>. No caso apresentado a doente encontrava-se assintomática sob terapêutica farmacológica com levotiroxina. Nos doentes sob tratamento farmacológico, segundo a literatura<sup>1</sup>, é necessária a reavaliação dos valores de hormonas tiroideias, idealmente a cada 3 meses, dando especial atenção aos períodos de maior stress metabólico (infecções, traumatismos...). O tratamento cirúrgico é reservado para doentes com sintomas graves ou que sofrem agravamento de sintomas ligeiros a moderados sob tratamento farmacológico. É crucial nos casos de hemorragia recorrente ou importante, assim como nos doentes com disfagia, disфонia e dispneia<sup>9</sup>. A ablação com iodo radioactivo I31I pode ser usada como alternativa à excisão cirúrgica. Está contraindicada em mulheres em idade fértil e crianças, sendo na maioria das vezes reservada para doentes idosos, que possuam contra-indicações para cirurgia ou que a recusem, sendo também necessária substituição hormonal para toda a vida após este tratamento<sup>9</sup>.

## Conclusão

A tireoide lingual é uma entidade clínica rara que se apresenta como uma massa na base da língua, muitas das vezes diagnosticada de forma acidental. A investigação diagnóstica inclui o exame objetivo ORL, bioquímica tiroideia, imagiologia e histopatologia, sendo fundamental na escolha da melhor abordagem. Casos de tireoide lingual com sintomas ligeiros a moderados podem ser tratados de forma conservadora com levotiroxina. Em casos graves ou refratários à terapêutica médica, o tratamento cirúrgico ou ablativo deve ser considerado.

## Conflito de Interesses

Os autores declaram que não têm qualquer conflito de interesse relativo a este artigo.

## Confidencialidade dos dados

Os autores declaram que seguiram os protocolos do seu trabalho na publicação dos dados de pacientes.

## Financiamento

Este trabalho não recebeu qualquer contribuição, financiamento ou bolsa de estudos.

## Disponibilidade dos Dados científicos

Não existem conjuntos de dados disponíveis publicamente relacionados com este trabalho.

## Referências Bibliográficas

- 1.Kumar V, Nagendhar Y, Prakash B, Chattopadhyay A, Vepakomma D. Lingual Thyroid Gland: Clinical evaluation and management. *Indian J Pediatr.* 2004 Dec;71(12):e62-4.
- 2.Arikan S, Gökalp D, Tuzcu A, Bahceci M, Bahceci S. An embryological cause of primer hypothyroidism, lingual thyroid. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism [Internet]* 2006;2: 49-52. Available from: [https://www.turkjem.org/Content/files/sayilar/102/10-2-0\\_49-52.pdf](https://www.turkjem.org/Content/files/sayilar/102/10-2-0_49-52.pdf).
- 3.Yoon JS, Won KC, Cho IH, Lee JT, Lee HW. Clinical Characteristics of Ectopic Thyroid in Korea. *Thyroid.* 2007 Nov;17(11):1117-21. doi:10.1089/thy.2007.0004.
- 4.Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Textbook of oral pathology.* 4th ed. Philadelphia: W.B.Saunders, 1983. 917 p.
- 5.Okstad S, Mair IW, Sundsfjord JA, Eide TJ, Nordrum I. Ectopic thyroid tissue in the head and neck. *J Otolaryngol.* 1986 Feb;15(1):52-5. *J Otolaryngol* 1986;15:52-55.
- 6.Charles ND. Thyroid and whole-body imaging. In: *The thyroid*, 5th ed. Ed Ingbar and Braveman. Philadelphia: Lippincot; 1986. p. 458-78.
- 7.Nienas FW, Gorman CA, Devine KD, Woolner LB. Lingual thyroid: clinical characteristics of 15 cases. *Ann Intern Med.*

1973 Aug;79(2):205-10. doi:10.7326/0003-4819-79-2-205.

8.Williams JD, Slupchinskij O, Sclafani AP, Douge C. Evaluation and management of the lingual thyroid gland. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1996 Apr;105(4):312-6. doi:10.1177/000348949610500414.

9.Kalan A, Tarik M. Lingual thyroid gland: clinical evaluation and comprehensive management. *Ear Nose Throat J.* 1999 May;78(5):340-1, 345-9.

10.van der Gaag RD, Drexhage HA, Dussault JH. Role of maternal immunoglobulins blocking TSH-induced thyroid growth in sporadic forms of congenital hypothyroidism. *Lancet.* 1985 Feb 2;1(8423):246-50. doi: 10.1016/s0140-6736(85)91028-1.

11.Cruz-Dardíz N, Rivera-Santana N, Torres-Torres M, Cintrón-Colón H, Lajud S, Solá-Sánchez E. et al. Lingual thyroid gland: it's time for awareness. *Endocrinol Diabetes Metab Case Rep.* 2020 May 29;2020:EDM20-0026. doi:10.1530/EDM-20-0026.

12.Amr B, Monib S. Lingual thyroid: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2011;2(8):313-5. doi:10.1016/j.ijscr.2011.10.004.

13.Koc G, Taskaldiran I, Aslan Felek S, Saltabas MA, Omma T, Akbulut A. et al. Ectopic lingual thyroid presenting with massive hematemesis. *Acta Endocrinol (Buchar).* 2019 Apr-Jun;15(2):244-246. doi:10.4183/aeb.2019.244.

14.Kumar S, Kumar D, Thirunavukuarasu R. Lingual thyroid-conservative management or surgery? A case report. *Indian J Surg.* 2013 Jun;75(Suppl 1):118-9. doi:10.1007/s12262-012-0518-4.

15.Thomas G, Hoilat R, Daniels J, Kalagie W. Ectopic lingual thyroid: a case report. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2003 Apr;32(2):219-21. doi:10.1054/ijom.2002.0311.

16.Rao K, Shenoy V, Kamath P, Gomati A. A case of lingual thyroid. *Annals of Clinical Investigation [Internet]* 2020 Apr 25; 1(1): 1002. Available from: <http://www.remedypublications.com/open-access/a-case-of-lingual-thyroid-5875.pdf>

17.Santangelo G, Pellino G, De Falco N, Colella G, D'Amato S, Maglione MG. et al. Prevalence, diagnosis and management of ectopic thyroid glands. *Int J Surg.* 2016 Apr;28 Suppl 1:S1-6. doi:10.1016/j.ijso.2015.12.043.

18.Kaushal D, Shakrawal N, Goyal A, Nair N, Verma A, Prakash D. Ectopic lingual thyroid: an entity not to be missed. *Int J Mol Biol Open Access.* 2019;4(4):132-133. doi: 10.15406/ijmboa.2019.04.00109.

19.Bayram F, Kulahli I, Yuce I, Gokçe C, Cagli S, Deniz K. Functional lingual thyroid as unusual cause of progressive dysphagia. *Thyroid.* 2004 Apr;14(4):321-4. doi:10.1089/105072504323030997.

20.Sargin H, Kabacam G, Koseoullari O, Sanli A, Erdogan MF. Three cases of lingual thyroid and review of the literature. *Turkish J Endocrinol and Metabol.* 2003 (3):131-135.

21.Chiu TT, Su CY, Hwang CF, Chien CY, Eng HL. Massive bleeding from an ectopic lingual thyroid follicular adenoma during pregnancy. *Am J Otolaryngol.* 2002 May-Jun;23(3):185-8. doi:10.1053/ajot.2002.123432.

22.Ramanathan R, Veerapandian J, Sundari S. Lingual thyroid with hypothyroidism in a child. *Int J Contemp Pediatrics.* 2019; 6 (4): 1747-1749. doi.org/10.18203/2349-3291.ijcp20192787.

23.Ibrahim N, Fadeyibi I. Ectopic thyroid: etiology, pathology and management. *Hormones (Athens).* 2011 Oct-Dec;10(4):261-9. doi:10.14310/horm.2002.1317.

24.Hazarika P, Siddiqui SA, Pujary K, Shah P, Nayak DR, Balakrishnan R. Dual ectopic thyroid: a report of two cases. *J Laryngol Otol.* 1998 Apr;112(4):393-5. doi: 10.1017/s0022215100140563.