



Clínica cotidiana

¿Glositis recurrente?

**María Llargués Pou^{a,*}, Anna Martínez Sánchez^b, Júlia Casas Escudero^c,
Eva Domingo Baldrich^d**

^aCentro de Atención Primaria Bon Pastor. Barcelona. ^bCentro de Atención Primaria Poblenou. Barcelona. ^cCentro de Atención Primaria Larrard. Barcelona. ^dServicio de Urgencias. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de octubre de 2020

Aceptado el 15 de diciembre de 2021

On-line el 14 de enero de 2021

Palabras clave:

Glositis

Absceso lingual

Tomografía axial computarizada

Quiste tirogloso

Keywords:

Glossitis

Lingual abscess

Computed axial tomography

Thyroglossal cyst

R E S U M E N

Se presenta el caso de un hombre de 50 años de edad, que acude a Urgencias por presentar un aumento del tamaño de la lengua de tres días de evolución sin desencadenante aparente. El cuadro se acompaña de sialorrea nocturna y odinofagia.

Se orienta inicialmente como una glositis de causa indeterminada que cumple criterios de consulta urgentes dada la clínica sugestiva de compromiso de la vía aérea.

El diagnóstico diferencial, la experiencia clínica y las pruebas de imagen fueron claves para filiar la etiología.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Recurrent glossitis?

A B S T R A C T

We present the case of a 50-year-old man who came to the emergency room due to an increase in the size of the tongue of three days of evolution with no apparent trigger. It is accompanied by nocturnal sialorrhoea and odynophagia.

It is initially oriented as a glossitis of undetermined cause that meets urgent consultation criteria given the symptoms suggestive of compromise of the airway.

Differential diagnosis, clinical experience and imaging tests was key to determine the etiology.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariallarguespou@gmail.com (M. Llargués Pou).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2021.061>

2254-5506 / © 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 50 años de edad, sin alergias conocidas, fumador de un paquete de cigarrillos al día desde los 14 años, enolismo en seguimiento por el Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias.

Como antecedentes personales relevantes presenta hipertensión arterial esencial sin tratamiento farmacológico, obesidad, miocardiopatía dilatada secundaria a valvulopatía mitral, síndrome de apnea del sueño grave en tratamiento con CPAP nocturna, úlcus gástrico en tratamiento con omeprazol e hiper-gammaglobulinemia IgM en estudio.

Acude a Urgencias por aumento del tamaño de la lengua, de tres días de evolución, que se acompaña de sialorrea nocturna y odinofagia. Niega antecedente epidemiológico de interés o traumatismo reciente. Explica sensación distérmica durante las dos noches previas. No refiere disnea, ni dolor torácico, ni náuseas ni otra sintomatología acompañante. No ha tenido episodios previos similares.

Durante la exploración física está afebril y normotenso, con un estado general conservado. Se observa una lengua geográfica en la que se palpan dos tumoraciones induradas y dolorosas, de un centímetro de diámetro en el tercio medio de la lengua, con edema importante. La apertura bucal está conservada, sin trismus ni otras lesiones en la cavidad oral. No se detectan adenopatías u otros hallazgos relevantes.

En la analítica no se objetiva leucocitosis u otras alteraciones.

Es valorado por Cirugía Maxilofacial, que etiqueta el cuadro como una glositis de etiología indeterminada.

Se decide administrar un bolus de corticoides (metilprednisolona, 120 mg, en dosis única vía endovenosa) dada la clínica de compromiso de la vía respiratoria.

Se realiza interconsulta a Medicina Interna, que solicita una radiografía de tórax. En ella no se hallan alteraciones significativas. Se recomienda consulta con Alergología para ampliar el estudio, dada la ausencia de signos de alarma que obliguen a la realización de nuevas exploraciones complementarias.

Tras la administración de corticoides, el paciente refiere mejoría clínica, por lo que se decide el alta a su domicilio con pauta descendente de corticoides e instrucciones para volver a consulta.

Al cabo de dos días el paciente consulta de nuevo por reaparición del dolor y la inflamación en la lengua. Refiere progresión de los síntomas, a pesar de la pauta descendente de corticoides mantenida.

En la exploración física se observa que las dos tumoraciones previamente descritas fluctúan y presentan signos flogóticos.

Dada la evolución tórpida, se decide realizar una tomografía axial computarizada (TAC) de cuello. El informe de la misma refiere la existencia de una cavidad oral con morfología normal, con discreta reticulación del espacio graso sublingual, artefactos provocados por amalgamas dentarias que no permiten visualizar correctamente la lengua, pequeños ganglios linfáticos de aspecto reactivo alrededor y la presencia de un conducto tirogloso anterior a la tráquea (Fig. 1).

El cuadro es orientado como un absceso lingual secundario a un quiste tirogloso sobreinfectado.

Finalmente se decide realizar una punción bajo anestesia local. Se obtienen 5 cc de material purulento que se cultiva. Se inicia cobertura antibiótica empírica endovenosa con amoxicilina-clavulánico (875/125 mg).

El cultivo fue positivo para *Fusobacterium nucleatum*.

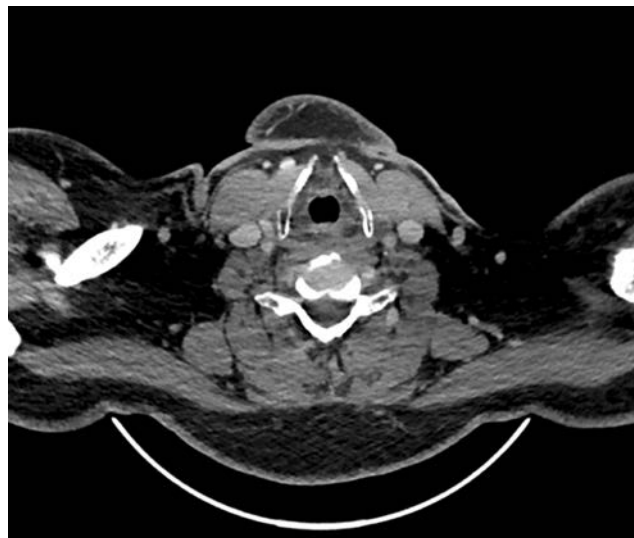


Figura 1 – Corte transversal de TC de cuello: visualización del conducto tirogloso en la línea media, anterior a la tráquea.

Ante la buena evolución, se decide el alta a su domicilio con control posterior en consultas externas de Cirugía Maxilofacial.

Comentario

El quiste del conducto tirogloso es el quiste congénito no odontogénico más frecuente del cuello. Se compone de remanentes epiteliales de dicho conducto. Al estar la formación de la glándula tiroides estrechamente relacionada con la del tracto tirogloso, es posible encontrar tejido tiroideo en la pared del quiste de forma ectópica.

Durante la cuarta semana de gestación, se forma el tracto tirogloso a raíz de un divertículo ventral del foramen ciego situado en la lengua, debido a la unión de la primera y segunda bolsas faríngeas. Dicho tracto tirogloso desciende caudalmente hasta la base del cuello y da origen a la glándula tiroides. Hacia la décima semana el tracto se atrofia y desaparece, pero en caso de no obliterarse algunos restos pueden persistir en algún punto entre la lengua y el tiroides. Actualmente se desconoce la causa de la formación quística del remanente epitelial, aunque se ha relacionado con infecciones locorregionales; el tejido linfoide junto con la hipertrofia del tracto provoca la oclusión de este y la formación de la cavidad.

Anatómicamente se sitúa en la mayoría de casos en la línea media del cuello o cerca de ella, en la región infrahioides, próximo a la membrana tirohioides (65 %); también se ha descrito a la altura del hueso hioides (15 %), en la zona submentoniana (10-20 %), intralingual (3 %) e intratiroides.

Predomina en niños y adolescentes, probablemente porque en esta franja de edad tienen mayor incidencia las infecciones orofaríngeas; no obstante, hasta un tercio de los pacientes tienen 20 años. No hay diferencia de predominio entre sexos.

Lo más habitual es que este remanente sea asintomático; generalmente su diagnóstico es casual tras la realización de una prueba de imagen por otra causa. En caso de producir clí-

nica, una de las manifestaciones más frecuentes es la de una tumoración dolorosa cervical, submentoniana o en forma de glositis, en caso de que la localización del quiste sea lingual; esto es debido a la sobreinfección del quiste. La fistulización es una complicación frecuente.

El diagnóstico en caso de sospechar un quiste tirogloso se basa en la realización de una prueba de imagen, así como de una punción por aspiración con aguja fina (PAAF) para filiar las características anatomopatológicas de la tumoración observada y excluir otras causas^{1,3}.

La prueba de imagen de elección es la TAC de cuello con contraste. El quiste tirogloso se objetiva en la línea media, en la mayoría de ocasiones, como una lesión circunscrita con un componente líquido homogéneo rodeado de una pared que realza con el contraste. Asimismo, esta prueba permite obtener información sobre la relación con las estructuras que rodean el quiste y la posibilidad de sobreinfección del mismo.

Otras pruebas que se pueden realizar son la resonancia magnética nuclear y la ecografía, aunque aportan menos información que la TAC¹.

El diagnóstico diferencial más conocido del quiste tirogloso incluye patologías que pueden manifestarse como una masa en el cuello. Se pueden diferenciar tres categorías:

- Masa congénita. Suele manifestarse durante la infancia. Es importante descartar malignidad en caso de aparecer durante la edad adulta. Entre las patologías más frecuentes destacan el quiste branquial, el laringocele, la ránula, el teratoma, el quiste tímico, el quiste dermoide, el hemangioma o malformación vascular y el quiste tirogloso.
- Masa inflamatoria. Suele relacionarse con la presencia de nódulos linfáticos. Dentro de este grupo destacan:
 - Linfadenopatías reactivas a infección viral, bacteriana o parasitaria.
 - Masa de origen no infeccioso debida a enfermedades como la sarcoidosis, la enfermedad de Castleman o la enfermedad de Kawasaki, entre otras.
- Masa neoplásica. Especialmente se debe tener en cuenta en la edad adulta. Pueden presentarse como una masa en el cuello el carcinoma de cabeza y cuello, el tumor primario de la glándula tiroides (generalmente benigno), el tumor de las glándulas salivales (el más frecuente el de la glándula parótida), el paraganglioma, el linfoma y el lipoma^{3,4}.

El tratamiento de elección consiste en la extirpación quirúrgica del quiste. En caso de que el paciente no sea tributario

de cirugía, una terapia alternativa es la escleroterapia, que consiste en la inyección percutánea de etanol^{1,4}.

En caso de sobreinfección el tratamiento de elección es la antibioterapia empírica dirigida a los microorganismos característicos de la orofaringe, por lo que se utilizan cefalosporinas de primera generación, amoxicilina-clavulánico o clindamicina. No es recomendable cubrir empíricamente un posible infección por estafilococo resistente a la metilicina⁵.

Conclusiones

- El quiste tirogloso debe plantearse en el diagnóstico diferencial de un caso de glositis.
- Actualmente se desconoce la causa de la formación quística del remanente epitelial, aunque se ha relacionado con las infecciones locorreionales.
- El diagnóstico se basa en la realización de una prueba de imagen; es de elección la TAC de cuello y una PAAF.
- El tratamiento de elección del quiste tirogloso es la cirugía. En caso de sobreinfección de se debe administrar antibioterapia empírica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Randolph GW, Kamani DV. Thyroglossal duct cysts and ectopic thyroid. (Internet). UpToDate; 2020. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
2. Allard RH. The thyroglossal cyst. *Head Neck Surg.* 1982; 5(2): 134-46.
3. Emerick K. Differential diagnosis of a neck mass. (Internet). UpToDate; 2020. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
4. Ducic Y, Chou S, Drkulec J, Ouellette H, Lamothe A. Recurrent thyroglossal duct cysts: a clinical and pathologic analysis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1998; 44: 47-50.
5. Al-Dajani N, Wootton SH. Cervical lymphadenitis, suppurative parotitis, thyroiditis, and infected cysts. *Infect Dis Clin North Am.* 2007; 21: 523-41.