



Reporte de casos clínicos

Hipotiroidismo congénito secundario a tiroides ectópica lingual

Congenital hypothyroidism secondary to ectopic lingual thyroid

Sergio Ferney Garcés-Rojas¹ * Laura Sophya Carvajal-Leon² * Santiago Fernández-Wilches³

Víctor Mendoza-Rojas⁴

Para citar este artículo: Garcés-Rojas S, Carvajal-Leon L, Fernández-Wilches S, Mendoza-Rojas V. Hipotiroidismo congénito secundario a tiroides ectópica lingual. Duazary. 2025;22:e6837. <https://doi.org/10.21676/2389783X.6837>

Recibido en agosto 30 de 2025

Aceptado en octubre 26 de 2025

Publicado en línea en noviembre 11 de 2025

RESUMEN

El hipotiroidismo congénito (HC) suele deberse a disgenesias tiroideas. Una de las variantes menos comunes es la presencia de una tiroides ectópica lingual, que puede pasar desapercibida en etapas tempranas. Se presenta el caso de una paciente de 14 años con diagnóstico de HC secundario a tiroides lingual, identificado a los 7 años tras presentar disfagia y una masa en la base de la lengua. La gammagrafía con tecnecio-99 mostró captación ectópica en la lengua. La paciente fue manejada con levotiroxina. Este caso refleja la importancia de una evaluación clínica e imagenológica minuciosa, especialmente cuando el tamizaje neonatal resulta negativo.

Palabras clave: hipotiroidismo congénito; tiroides lingual; disgenesia tiroidea; diagnóstico precoz; Tejido Ectópico.

ABSTRACT

Congenital hypothyroidism (CH) is usually due to thyroid dysgenesis. One of the less common variants is the presence of an ectopic lingual thyroid, which can go undetected in early stages. We present the case of a 14-year-old patient diagnosed with CH secondary to a lingual thyroid, identified at age seven after presenting with dysphagia and a mass at the base of the tongue. Technetium-99m scintigraphy showed ectopic uptake in the tongue. The patient was treated with levothyroxine. This case underscores the importance of a thorough clinical and imaging evaluation, particularly when newborn screening results are negative.

Keywords: Congenital hypothyroidism; Lingual thyroid; Thyroid dysgenesis; Early diagnosis; Ectopic tissue.

¹Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Correo: sergio2200060@correo.uis.edu.co - <https://orcid.org/0009-0004-5637-1609>

²Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Correo: laura2201753@correo.uis.edu.co - <https://orcid.org/0009-0008-4888-2299>

³Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Correo: santiago2201653@correo.uis.edu.co - <https://orcid.org/0009-0001-4745-0557>

⁴Universidad Industrial de Santander - Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, Colombia. Correo: victormr@uis.edu.co - <https://orcid.org/0000-0002-0542-1600>

INTRODUCCIÓN

El hipotiroidismo congénito (HC) se define como una alteración de la glándula tiroides caracterizada por la disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-tiroideo desde el nacimiento. Esto provoca una disminución de la actividad biológica de las hormonas tiroideas fundamentales para varios procesos metabólicos y esenciales para lograr una maduración y desarrollo normal de la función cerebral.^{1,2} Se caracteriza por ser una de las patologías endocrinas más prevalentes en el periodo neonatal o perinatal, con una incidencia a nivel mundial de 1 por cada 3000 a 4000 recién nacidos (RN) vivos. En Colombia, se presenta aproximadamente 1 de cada 2500 a 3500 RN.^{3,4}

Sin tener en cuenta la deficiencia de yodo, la principal causa de HC en aproximadamente el 85% de los casos se debe a disgenesias tiroideas,⁵ entre estas, la tiroides ectópica, la cual corresponde a la presencia anómala de tejido tiroideo en una región anatómica diferente a su posición normal, pretraqueal.⁶

La tiroides ectópica puede presentarse en una amplia variedad de ubicaciones anatómicas dependiendo del trayecto embrionario que realiza la glándula tiroidea, por tal razón puede clasificarse en dos grandes grupos: el primero conocido como las ectópicas clásicas, son aquellas que siguen la línea de descenso de la tiroides, entre las cuales se encuentran principalmente la lingual y sublingual, siendo la tiroides lingual una patología poco frecuente con una prevalencia de 1/100.000 personas. El segundo grupo, conocido como ectópicas de tejido tiroideo aberrante o accesorio, son aquellas que se encuentran fuera de la línea de descenso tiroideo normal, es una patología más compleja, con localizaciones retrotraqueales, subesternal, intratraqueales, intralaríngea, esofágica o mediastínica.⁶⁻⁸

La patogenia de esta alteración embriológica aún es desconocida, no obstante, hay teorías que indican como posible causa la presencia de inmunoglobulinas antitiroideas maternas las cuales podrían detener el descenso glandular al bloquear el desarrollo tiroideo inducido por la hormona estimulante de tiroides (TSH).⁸ Diversos estudios han identificado mutaciones en genes que regulan la migración, morfogénesis y diferenciación del primordio tiroideo, entre ellos PAX8, NKX2-1, FOXE1, HHEX y TSHR, que codifican factores de transcripción y receptores esenciales para el desarrollo glandular. Sin embargo, estas alteraciones explican solo un porcentaje de 5–20 % de los casos, lo que sugiere una herencia no mendeliana, de baja penetrancia y con participación de variantes poligénicas o epigenéticas. Investigaciones recientes han mostrado que la mayoría de los casos permanecen sin causa genética identificable, lo que apoya la hipótesis de un modelo multifactorial, donde convergen alteraciones genéticas con factores ambientales que afectan las vías moleculares de la organogénesis tiroidea.^{9,10}

El objetivo del presente trabajo fue describir las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de un caso de una paciente con hipotiroidismo congénito secundario a tiroides lingual.

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Adolescente de sexo femenino y 14 años de edad que asistió a cita de seguimiento de hipotiroidismo congénito secundario a tiroides lingual, que fue detectado a los 7 años de edad por un cuadro clínico caracterizado exclusivamente por disfagia y masa lingual, con un valor de hormona estimulante de la tiroides (TSH) de 32,30 $\mu\text{U}/\text{mL}$ (rango de referencia: 0,80 – 1,40) y de tiroxina libre (T4L) de 0,90 ng/dL (rango de referencia: 0,50 - 4,50), sin datos encontrados de demás paraclínicos al momento del diagnóstico. Con una gammagrafía con tecnecio 99 ($^{99\text{m}}\text{TcO}_4^-$) que mostró dos áreas redondeadas en el tercio posterior de la lengua, con un índice de retención de 3, considerado dentro del rango normal (2,50 - 4,50). Ver figura 1.

Dentro de los antecedentes, un nacimiento prematuro de 30 semanas con un peso adecuado para la edad gestacional (2000 gramos) y talla al nacer en rangos normales, enfermedad de membrana hialina que requirió estancia en unidad de cuidados intensivos por 16 días, una TSH de cordón umbilical de 2,30 $\mu\text{U}/\text{mL}$, que se consideró un falso negativo. Recibió lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses, bipedestación a los 24 meses, sin alteraciones del neurodesarrollo, dentición posterior a los 2 años y menarquia a los 9 años. En antecedentes familiares, hermana de 12 años con pubertad precoz central, con estatura de 145 cm, talla media parental de 153,50 cm, sin antecedentes familiares conocidos de hipotirodismo ni otros trastornos morfológicos o funcionales tiroideos.



Figura 1. Gammagrafía de $^{99}\text{TcO}_4$ en vista anterior: evidencia la captación en la base de la lengua y ausencia de captación en zona pretraqueal

Al examen físico presentó un peso de 39 kg (percentil entre 3 y 10), talla de 155 cm (percentil entre 10 y 25) e índice de masa corporal de 16,23 (percentil entre 5 y 10). En la cavidad oral se observó una masa en el tercio posterior de la lengua, la cual se encontraba en contacto con la úvula. Ver figura 2. Además, en la auscultación cardíaca se evidenció un soplo diastólico grado II.



Figura 2. Tiroides lingual: Masa rosada, lobulada, vascularizada, no dolorosa ni ulcerada, ubicada en la base de lengua lo que generaba desviación de la úvula.

Al momento de la consulta, con mejoría clínica de la disfagia, con reportes de TSH de 3,40 $\mu\text{U}/\text{mL}$ y T4L de 1,64 ng/dL, con ajuste hace 5 meses de la dosis de levotiroxina a 100 mcg/día, debido a un control previo inadecuado de los niveles de TSH. Ver figura 3. Tras el ajuste de dosis de levotiroxina,

demonstró una respuesta adecuada; se alcanzaron los objetivos de TSH deseados y se observó mejoría clínica percibida por la paciente.

Finalmente, se continuó el manejo con levotiroxina 100 mcg cada 24 horas en ayunas y se indicó la realización de ecografía de abdomen total, ecocardiograma transtorácico y valoración por cirugía de cabeza y cuello. Sin embargo, la paciente no continuó con el seguimiento, lo que impidió la realización de estos exámenes de imagen. Posteriormente, mediante contacto telefónico, acudiente refirió cambio de residencia a otra ciudad, sin embargo, refiere que sí fue valorada por el servicio de cirugía de cabeza y cuello, donde se concluyó que no había indicación quirúrgica en ese momento, por lo que no se realizó cirugía de extirpación de la tiroides ectópica.

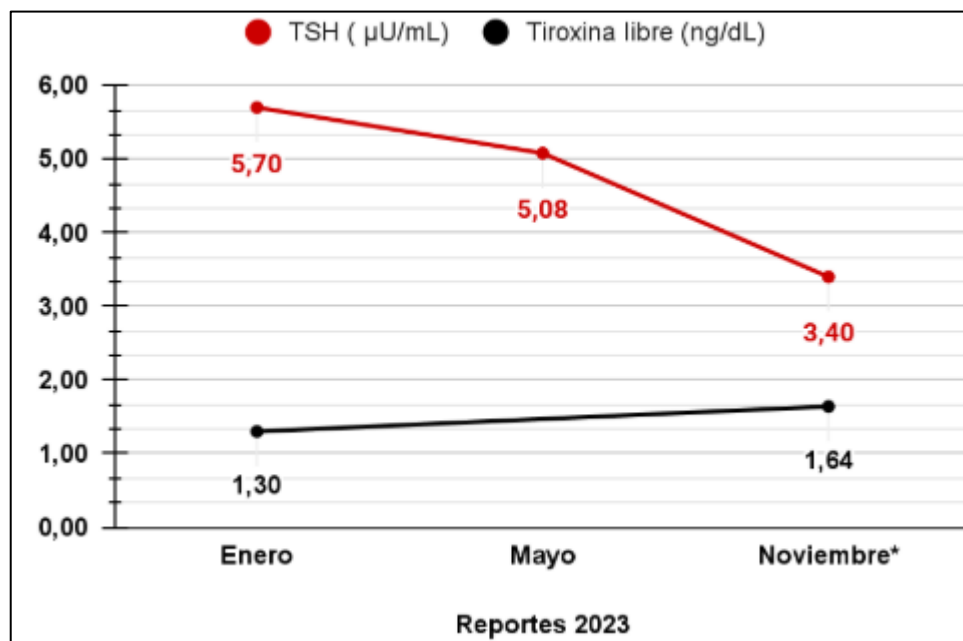


Figura 3. Controles de TSH y T4L. *Momento de la cita de seguimiento

Declaración sobre aspectos éticos

El presente trabajo se realizó conforme a lo expuesto en la Declaración de Helsinki y se mantuvo el anonimato de la paciente del caso expuesto. Se obtuvo consentimiento informado por parte del acudiente de la paciente y la aprobación del Comité de Ética en Investigación del E.S.E Hospital Universitario de Santander mediante Acta No. 05 del 09 de mayo del 2025.

DISCUSIÓN

El HC secundario a tiroides lingual es una condición poco común, pero existen factores predisponentes que pueden asociarse con ambas. Los factores de riesgo clásicos para el HC incluyen trastornos tiroideos maternos, diabetes gestacional, defectos congénitos, malformaciones en el recién nacido, bajo peso al nacer y sexo femenino, siendo solo este último presente en el caso expuesto.¹¹

Aunque no se han descrito factores de riesgo específicos para la tiroides ectópica en su ubicación lingual, el sexo femenino podría considerarse el principal factor de riesgo, dado que la condición es mucho más prevalente en mujeres que en hombres, con una relación de 1:4 a 1:7. Además, la exposición a rayos X en la región de la cabeza y el cuello durante la niñez como factor asociado a neoplasias tiroideas cervicales podría tener relevancia en algunos casos de tiroides lingual.^{12,13}

En el HC, las manifestaciones clínicas son inespecíficas y los recién nacidos no suelen presentar signos y síntomas que permitan establecer una relación con la enfermedad, por lo cual la mayoría de los casos se detectan mediante programas de tamizaje neonatal con TSH, lo que permite establecer un manejo oportuno y prevenir secuelas neurológicas. Sin embargo, existen resultados falsos negativos, como es el caso de la paciente expuesta, lo que resalta la importancia de mantener una alta sospecha y una evaluación clínica detallada ante manifestaciones clínicas sugestivas, incluso con un tamizaje negativo.^{2,14-16} Aunque se describe que las ectopias tiroideas de gran volumen, como la observada en nuestro paciente, pueden ocasionar falsos negativos, estos se presentan en mayor medida por errores humanos.⁵

La aparición de los síntomas depende del tiempo transcurrido y la intensidad del hipotiroidismo, tan solo el 5% en el primer mes de vida son diagnosticados clínicamente y pueden presentar principalmente fontanela posterior mayor de 5 mm, hipotermia transitoria, ictericia neonatal, hernia umbilical, macrosomía y bocio.^{2,16} Tardíamente podría presentar talla baja, estreñimiento crónico, anemia y retraso mental entre otros hallazgos.^{14,16} En el caso presentado, a pesar de un diagnóstico tardío, las manifestaciones clínicas fueron inexistentes y no se observaron alteraciones del desarrollo neurológico al momento del diagnóstico ni 7 años después.

Adicionalmente, el HC se relaciona con un aumento del riesgo de presentar malformaciones cardiovasculares (OR = 27,50; IC95% 23,30 - 32,40), malformaciones renales (OR = 13,20; IC95% 10,60 - 16,50) y malformaciones gastrointestinales (OR = 8,30; IC95% 5,70 - 11,90). Debido al aumento del riesgo de padecer malformaciones y a la presencia de un soplo diastólico, se solicitó a la paciente un ecocardiograma transtorácico y una ecografía de abdomen total. Dado que las malformaciones cardíacas más frecuentes son el defecto del tabique auricular y el defecto del tabique ventricular; a nivel urogenital, la hipospadia, la hidronefrosis y la agenesia renal; a nivel gastrointestinal, las hendiduras orales, la hernia umbilical y la estenosis pilórica.¹⁷

En el caso presentado, la tiroides lingual se logró identificar a la edad de los 7 años de la paciente debido a la presencia de disfagia, y la visualización al examen físico de una masa retrolingual perceptible fácilmente. Las manifestaciones clínicas de la tiroides lingual dependerán de la función tiroidea, la edad del paciente y el tamaño de la masa. Generalmente son asintomáticos y se presentan síntomas en edad escolar, la pubertad, o el embarazo, que corresponde a situaciones en las que se genera una mayor demanda de hormonas tiroideas. Los signos y síntomas derivados de su ubicación y tamaño incluyen sensación de cuerpo extraño, disfagia, disfonía, hemorragia ocasional y dolores en el cuello. La tiroides lingual es generalmente un hallazgo al examen físico que se puede observar como una tumoración o masa en la línea media debajo de la base de la lengua, de color roja, rosada o azulada, de tamaño variable, con una superficie lisa, lobulada, irregular, muy vascularizada que puede llegar a presentar úlceras.^{18,19}

La gammagrafía con Tc99 o I131 es el estudio más específico para diagnosticar una tiroides lingual, ya que revela la actividad o captación del radionúclido en la base de la lengua, sin evidenciar actividad en la ubicación normal de la glándula en el cuello. Ver figura 1. Este procedimiento elimina la necesidad de una biopsia diagnóstica y evita los riesgos de hemorragia incontrolable o de tirotoxicosis aguda.²⁰ A pesar de no tener la resolución de la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética nuclear, la gammagrafía permite la identificación de focos tiroideos ectópicos no detectados por otros estudios, razón por la cual este fue el procedimiento de elección realizado para la paciente como método diagnóstico confirmatorio.²¹

En cuanto a la técnica empleada, entre los isótopos disponibles, el yodo 123 se destaca por sus propiedades físicas, ya que permite obtener imágenes de alta calidad con niveles bajos de radiación

para el cuerpo. Sin embargo, su corta vida media limita su disponibilidad en nuestro entorno, por lo que se utiliza el yodo 131 como sustituto, aunque este genera una mayor exposición a la radiación corporal. El tecnecio 99 (Tc99) también es útil debido a su baja radiación y a la buena calidad de las imágenes que proporciona, por lo que fue el isótopo empleado para la gammagrafía del caso presentado.²²

Por otro parte, hay estudios adicionales cuando existe duda diagnóstica, dentro de estas ayudas se encuentra la centellografía tiroidea y la fibroscopia con utilidad similar a la tomografía computarizada y la resonancia nuclear magnética.²² La técnica no invasiva más efectiva es la resonancia magnética, que permite obtener imágenes en múltiples planos y ofrece una excelente definición de los tejidos blandos. Métodos que también son complementarios para fundamentar el tratamiento quirúrgico; sin embargo, al momento, para la paciente presentada, no son necesarios para su seguimiento y tratamiento.²⁰ Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran los teratomas, los quistes dermoides, el carcinoma de células escamosas, los tumores de glándulas salivares menores, los linfomas, las linfadenitis, los linfangiomas y el quiste tirogloso.^{20,23}

Las opciones de tratamiento médico incluyen administrar hormonas tiroideas externas para reducir los niveles de la hormona estimulante de la tiroides y el uso de yodo radiactivo para eliminar parte de la glándula tiroidea, seguido de un reemplazo hormonal, lo que provoca una reducción del tamaño de la glándula. Por lo cual, para el caso presentado, el tratamiento médico inicial es el enfoque más apropiado, ya que busca restablecer la función tiroidea y aliviar los síntomas, favoreciendo una mejor calidad de vida.^{24,25}

Es necesario tener presente que las indicaciones para la cirugía de extirpación de la tiroides ectópica incluyen malignidad, degeneración quística, sangrado, ulceración, hipotiroidismo no controlado y síntomas respiratorios y compresivos graves, a pesar de estar eutiroideo. Algunas mujeres prefieren la extirpación quirúrgica de la tiroides por motivos estéticos, ya que esta puede resultar visible en el cuello. La paciente expuesta presentó un historial prolongado de hipotiroidismo, con respuesta limitada al tratamiento, y, hasta su última consulta, logró un control adecuado de los niveles de TSH y mejoría de la disfagia. Además, presentó una tiroides lingual visible de gran tamaño que podría generar síntomas locales, por lo que se consideró necesaria la valoración por el servicio de cirugía de cabeza y cuello; sin embargo, no se encontró indicación quirúrgica en el momento de la valoración.²³

CONCLUSIONES

El HC asociado a la tiroides lingual es una condición poco frecuente, pero de gran relevancia clínica debido a sus implicaciones en el desarrollo y la función tiroidea. El caso presentado destaca la importancia de la identificación de los síntomas y del diagnóstico de la tiroides lingual mediante estudios imagenológicos no invasivos, lo que permitió una detección temprana y facilitó un abordaje integral. A pesar de la limitación de no contar con estudios complementarios, los hallazgos disponibles permitieron caracterizar el caso, discutir su relevancia y definir la conducta más apropiada.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

SFGR participó en conceptualización, análisis de la información, investigación, visualización, redacción, edición y revisión de la versión final para ser publicada.

LSCL participó en conceptualización, análisis de la información, investigación, redacción, edición y revisión de la versión final para ser publicada.

SFW participó en conceptualización, análisis de la información, investigación, redacción, edición y revisión de la versión final para ser publicada.

VMR participó en la atención médica de la paciente; conceptualización, redacción, edición y revisión de la versión final para ser publicada.

REFERENCIAS

1. Sitja MM, Fernández MS, González-Pinto LC, Sánchez AR. Revisión de las guías de hipotiroidismo congénito. Novedades en el manejo del hipotiroidismo congénito [Review of the guidelines on congenital hypothyroidism. Latest developments in the management of congenital hypothyroidism]. Rev Esp Endocrinol Pediatr. 2022;13:7. <https://doi.org/10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2022.Mar.721>
2. Sánchez AR, Guindulain MJC, Merillas MA, Segura SA, Navarro JCM, Arnao MDR. Diagnóstico y seguimiento de los pacientes con hipotiroidismo congénito diagnosticados por cribado neonatal [Diagnosis and follow-up of patients with congenital hypothyroidism detected by neonatal screening]. An Pediatr. 2019;90:e250-1. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.11.002>
3. Castilla Peón MF. Hipotiroidismo congénito [Congenital hypothyroidism]. Bol Med Hosp Infant Mex. 2015;72:140-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhimx.2015.05.001>
4. Vargas-Uricoechea H. Epidemiología del hipotiroidismo en Colombia ¿en qué estamos y qué sabemos al respecto? [Epidemiology of hypothyroidism in Colombia ¿what are we doing and what do we know about it?]. Rev Colomb Endocrinol Diabetes Metab. 2020;7:274-8. <https://doi.org/10.53853/encr.7.4.641>
5. Acevedo-Rojas M, Mendoza-Rojas VC. Características clínicas de los niños con hipotiroidismo congénito en Santander, Colombia [Clinical features of children with congenital hypothyroidism in Santander, Colombia]. Rev Fac Med. 2019;67:23-27. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.65772>
6. Rodríguez DA, Ossola CA, Elverdín JC. Tiroides ectópica lingual: caso clínico [Lingual Ectopic Thyroid: Clinical Case]. Rev Fac Odontol Univ B Aires. 2022;37:25-30.
7. An SJ, Cho MH, Shim YS, Lee HS, Hwang JS. Ectopic lingual thyroid with subclinical hypothyroidism in children. J Pediatr Endocrinol Metab. 2024;37:472-6. <https://doi.org/10.1515/jpem-2023-0538>
8. Betancourt AF, Bonnet I, Benedetti-Padrón I, Sáenz JC. Tiroides lingual, revisión del tema [Lingual thyroid, review topic]. Rev Colomb Cir. 2010;25:231-6.
9. Alcántara-Ortigoza MA, Sánchez-Verdiguel I, Fernández-Hernández L, Enríquez-Flores S, González-Núñez A, Hernández-Martínez NL, et al. Further evidence that defects in main thyroid dysgenesis-related genes are an uncommon etiology for primary congenital hypothyroidism in

- mexican patients: Report of rare variants in FOXE1, NKX2-5 and TSHR. *Children*. 2021;8:457. <https://doi.org/10.3390/children8060457>
10. Mio C, Grani G, Durante C, Damante G. Molecular defects in thyroid dysgenesis. *Clin Genet*. 2020;97:222-31. <https://doi.org/10.1111/cge.13627>
 11. Fonseca-Martínez SA, Arenas-Millán LN, Rincón-Orozco B, Martínez-Vega RA. Factores asociados a casos probables de hipotiroidismo congénito en neonatos nacidos en Bucaramanga, Colombia [Factors associated with probable cases of congenital hypothyroidism in neonates born in Bucaramanga, Colombia]. *CES Med*. 2023;37:12-28. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.7020>
 12. Legaza ES, Ruiz JR, Elhendi W, Rodríguez A, Caravaca A, Sanmartín A, et al. Tiroides ectópico lingual [Lingual ectopic thyroid]. *Acta Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2009;37:169-71. <https://doi.org/10.37076/acorl.v37i3.310>
 13. Rocha-Ruiz A, Beltrán C, Harris PR, Orellana P, García C, Martínez-Aguayo A. Tiroides lingual como causa de disfagia: caso clínico [Disphagia caused by a lingual thyroid. Report of one case]. *Rev Med Chile*. 2008;136:83-7. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000100010>
 14. Ruiz JKZ, Robles MVA, Hidalgo SEÁ, Pineda KJC. Hipotiroidismo congénito y el tamizaje neonatal [Congenital hypothyroidism and neonatal screening]. *Reciamuc*. 2021;5:233-40. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.233-240](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.233-240)
 15. Chiesa AE, Papendieck P, Vieites AM, Braslavsky DG. Hipotiroidismo congénito [Congenital hypothyroidism]. *Separata Montpellier*. 2019;27:1-65.
 16. Hayes Dorado JP, Montero Justiniano W, Achá Vargas L, Barbehito Espinoza K, Chávez Añez S. Hipotiroidismo subclínico asociado con tiroides lingual [Subclinical hypothyroidism associated with lingual Thyroid]. *Rev Soc Bol Pediatr*. 2009;48:16-9.
 17. Kumar J, Gordillo R, Kaskel FJ, Druschel CM, Woroniecki RP. Increased prevalence of renal and urinary tract anomalies in children with congenital hypothyroidism. *J Pediatr*. 2009;154:263-6. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2008.08.023>
 18. Sanz LM, Miranda ME, Astudillo JA. Tiroides lingual obstructivo, intervención quirúrgica vía transcervical suprahioidea: reporte de un caso [Obstructive lingual thyroid, suprahyoid intracervical surgical procedure: A case report]. *Cir Pediatr*. 2020;33:51-4.
 19. Viñet Espinosa LM. Tiroides lingual. Presentación de un caso clínico [Lingual thyroid. Case report]. *Panorama Cuba Salud*. 2019;14:107-9.
 20. Zubillaga Rodríguez I, Sánchez Aniceto G, García Recuero I, Montalvo Moreno JJ. Tiroides lingual: un nuevo abordaje quirúrgico [Lingual thyroid: A new surgical approach]. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2004;26:316-24. <https://doi.org/10.4321/S1130-05582004000500005>
 21. Fakadej T, Balar AB, Kota S, Lakhani DA, Joseph JT. Lingual thyroid: Case report and brief review of the literature. *Radiol Case Rep*. 2023;18:312-6. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2022.10.039>
 22. Medina Ruíz BA, Osorio M, Rodríguez I, Romero B, Ottone NE. Lingual Thyroid Gland: Diagnosis and Treatment. *Int J Med Surg Sci*. 2016;3:1013-23. <https://doi.org/10.32457/ijmss.2016.038>

23. Ibrahim NA, Fadeyibi IO. Ectopic thyroid: Etiology, pathology and management. *Hormones*. 2011;10:261-9.
24. Lal G, Clark OH. Tiroides, paratiroides y suprarrenales [Thyroid, parathyroid and adrenal]. En: Brunicardi F, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Kao LS, Hunter JG, et al. *Schwartz. Principios de Cirugía* [Internet]. 11.ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Education; 2020.
25. Knežević S, Dugalić A, Dugalić B. The hormonal suppression as first-line treatment of lingual thyroid: A case report. *SAGE Open Med Case Rep*. 2021;9:2050313X211050470. <https://doi.org/10.1177/2050313X211050470>