

LOCALIZACIÓN ATÍPICA DEL QUISTE TIROGLOSO¹

ATYPICAL LOCATION OF THYROGLOSSAL DUCT CYST

LOCALIZAÇÃO ATÍPICA DO QUISTO TIREOGLOSSO

² Nayib Zurita,

³ Caterin Arévalo,

⁴ Bernardo Borráez

Resumen

El quiste tirogloso es una malformación congénita asociada a la falta de involución del conducto tirogloso, ubicado entre el foramen de la lengua y la glándula tiroides. Su incidencia predomina en la infancia, aunque también se puede presentar en la adultez. Es común que la presencia de infecciones de las vías aéreas superiores o el desarrollo de fístulas hagan parte del cuadro clínico del paciente y se evidencie una masa.

Se reporta el caso de un paciente de sexo masculino de 39 años de edad, que cursó con una lesión nodular correspondiente a un quiste tirogloso con apariencia de tejido tiroideo residual, de localización atípica en la línea media suprahiodea, que fue removido quirúrgicamente. Dada su ubicación, se requirió la pertinente planeación imaginológica y prequirúrgica para la valoración de la glándula tiroides con el fin de reseca toda la lesión, usando la técnica de Sistrunk con remoción total del hueso hioides para evitar la recurrencia. Se discuten las características clínico-patológicas de la enfermedad y se establece la importancia de la ubicación para la toma adecuada de decisiones clínicas o quirúrgicas que permitan brindar un tratamiento con un resultado seguro y eficaz para el paciente.

Palabras clave: quiste tirogloso, fístula, glándula tiroides, técnica de Sistrunk

Abstract

The thyroglossal cyst is a congenital abnormality resulting from a defective closing of the duct located between the foramen of the tongue and the thyroid gland. Its incidence predominates in childhood, although it can also occur in adulthood. It is common that the presences of upper

Resumo

O quisto tireoglossos é uma malformação congénita associada à falta de involução do conduto tireoglossos localizado entre o ovale da língua e a glândula tiroides. Sua incidência predomina na infância, embora também possa se apresentar nos adultos, sendo comum na clínica do paciente

Recibido el 25/11/2015 Aprobado el 15/03/2016

1. Artículo reporte de caso.

2. Médico cirujano; profesor asistente, Departamento de Cirugía, Clínica Cartagena del Mar, Universidad del Sinú, Cartagena de Indias, Colombia cate-90@hotmail.com

3. Médica, residente de tercer año, Departamento de Cirugía, Clínica Cartagena del Mar, Universidad del Sinú, Cartagena de Indias, Colombia cate-90@hotmail.com

4. Médico, cirujano; Departamento de Cirugía Gastrointestinal, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia

airway infections or fistulas become a part of the patient's clinical signs and as the mass becomes apparent.

This report corresponds to a case of a 39 year old male patient with a nodular lesion. A thyroglossal cyst with an atypical location in the midline superior part of the hyoid bone was diagnosed, which was surgically removed. Because of its location careful imaging and presurgical planning was required for thyroid gland assessment. The Sistrunk technique was performed removing the hyoid bone completely to prevent recurrence. Clinico-pathological features of the disease are discussed, the importance of the location for surgical considerations to provide the best outcome for the patient.

Key Words: Thyroglossal cyst, sinus, thyroid gland, Sistrunk technique

a presença de infecções aéreas superiores ou a frequente presença de fístulas sendo evidenciada uma massa.

No presente artigo se faz o reporte correspondente a um paciente masculino com 39 anos de idade, que apresentou uma lesão nodular convergente a um quisto tireoglossal com aparência de tecido tiroide residual, de localização atípica na linha média supra-hioideus, removido cirurgicamente. Devido a sua localização foi preciso planejamento imagenológico para valoração da glândula tiroides, visando ressecar a totalidade da lesão mediante a técnica de Sistrunk, com remoção total do osso hioideus para evitar recorrência. O artigo discute as características clínico patológicas desta doença e se estabelece que a adequada tomada de decisões clínicas e cirúrgicas depende em grande medida da localização da lesão.

Palavras chave: quisto tireoglossal, glândula tiroides, fistula, técnica de Sistrunk

INTRODUCCIÓN

La región cervical es una zona de localización frecuente de numerosas lesiones debido a su gran riqueza anatómica. El quiste tirogloso es una anomalía congénita que representa el 70 % de las masas cervicales (1). Su incidencia predomina en la niñez, sin embargo, en la vida adulta es posible su aparición. Asimismo, aumenta su relación con el desarrollo de neoplasias, las cuales son infrecuentes y pueden ocurrir en, aproximadamente, el 1 % de todos los quistes tiroglosos, y que son diagnosticados incidentalmente después de la extirpación quirúrgica (2).

La glándula tiroides aparece embrionariamente como un saco endodérmico bien delimitado, entre el primer par de bolsas faríngeas –llamado divertículo tiroideo–, el cual queda unido a la faringe por el conducto tirogloso que comunica temporalmente la tiroides primitiva con la lengua y forma el piso de la faringe. Posteriormente, se transforma en un cordón que se extiende desde el foramen ciego de la lengua hasta la tiroides y se relaciona con el hueso hioides. Cuando esto no sucede, la persistencia parcial o total del conducto genera la formación de quistes o fístulas de este conducto (3).

Su localización es, en la mayoría de los casos, en la línea media e infrahioidea, pero se puede encontrar en otros lugares del cuello (4). Por lo anterior, aunque el

abordaje sea el mismo, su ubicación es un elemento de gran importancia para el cirujano, ya que debe tener la certeza y la seguridad de la correcta planeación de su ubicación para la resección del quiste, brindando un adecuado tratamiento para evitar recidivas.

Presentación del caso

Se trata de un paciente de sexo masculino de 39 años de edad, sin antecedentes médicos relevantes, que consultó al Servicio de Medicina General por un cuadro clínico de quince días de evolución, consistente en la aparición de una masa en la región anterior del cuello en la línea media suprahioidea, por lo cual se solicitó interconsulta al Servicio de Cirugía General.

Entre los hallazgos encontrados en la tomografía con contraste, se reportó en la región suprahioidea en la línea media una imagen de lesión nodular de densidad de tejido blando de 18 mm x 13 mm de diámetro, de contornos definidos y sin signos de infiltración a los tejidos blandos adyacentes, indicativos de tejido tiroideo residual. Al administrar el medio de contraste se observó un leve realce homogéneo de la lesión.

Con el diagnóstico prequirúrgico de quiste tirogloso de localización atípica (suprahioidea), se practicó su resección con la técnica de Sistrunk, y se extrajeron

el cuerpo del hueso hioides y un segmento muscular adyacente posterior con el tracto tirogloso incluido hasta el foramen ciego (5) (figura 1).

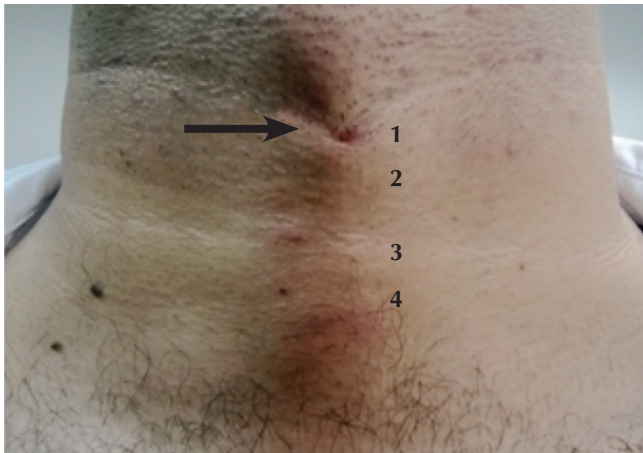


Figura 1. Localización suprahioides del quiste tirogloso. Imagen prequirúrgica. Referencias anatómicas: 1. quiste tirogloso; 2. hueso hioides; 3. cartilago tiroides; 4. cartilago cricoides.

Los resultados de la biopsia confirmaron el diagnóstico clínico de quiste tirogloso. El paciente evolucionó sin complicaciones y la condición clínica al egreso fue satisfactoria, sin déficit ni secuelas de fonación ni deglución, con corrección del defecto y mejoría del cuadro clínico de consulta.

Revisión del tema

Los quistes tiroglosos están presentes desde la niñez y se localizan en la línea media del cuello, aunque con poca frecuencia se pueden encontrar remanentes en la vida adulta, que se manifiestan como una inflamación a nivel de la membrana tiroidea. Estos pueden dar lugar a síntomas como ronquera, disfagia y disnea, haciendo necesario estudios clínicos preoperatorios y, si están disponibles, los estudios histológicos correspondientes (6). Son más frecuentes en mujeres que en hombres, con una proporción de 1,5 a 1 (3), y representan del 66 al 72 % de los procesos congénitos del cuello (7).

Los defectos del conducto tirogloso se producen por la falta de obliteración del mismo que, normalmente, ocurre en la séptima semana de la vida embrionaria (8). El quiste tirogloso se presenta usualmente como una masa quística que ocurre en cualquier lugar del tracto del conducto tirogloso, desde el foramen ciego hasta la base de la lengua a nivel de la escotadura supraesternal (9). En la mayoría de los casos, se localiza debajo del hueso hioides adyacente a la membrana tiroidea (10). En este caso, el hallazgo atípico corresponde al 20

% de los reportes de quistes suprahioides y el resto equivale al 15 % a nivel del hueso hioides (11). Además, a lo largo de este trayecto pueden persistir remanentes de tejido tiroideo que, finalmente, dan origen al quiste tirogloso (12). Esto dificulta el diagnóstico para el cirujano, debiéndose practicar estudios complementarios para confirmarlo y brindar un manejo adecuado.

Esta malformación hace parte de las ectopias tiroideas clásicas, correspondientes a las que siguen la línea de descenso de la tiroides, desde el foramen ciego hasta su localización definitiva en el cuello o hasta el mediastino superior (13). En algunas ocasiones pueden presentarse en posición lateral, especialmente cuando han presentado episodios inflamatorios recurrentes, lo cual es común en su evolución natural, terminando en una fístula externa, caracterizada por un contenido mucoso con aspecto de clara de huevo (14).

Un porcentaje de los quistes se desarrolla en la niñez y hace su aparición clínica después de los dos años, expresándose clínicamente en el 50 % de los casos cuando el paciente tiene 10 años de edad (7).

En 1975, Joseph y Komorowski establecieron los criterios para el diagnóstico de los quistes, a saber: 1) el remanente del conducto tirogloso puede ser distinguido de una metástasis quística y un ganglio linfático, por la presencia de epitelio cilíndrico o escamoso o algunos folículos tiroideos normales en la pared del quiste, y 2) la glándula tiroides debe ser normal (15).

Usualmente, el examen físico revela una estructura discreta, firme o de carácter quístico, aunque la inflamación puede hacer difícil su valoración. La protrusión de la lengua causa la elevación de la masa, confirmando así su fijación al agujero ciego (7).

La evaluación preoperatoria debe incluir estudios imaginológicos, tales como el ultrasonido, que se deben emplear como principal prueba diagnóstica debido a su fiabilidad, bajo costo y evaluación precisa de la glándula, quiste y cadenas ganglionares cervicales (16).

Otros estudios, como los gammagráficos, se utilizan con el fin de determinar la localización y función del tejido tiroideo, puesto que la extirpación de una tiroides ectópica puede producir un hipotiroidismo residual (17).

Posteriormente, se debe practicar la punción por aguja fina de la masa, pues podría sugerir la existencia de un carcinoma, salvo falsos negativos por la ubicación en una sola área de la pared del quiste. Asimismo, se puede encontrar tejido tiroideo ectópico dentro del

quiste, del cual la mayoría de la literatura científica establece que su incidencia es del 1 al 2 % (18-20).

DISCUSIÓN

La aparición clínica clásica más frecuente del quiste tirogloso consiste en una masa cervical pequeña en la línea media, bajo el hueso hioides, hallada comúnmente en la niñez como un defecto congénito. Su manifestación semiológica puede acompañarse de eritema, fluctuación e incluso drenaje espontáneo. Debido a que es un defecto que puede aparecer a lo largo de un trayecto de tejido tiroideo remanente a nivel de la línea media cervical, se debe practicar un estudio imaginológico completo. Esto con el fin de hacer un diagnóstico diferencial, efectuando una buena valoración prequirúrgica para brindar un tratamiento correcto que permita obtener resultados precisos que mejoren la calidad de vida del paciente.

Aunque la enfermedad no se confirme antes de la cirugía, debe sospecharse en un paciente con una masa de rápido crecimiento en la línea media del cuello o en aquellos que tienen un quiste asociado a linfadenopatías cervicales (16). Para el presente caso, en la literatura se destacan otros casos de localización atípica que sustentan que la hallada en nuestro paciente no es frecuente, aunque sí es posible.

Su tratamiento es quirúrgico y debe practicarse tan pronto se establezca el diagnóstico, logrando disminuir así la ocurrencia de infección, la formación de abscesos o el drenaje. Otra buena razón para la escisión temprana es la transformación hacia una neoplasia maligna, por lo general, un carcinoma papilar (21). Según los hallazgos intraoperatorios, de confirmarse la presencia de ganglios tumorales, el tratamiento más conveniente debe acompañarse de tiroidectomía total, disección ganglionar y yodoterapia posoperatoria (22).

Aunque la técnica quirúrgica depende del cirujano, se recomienda como medida inicial la de Sistrunk, abierta o asistida por video (23), la cual ha demostrado haber disminuido el número de recurrencias (7,24). La literatura científica revisada (4,5,15,25) indica que la incisión más usada es la cervical transversal en la zona inmediatamente superior a la masa o sobre el mismo quiste, sin evidenciar complicaciones relacionadas con su localización (26).

CONCLUSIÓN

Aunque el quiste tirogloso tiene una presentación clínica y común en niños, se puede presentar también

en adultos jóvenes con variaciones en su localización en la línea media del cuello. Se reporta un hallazgo inusual de una enfermedad habitual, que se debe tener en cuenta por parte del cirujano en el momento del diagnóstico inicial y final, con el fin de identificar la glándula comprometida y poder así definir el abordaje quirúrgico adecuado. Para este paciente, se llevó a cabo su resección completa por medio de la técnica de Sistrunk, con lo que se disminuyen las posibles recidivas y se brinda un buen tratamiento al paciente, con excelentes resultados estéticos, anatómicos y funcionales.

REFERENCIAS

1. Flint P, Cummings C, Haughey B, Lund V, Niparko J, Richardson M. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery [Internet]. Recherche. 2010. Fecha de consulta: 02 de Marzo de 2016. Disponible en: <http://discovery.ucl.ac.uk/933877/>.
2. Aculate NR, Jones HB, Bansal A, Ho MW. Papillary carcinoma within a thyroglossal duct cyst: Significance of a central solid component on ultrasound imaging. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2014;52:277-8.
3. Vazel L, Martins C, Potard G, Rogez F, Fortun C, Marianowski R. Fístulas y quistes congénitos del cuello. *EMC - Otorrinolaringol*. 2006;35:1-7.
4. Ewing CA, Kornblut A, Greeley C, Manz H. Presentations of thyroglossal duct cysts in adults. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology*. 1999;256:136-8.
5. Sánchez G, Caberea E. Resección del quiste tirogloso con preservación del hueso hioides. *Rev Colomb Cir*. 2014; 29: 12-17.
6. Sathish C, Nyamannawar BM, Mohanty S, Correa MMA, Das K. Atypical thyroglossal duct anomalies. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2008;72:1353-7.
7. Baeza Herrera Carlos, Cortés MR, García Chavez JL, Oñate Aullet AF. Quiste Tirogloso y la operación de Sistrunk en Niños. *Acta Pediatr Mex* 1997;18(3):116-9.
8. Türkyilmaz Z, Sönmez K, Karabulut R, Demirgoullari B, Sezer C, Bagaklar AC, et al. Management of thyroglossal duct cysts in children. *Pediatr Int*. 2004;46:77-80.
9. Koeller KK, Alamo L, Adair CF, Smirniotopoulos JG. Congenital cystic masses of the neck: Radio-

- logic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1999;19:121-46.
10. Allard RH. The thyroglossal cyst. *Head Neck Surg*. 2012;5:134-46.
 11. Hashefi M. Ultrasound in the diagnosis of noninflammatory musculoskeletal conditions. *Semin Ultrasound CT MR*. 2011;32:74-90.
 12. Zander DA, Smoker WRK. Imaging of ectopic thyroid tissue and thyroglossal duct cysts. *Radiographics*. 2014;34:37-50.
 13. Djordje M, Sajic S. Lingual thyroid. *Srp Arh Celok Lek*. 2007;135:201-3.
 14. Prasad KC, Dannana NK, Prasad SC. Thyroglossal duct cyst: An unusual presentation. *Ear Nose Throat J*. 2006;85:454-6.
 15. Motamed M, McGlashan JA. Thyroglossal duct carcinoma. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004;12:106-9.
 16. Rodríguez-Ortega M, Montaña-Navarro E, Garaulet-González P, León-Fernández C, Ríos-Blanco R, Delgado-Millán MA, et al. Carcinoma papilar de tiroides sobre conducto tirogloso persistente. *Endocrinol Nutr*. 2005;52:569-70.
 17. Gross E, Sichel JY. Congenital neck lesions. *Surg Clin North Am*. 2006; 86 (2) :383-92.
 18. Oomen KPQ, Modi VK, Maddalozzo J. Thyroglossal duct cyst and ectopic thyroid: Surgical management. *Otolaryngol Clin North Am*. 2015; 48 (1):15-27.
 19. Noussios G, Anagnostis P, Goulis DG, Lappas D, Natsis K. Ectopic thyroid tissue: Anatomical, clinical, and surgical implications of a rare entity. *Eur J Endocrinol*. 2011; 165 (3):375-82.
 20. Holland AJ, Sparnon AL, LeQuesne GW. Thyroglossal duct cyst or ectopic thyroid gland? *J Paediatr Child Heal*. 1997;33:346-8.
 21. Yoshida A. Carcinoma in thyroglossal duct remnants. *Otolaryngology*. 1982;54:935-9.
 22. Doshi S V, Cruz RM, Hilsinger RL. Thyroglossal duct carcinoma: A large case series. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2001;110:734-8.
 23. Goldsztein H, Khan A, Pereira K. Thyroglossal duct cyst excision-The Sistrunk procedure. *Oper Tech Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;20:256-9.
 24. Ellis PD, van Nostrand AW. The applied anatomy of thyroglossal tract remnants. *Laryngoscope*. 1977;87(Pt.1):765-70.
 25. Galluzzi F, Pignataro L, Gaini RM, Hartley B, Garavello W. Risk of recurrence in children operated for thyroglossal duct cysts: A systematic review. *J Pediatr Surg*. 2013; 48 (1):222-7.
 26. González-Pena M, Samitier-Pastor A, Martínez-Novoa MD, Masgoret-Paulau E, Merán-Gil JL, Risco-Arenas J. Atypical thyroglossal cyst. *An Otorrinolaringol Ibero Am*. 2006;33:369-76.

