



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

“Quieste del conducto tirogloso: estudio retrospectivo de 68 casos, resultados de la operación de Sistrunk modificada”

**Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud
(junio 1998 - mayo 2001)**

TESIS

Para optar el Título de Especialista en Cirugía de Cabeza, Cuello
y Maxilo-Facial

AUTOR

Edwin José CALDERÓN FLORES

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Calderón, E. Quiste del conducto tirogloso: estudio retrospectivo de 68 casos, resultados de la operación de Sistrunk modificada. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud (junio 1998 - mayo 2001) [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

INDICE

	Pag.
I. RESUMEN	3
II. INTRODUCCION	4
III. MATERIAL Y METODOS	6
IV. RESULTADOS	9
V. DISCUSION	12
VI. CONCLUSIONES	18
VII. BIBLIOGRAFIA	19
VIII. ANEXOS	21

RESUMEN

Se realiza una investigación observacional, retrospectiva y descriptiva de 68 pacientes con diagnóstico clínico e imagenológico del quiste del conducto tirogloso, con el objetivo de conocer su comportamiento en nuestra institución durante el período 1997-2000. De los 68 pacientes 47 eran masculinos (69,1%) y 21 femeninos (30,9%). El 7,3% con una edad inferior a los 9 años y 41,2% entre 10 y 19 años. Se manifestaron como una tumoración cervical en 67 pacientes y en 1 como una fistula. La técnica quirúrgica de Sistrunk convencional o modificada se empleó en los 68 pacientes (100,0%). La mortalidad operatoria fue nula. Dos pacientes (3%) presentaron infección de la herida operatoria. El seguimiento de los pacientes después de la cirugía fue de seis meses a dos años. Un paciente (1,5%) presentó recidiva y fue reintervenido a los 10 meses. Una terapéutica quirúrgica adecuada conlleva a la resolución de ésta con mortalidad nula.

Palabras clave: QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO; FISTULA; GLANDULA TIROIDES.

INTRODUCCION

Tanto los quistes como las fistulas de origen congénito, se encuentran generalmente en la región cervical. Entre ellos, los mas importantes y frecuentes son los quistes y fistulas del conducto tirogloso, situados en la línea media del cuello y los quistes y fistulas branquiales, situadas en la región lateral del cuello.¹

Los quistes del conducto tirogloso (QT) también llamados quistes de la “línea media del cuello”,¹ son anomalías congénitas del desarrollo embrionario cervical desarrolladas sobre la persistencia de restos epiteliales embriológicos en el trayecto de la glándula tiroidea, que sigue desde su aparición en el suelo faríngeo durante la tercera semana de vida hasta llegar en la sexta a su situación anatómica definitiva. Este trayecto, denominado conducto tirogloso de His o Bochdalek, se oblitera y se reabsorbe entre la séptima-octava semana de vida intrauterina. Cuando esto no sucede o se realiza parcialmente, o cuando por motivos desconocidos las células indiferenciadas de su tercio medio se diferencian e inician una actividad secretora,⁴ aparecen los QT.⁴⁻⁸

Los QT y su fistulación representa del 66 al 72 % de las afecciones congénitas del cuello.^{4,5} Para Avello¹ y Antón-Pacheco¹² los QT son la tumoración más frecuente de la línea cervical media, aunque otros autores los sitúan en segundo lugar, tras las linfadenopatías inflamatorias o neoplásicas.^{7,14,15} Constituyen una importante entidad en el diagnóstico diferencial con otras afecciones que pueden situarse en la misma zona como las neoplasias del cuello.^{1,8} Se ha reportado el desarrollo de carcinomas en la pared del quiste.⁸⁻¹²

Suelen manifestarse como tumoraciones renitentes, de tamaño variable, localizados generalmente en la línea media del cuello y sobre la región hioidea¹ aunque ocasionalmente pueden ser laterales; y su movilidad es en el sentido vertical, relacionado con la deglución y con la expulsión de la lengua hacia fuera debido a su íntima vinculación con la base de la misma.¹ Los QT pueden surgir en cualquier lugar del tracto tirogloso, que se extiende desde el *foramen caecum* en el dorso de la lengua hasta el istmo de la glándula tiroidea.^{2,3} Son más frecuentes

alrededor del hueso hioides, encontrándose en la mayoría de los casos (67%) por delante del hueso hioides, aunque también pueden aparecer en la base de la lengua, inmediatamente por detrás del agujero ciego. Este tejido tiroideo puede ser la única glándula funcionante y presentar las enfermedades propias de la glándula tiroides¹⁵.

La importancia del conocimiento del desarrollo y tratamiento de estas lesiones radica en que: 1) producen masas cervicales que deben diferenciarse de neoplasias graves; 2) pueden comunicarse con la piel, y aún con la base de la lengua, produciendo fistulas persistentes y 3) estas lesiones son, en raros casos, origen de neoplasias, usualmente carcinomas papilares⁶⁻⁹.

El tratamiento debe ser quirúrgico, mediante la técnica descrita por Sistrunk,²⁻¹⁹ en la cual debido a la íntima relación embriológica del conducto tirogloso con el hueso hioides, esto debe researse en su parte central, y continuar la disección por los músculos suprahioides hasta el foramen caecum en la base de la lengua. Avello¹ considera innecesaria esta ampliación de la intervención siendo suficiente con la extirpación de todo el quiste (quistectomía) o del trayecto fistuloso (fistulectomía), acompañado de la resección de la porción central del hueso hioides (hioidectomía) considerada como una operación de Sistrunk modificada. Si no se extirpa el hueso hioides la recidiva con la formación posterior de una fistula es casi segura.

El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia del Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud en el tratamiento de los quistes y fistulas del conducto tirogloso.

MATERIAL Y METODOS

Presentamos una revisión de los QT diagnosticados y tratados quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de EsSalud. Se utilizó como universo el total de las historias clínicas de los pacientes inscritos en el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud diagnosticados clínica e histológicamente como afectados por quistes y/o fistulas del conducto tirogloso. En el período comprendido desde enero de 1997 hasta diciembre del 2000, se confeccionó el proyecto para una investigación de observación, retrospectiva y descriptiva y un formulario para recoger de las historias clínicas las variables: edad de comienzo de la sintomatología, el tiempo desde el diagnóstico al tratamiento quirúrgico, el sexo, la forma de presentación clínica, la localización de la masa cervical, las pruebas complementarias realizadas para su diagnóstico, la técnica quirúrgica utilizada, y las complicaciones posquirúrgicas (Ficha 1). Cabe señalar que la técnica utilizada en el servicio es la operación de Sistrunk convencional o modificada y bajo ninguna circunstancia se realiza solo cistectomía.

Las historias clínicas que no reunían los parámetros propuestos fueron eliminadas para quedar integrado nuestro material de estudio por 68 pacientes, 47 masculinos y 21 femeninos con edades que oscilaron entre 5 y 38 años. Una vez verificada la información, los datos fueron procesados y los resultados que se obtuvieron se presentaron en tablas de números absolutos y de tanto por cientos.

La localización del quiste ha sido clasificada en suprahiodea, a nivel del hueso hioides e infrahiodea y si se presentaba en la línea media o desplazada hacia la izquierda o derecha de la línea media pero por delante del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. La valoración diagnóstica se hizo con una exploración de cabeza y cuello completa y con varias pruebas complementarias: gammagrafía tiroidea, ecografía, biopsia aspiración con aguja fina (BAAF) y tomografía axial computarizada (TAC). En este punto, hemos recogido cuántas y

cuáles se realizaron intentando correlacionar la distinta información aportada por cada una de ellas con el diagnóstico definitivo.

En relación a la técnica quirúrgica se realizó una técnica de Sistrunk modificada, extirpando el quiste, su tracto y la porción medial del hueso hioides. La técnica de Sistrunk convencional extirpando el quiste y su tracto, la porción medial del hueso hioides y los tejidos suprahioides hasta el *foramen caecum* en la base de la lengua, solo se realizaba si se visualizaba que el tracto se extendía hacia el *foramen caecum*.

Técnica Quirúrgica

Consideraciones

1. Siempre se reseca la porción central del hueso hioides.
2. Cuando el quiste era demasiado grande se tenía el máximo cuidado para no lesionar la rama interna del nervio laríngeo superior ni el nervio hipogloso.

Procedimiento

1. Se hace una incisión horizontal en la piel. Cuando existe un trayecto fistuloso. Se rodea con una elipse de piel.
2. Se forman colgajos de piel superior e inferior y se delimita una elipse de la aponeurosis situada encima del quiste.
3. Las bandas musculares se separan hacia lateral.
4. En ocasiones se halla una conexión con el lóbulo piramidal hacia abajo. Esta conexión se corta entre pinzas.
5. Se libera ahora el quiste de la laringe, la membrana tirohioidea o ambas, llevándolo hacia arriba.
6. Con el conducto a la vista, se hace una incisión a lo largo del borde superior del hueso hioides. Esta incisión no debe socavar el hioides, pues podría cortarse el conducto que va hacia el agujero ciego, perdiéndose su identificación.

7. Se corta el hueso hioides a cada lado, utilizando cizallas para hueso o tijeras fuertes, la membrana tirohioidea se corta en su inserción a la parte media del hueso hioides. En este estadio se identificara cuidadosamente todo remanente de conducto que vaya hacia la base de la lengua. Si esto ocurriera, la porción retrohioidea del conducto se escinde con una elipse de tejido de la base de la lengua, incluyendo el agujero ciego. En tales casos se penetra en la hipofaringe. Si no se identifica un conducto, se reseca un núcleo de músculo hasta la base de la lengua.
8. El cierre consiste en la aproximación de los músculos milohioideos a la membrana tirohioidea, si la tensión no es muy grande. Los extremos cortados del hueso hioides nunca serán aproximados. La aponeurosis que recubre los músculos se cierra en el plano vertical. El músculo cutáneo del cuello y la piel se cierran en dos planos separados. Se utiliza un dren en uno de los ángulos de la herida.

La comparación de los datos de las variables categóricas se realizo mediante el test de X^2 , corregido con la prueba exacta de Fisher. Los valores de $p < 0.05$ fueron considerados significativos (paquete estadístico SPSS, versión 7.5).

RESULTADOS

De los 68 pacientes de la serie, 47 fueron varones (69,1%) y 21 fueron mujeres (30,9%). La edad de presentación está en un rango que incluye desde los 5 años hasta los 38 años de vida (*ver tabla 1*).

La localización del quiste fue la siguiente: 35 casos (51,5%) a nivel del hueso hioides, 27 casos (39,7%) eran suprahioides y 6 casos (8,8%); de los cuales en 65 casos (95,6%) se encontraban en la línea media mientras que laterales encontramos 3 (4,4%). Ningún caso se localizo en el dorso lingual (*ver tabla 2 y Fig. 1*).

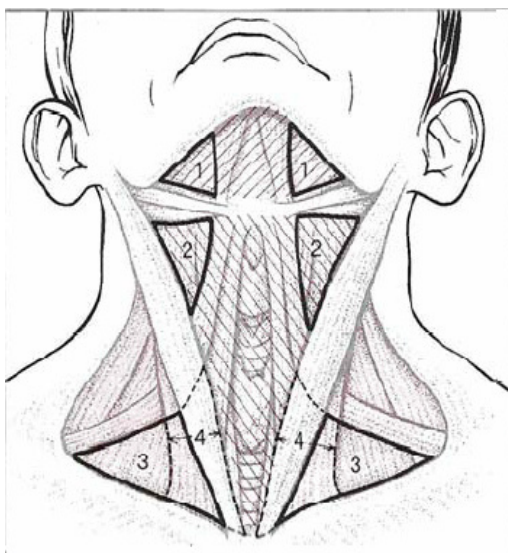


Fig 1. Regiones y triángulos más importantes del cuello: región cervical media (zona rayada) con el triángulo suprahioides y el triángulo infrahioides, región cervical lateral (en rojo). 1. Triángulo submandibular; 2. Triángulo carotídeo superior; 3. Triángulo omoclavicular; la llamada región esternocleidomastoidea (extensión topográfica por las líneas negras y las flechas)

La presentación clínica mas común fue una tumoración cervical en línea media que en un 86,8% cursó de forma asintomática, cuyo tamaño oscilo entre 1 y 6 cms. (Fig. 2). En el resto, la forma de debut fue como una tumoración cervical dolorosa en 11,8% y en un paciente (1,5%), la presencia de una fístula cutánea (*ver tabla 3 y Fig. 2*).



Fig. 2. Quiste de conducto tirogloso

El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la presentación clínica y el diagnóstico oscilo entre 2 – 3 meses y 5 años, justificada por el hecho de que la mayoría se presentaban como tumoraciones cervicales asintomáticas (*ver tabla 4*).

En el estudio preoperatorio, a todos los pacientes se les realizo una exploración de cabeza y cuello completa, tanto en el consultorio externo como en hospitalización. Como pruebas complementarias (Fig. 3 -6), se realizo gammagrafía con I 131 en 38 (55,9%) casos, ecografía tiroidea en 19 (27,9%), TC cervical en 2 (2,9%) y BAAF en 14 (20,6 %) (*ver tabla 5*).

Todos los pacientes fueron tratados quirúrgicamente bajo anestesia general; en 62 pacientes (91,1%) se realizo una técnica de Sistrunk modificada, técnica que incluye la extirpación del quiste y el tracto tirogloso, la porción central del hueso hioides, y en 6 pacientes (8,8%) una extensión a los tejidos suprahioides hasta la base de la lengua incluyendo el *foramen caecum*. En ningún caso se realizo solo cistectomía. La mortalidad operatoria fue nula (*ver tabla 6*).

El tiempo medio de seguimiento después de la cirugía fue de seis meses a dos años. En ningún caso apareció hipotiroidismo. No se observo degeneración maligna del quiste en ningún paciente. La recidiva del quiste fue una complicación rara y solo se presento en un caso en forma

de fistula persistente y tenía como antecedente inflamaciones a repetición del QT antes del tratamiento quirúrgico. El tiempo medio transcurrido desde la cirugía hasta la aparición de la recidiva del quiste fue de 10 meses. En el caso recidivado se realizó nueva intervención quirúrgica, empleando técnicas más radicales, eliminando los restos del hioides y los tejidos suprahioides.

Otra complicación que encontramos fue la aparición de una infección de la herida operatoria en dos casos (3,0%), ambos fueron tratados satisfactoriamente con antibióticos y antiinflamatorios.

DISCUSION

El QT es la masa cervical congénita benigna más frecuente descrita en la literatura². La presentación clínica es de una masa quística en la línea media de crecimiento lento, asintomática. La presentación excéntrica o lateral es a menudo debido a infección o manipulación anterior del quiste.

Sin embargo, hay otras masas cervicales que pueden presentarse y que plantean diagnóstico diferencial^{16,26-28}, tales como linfadenopatía cervical, quistes dermoides, lipomas, hemangiomas, linfangiomas, higromas, tumores de glándulas salivares, laringoceles, teratomas, tuberculosis, tumores tiroideos, etc. En las masas suprahioideas y en la base de la lengua hay que tener en cuenta además el tiroides lingual y el quiste salivar.^{2,29}

La importancia del desarrollo de esta anomalía se relaciona con la alta tasa de incidencia de infección, recurrencia del quiste después de una resección inadecuada y su posible malignización.^{2,3,15,17}

La mayoría de los casos aparecen en las dos primeras décadas de la vida.¹⁶ En nuestra serie fue mas frecuente en la segunda y tercera década de la vida coincidiendo con algunos autores,^{15,17} pero difiere con otros^{19,20} en encontrar una presentación relativamente mayor en pacientes de edad más avanzada. En la serie de Deane y Telander de 338 casos en la Mayo Clinic, la primera década de vida fue la de mayor frecuencia²⁰. Sammarco y McKenna²² han reportado una edad inferior a los veinte años en 65% de sus pacientes. En adultos, Katz²² ha reportado un 28% en la década de los cincuenta años y 10% en la década de los sesenta. Allard, después de revisar una serie de 1,316 casos de la literatura, señaló que 31,5% de pacientes estaba debajo de los 10 años de edad, 20,4% estaba en la segunda década, 13,5% estaba en la tercera década, y 34,6% eran mayores de 30 años. Según la literatura hay una igual distribución por sexo en sujetos con quiste tirogloso. En nuestra se encontró una predominancia en el sexo masculino discordante con lo reportada en la literatura.^{2,20,24,25}

Después de una historia clínica detallada y exploración clínica completa, en un paciente con una masa cervical media debemos tener una alta sospecha del diagnóstico de un QT. El diagnóstico de presunción, basado en la palpación cervical, se puede confirmar con exámenes imagenológicos.²⁶ La radiología simple cervical puede demostrar la presencia de una masa en la parte anterior de la faringe o inflamación de partes blandas cervicales, datos inespecíficos.¹⁶

La **gammagrafía tiroidea con I 131** (preferiblemente ⁹⁹Tc) se utiliza preoperatoriamente para demostrar que la glándula tiroides funciona normalmente y el quiste no contiene el único tejido tiroideo funcional, en cuyo caso, su extirpación produciría hipotiroidismo permanente (Fig. 3). Globalmente, la incidencia de tiroides ectópico es baja, en torno al 1 - 2 %^{26,29-31}. La ausencia de una glándula tiroidea normal puede ocurrir en pacientes con tiroides ectópica y alcanza el 70% en pacientes con clínica de tiroides lingual. Algunos autores³² refieren que esta técnica debería hacerse en todos los pacientes con sospecha de QT, mientras que otros²⁶ la indicarían sólo cuando éste se presenta en la base de la lengua. Nosotros hemos realizado la gammagrafía en todos los pacientes, y en todos ellos hemos encontrado que la glándula tiroides era normofuncionante y se encontraba en su localización habitual. Esto puede plantear la utilización o no de esta técnica en todos los pacientes o sólo en casos de sospecha de tiroides ectópica. La tasa de tiroides ectópica de la pared del quiste se sitúa entre el 5% y el 45% de los casos.³³

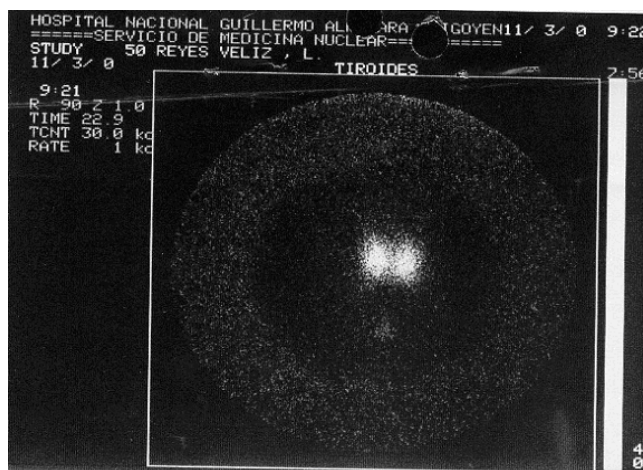


Fig. 3. Gammagrafía tiroidea. Glándula tiroides con función normal.

Otra técnica que hemos utilizado en 19 (33%) casos es la **ecografía tiroidea**. Es una técnica de bajo costo, con alta resolución para visualizar estructuras superficiales, útil para demostrar la naturaleza quística de la lesión y delimitar su tamaño, así como conocer el patrón parenquimatoso del tiroides³⁴. Es muy raro que pacientes con un patrón homogéneo en la ecografía tiroidea no tengan un funcionamiento normal del mismo. La ecografía también resulta útil en el diagnóstico de las posibles recidivas en las que no se palpa ninguna tumoración después de la cirugía³⁵.

La **tomografía axial computarizada cervical** ha sido utilizada en 8 casos (14%) de nuestra serie (Fig. 4). Es una técnica que aporta mucha información sobre localización, tamaño, extensión y relación con las estructuras próximas.³⁶⁻³⁹ Además, con el uso de contraste, en la mayoría de los casos se descarta que el quiste contenga tejido tiroideo.²⁶⁻³² En pacientes con QT localizado por encima del hioides se aconseja estudio con TC con contraste intravenoso para descartar tejido tiroideo ectópico²⁸. La relación costo-beneficio de la TC cervical es relativamente aceptable por la gran información que nos aporta en el diagnóstico de masas cervicales⁴⁰. Resulta muy útil en el diagnóstico diferencial con adenopatías laterocervicales.



Fig. 4. Imagen TAC cervical. Quiste tirogloso, se aprecia su disposición central y sus relaciones con el hueso hioides

La **resonancia magnética cervical** ha sido utilizada en algunos estudios pero no fue realizada en ninguno de nuestros casos. Aporta mucha información en cuanto a las características anatómicas y sus relaciones con otras estructuras⁴¹, pero es excesivamente cara y no aporta información que no podamos encontrar con las demás técnicas descritas. Solo estaría justificado cuando haya importantes dudas en el diagnóstico. Por ello, pensamos que no está justificado su empleo como técnica de primera elección, aun cuando las imágenes sagitales que proporciona son de gran valor.

La técnica de **biopsia aspiración con aguja fina** (BAAF) se utilizo en 14 (24%) casos. Es una técnica prequirúrgica rápida con la que se pone de manifiesto la presencia de celularidad benigna de carácter inflamatorio compatible con QT y descartar la presencia de celularidad maligna o tiroidea¹⁸. Debido a que presenta un margen de error del 7-14%, hay autores^{18,19} que preconizan que puede ser subsanable con la biopsia intraoperatoria. Avello considera que la realización del BAAF debería estar contraindicada en pacientes con QT por la posibilidad de fistulización.

La transformación maligna del QT, ninguna en nuestra casuística, la describieron por primera vez Brantano en 1911 y Ucherman en 1915. En 1927, Owen e Ingelby²⁶ publican el primer caso en la bibliografía inglesa. Aproximadamente 150 casos han sido descritos en la literatura medica desde 1911. Aunque es rara, ha sido descrita por algunos autores en el 1% de los casos de QT.^{42,43} Existen referencias de casos aislados expresados verbalmente en nuestro país. No parece haber una predilección de género, y el promedio de edad de pacientes es la cuarta década.³⁰ La mayoría de carcinomas tiroglosos están localizados en la región tirohioidea. El carcinoma papilar es el subtipo histológico mas frecuente y se aproxima al 95% de todos los casos reportados (incluidas formas mixtas). El carcinoma folicular es raro, y el anaplásico aun más raro. Hay autores que preconizan que el carcinoma papilar sin invasión de la pared podría manejarse sólo con una técnica de Sistrunk, mientras que en el resto de casos, se debería incluir

una tiroidectomía total seguida de tratamiento con 131 I, debido a que hasta un 25% de los carcinomas del quiste tirogloso tienen afectación de la glándula tiroides.

El abordaje quirúrgico del QT evoluciono gracias al progresivo entendimiento del origen embriológico de esta anomalía congénita y los hallazgos quirúrgicos en la disección anatómica de QT de Sade y Rosen fueron fundamentales. En relación a estos hallazgos anatómicos, en 1920 Sistrunk⁴⁴ describió una técnica quirúrgica que incluía la extirpación del quiste tirogloso, la porción central del hueso hioides y los tejidos suprahioides hasta la base de la lengua incluyendo el *foramen caecum*. En 1928, el mismo autor reconsidero este procedimiento recomendando no abrir la cavidad oral⁴⁵. Esto se conseguía por transección de la lengua en un plano submucoso debajo del *foramen caecum*. Esta técnica constituye hoy en día el pilar del tratamiento quirúrgico de los QT.

La introducción de la técnica de Sistrunk supuso un avance con respecto a otros procedimientos de extirpación. La gran ventaja que introdujo esta técnica con respecto a la extirpación simple del quiste es la reducción del número de recidivas.

Avello¹ considera suficiente con la extirpación de todo el quiste (quistectomía) o del trayecto fistuloso (fistulectomía), acompañado de la resección de la porción central del hueso hioides (hioidectomía) considerada una operación de Sistrunk modificada que es la técnica mas empleada en nuestro servicio.

Se presento la recidiva en un caso que tenía como antecedente inflamaciones a repetición del QT antes del tratamiento quirúrgico. Esta baja tasa de recidiva se puede explicar por que en la mayoría de casos son atribuibles a la cistectomía técnica quirúrgica no usada en nuestro servicio. Consideramos, al igual que otros autores¹⁷, que no se deben operar QT sobreinfectados, a no ser que sea absolutamente necesario

Durante el seguimiento seis pacientes se perdieron de vista. En los restantes, luego de un seguimiento de seis a dos años ocurrió solo una recidiva. Nuestros pacientes son afiliados a la

Seguridad Social y tienen atención médica coberturada; a pesar de que el seguimiento no ha sido muy asiduo, en caso de recidiva hubieran regresado fácilmente a nuestro servicio.

CONCLUSIONES

Hoy no existe duda de que la mejor técnica quirúrgica para los quistes del conducto tirogloso es la técnica de Sistrunk convencional, con amplia extirpación del cuerpo del hioides y tejidos suprahioides. Sin embargo la extirpación de todo el quiste (quistectomía) o del trayecto fistuloso (fistulectomía), acompañado de la resección de la porción central del hueso hioides (hioidectomía) considerada una operación de Sistrunk modificada suele ser exitosa. Una cuestión importante es que el clínico sospeche esta entidad, sobre todo en adultos, en pacientes con una masa cervical en la línea media. El cirujano de cabeza, cuello y maxilofacial deberá emplear las exploraciones complementarias necesarias para su correcta evaluación, especialmente la gammagrafía tiroidea, la ecografía y la TC cervical, para indicar su tratamiento quirúrgico antes de que presente varios procesos inflamatorios, factor mas importante para su recidiva, a pesar de emplear siempre la técnica de Sistrunk. La posibilidad de degeneración maligna, aunque baja, y la frecuente morbilidad de los QT, motivan su indicación quirúrgica en todos los casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. AVELLO A, ed. Patología Quirúrgica de Cabeza y Cuello. Lima: 1980; 11-13.
2. SHAH W, ed. Head and Neck Surgery. London: Mosby, 1996;399-400.
3. PINCUS RL. Congenital neck masses and cysts. En: Bailey BJ. ed. Head and Neck Surgery, Otolaryngology. Philadelphia: Lippincott Co., 1993;754-60.
4. ORTÍZ DE SOLORZANO ARUSA J. Quistes y fistulas del conducto tirogloso. A propósito de 33 casos intervenidos. Cir Esp 1988; 43(1):67-73.
5. MONROY TT. Quistes del conducto tirogloso. Tratamiento quirúrgico. Rev Invest Clin 1987; 39: 223-5.
6. DÍAZ FERNÁNDEZ JM, RODRÍGUEZ RM. Quistes y fistulas embrionarias del cuello. Estudio estadístico de 10 años (1972-1981). Rev Cubana Estomatol 1987; 24(1):93-100.
7. FERNÁNDEZ JF, ORDÓÑEZ NG. Thyroglossal duct carcinoma. Surgery 1991; 110:928-34.
8. HAWKINS DB. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal ducts cyst otolaryngol. Head Neck Surg 1988; 99(1):
9. CORTÉS R, TAKASHI K. Thyroglossal duct with papillary carcinoma. Report of a case. Rev Invest Clin 1991; 43(2):184-7.
10. PACHECO-OJEDA L, MICHEAU C. Papillary carcinoma in thyroglossal duct remnants. Eur Arch Otorhinolaryngol 1991; 248(5):268-70.
11. BOURGUINAT E, LACCOURREYE O, BASSEREAU G. Cancer arising in a cyst of the thyroglossal ducts. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1991; 108(1):21-5.
12. ANTON-PACHECO J, CANO NOVILLO I. Cysts of the thyroglossal ducts: analysis of diagnostic errors and causes of recurrence. An Esp Pediatr 1992; 36(2):121-4.
13. KENEALY JF, TORSIGLIERI, AJ JR. Branchial cleft anomalies: a five-year retrospective review. Trans Pa Acad Ophthalmol Otolaryngol 1990; 42:1022-5.
14. CHERENKO MP, IGNATOVSKII L. Characteristics of diagnosis and surgical treatment of median cysts and fistulas of the neck. Klin Kir 1992; 1-4.
15. SHEPARD TH. Development of the thyroid gland. En: Gardner LT. ed. Endocrine and Genetic Diseases of Childhood and Adolescence (2ª ed.) Philadelphia: WB Saunders, 1967.
16. BROWN RL, AZIZKHAN RG. Pediatric head and neck lesions. Pediatr Clin North Am 1998;45:889-905.
17. SOLOMON JR, RANGE-CROFT L. Thyroglossal duct lesions in childhood. J Pediatric Surg 1984;19:555-61.
18. KATZ A.D. HACHIGLAN M. Thyroglossal duct cysts. A thirty year experience with emphasis on occurrence in older patients. Am J Surg 1988;155:741-4.
19. LÓPEZ CASTAÑER MY, BARRIOS JM. Quistes del conducto tirogloso. Anales ORL Ibero-Amer 1992;19:537-46.
20. DEANE SA, TELANDER RL. Surgery for thyroglossal duct and branchial cleft anomalies. Am J Surg 1978;136:348-53.
21. SAMMARCO G, MCKENNA J. Thyroglossal duct cysts in the elderly. Geriatrics 1970;25:98.
22. KATZ A.D. HACHIGLAN M. Thyroglossal duct cysts. A thirty year experience with emphasis on occurrence in older patients. Am J Surg 1988;155:741-4.
23. MYER CHM. Masas cervicales congenitas. Cap. 42 En: Paparella MM, Sumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL, eds. Otorrinolaringología. Vol. III. Cabeza y cuello, 3ª ed Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 1994. P. 2961-2.
24. GREINWALD JH, LEICHTMAN LG, SIMKO MEJ. Hereditary Thyroglossal duct cysts. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1996;122:1094-6.
25. BERGSTROM L. Thyroglossal duct remnant. En: Buyse ML, ed Birth defects. Encyclopedia. Cambridge. Mass: Blackwell Publishers; 1990. p. 1672-3.

26. RADKOWSKI D, ARNOLD J, HEALY GB, MCGILL T, TREVES ST, PALTIEL H, FRIEDMAN EM. Thyroglossal duct remnants: preoperative evaluation and management. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991;117:1378-81.
27. FONTAINE P, TRUY E, KAUFFMANN I, DISANT F, MORGON A. Kystes et fistules congénitales de la face et du cou. *Pédiatrie* 1992;47:617-22.
28. LACOSTA JL, ZABALETA M, SÁNCHEZ GALÁN L. Anomalías congénitas cervicales. *Anales ORL Ibero-Amer* 1998;2:173-83.
29. PIQUET JJ, BURNY A, Kystes et fistules congénitales du cou. *Encycl Méd Chir* 1986;ORL;20860;A10.
30. BEAUVILLAIN DE MONTREUIL C, HAMON S, LITOUX P. Kystes et fistules congénitales de la face et du cou. *Ann Dermatol Vénérol* 1988;115:855-8.
31. GARABEDIAN EN, RIVIERE F, PERCHEY F, LACOMBE H, eds. Kystes et fistules cervico-faciaux congénitales. Paris: Vigot, 1989.
32. PINCZOWER E, CROKETT DM, ATKINSON JIB, KUN S. Preoperative thyroid scanning in presumed thyroglossal duct cysts. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992;118:985-8.
33. BORGER JA, BERCU BB. Papillary-follicular carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst in a 12-year-old-child. *J Pediatr Surg* 1988;23:362-3.
34. WADSWORTH DT, SIEGEL MJ. Thyroglossal duct cysts: Variability of sonographic findings. *Am J Roentgenol* 1994;163:1475-7.
35. BAATENBURG DE JONG RJ, RONGEN RJ, LAMERIS JS, KNEGT P, VERWOERD CD. Ultrasound characteristics of thyroglossal duct anomalies. *ORL J Otorhino-laryngol Relat Spec* 1993;55:299-302.
36. HUNG W, RANDOLPH JG, SABANTINI D, WINSHIP T. Lingual and sublingual thyroid glands in euthyroid children. *Pediatrics* 1966;38:647-5.
37. WARD RF, SELFE RW, ST LOUIS L, BOWLING D. Computed tomography and the thyroglossal duct cyst. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1986;95:93-8.
38. TUNKEL DE, DOMENECH EE. Radioisotope scanning of the thyroid gland prior to thyroglossal duct cyst excision. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;124:597-601.
39. BYRD S, RICHARDSON M, GILL G, LEE AM. Computed tomographic appearance of branchial cleft and thyroglossal duct cysts of the necks. *Diagn Imaging* 1983;52:301-2.
40. JOSEPHSON GD, SPENCER WR, JOSEPHSON JS. Thyroglossal duct cyst: the New York Eye and Ear Infirmary experience and a literature review. *Ear Nose Throat J* 1998;77:642-7.
41. BLANDINO A, SALVI L, SCRIBANO E, CHIRICO G, LONGO M, PANDOLFO I. MR findings in thyroglossal duct cysts: report of two cases. *Eur J Radiol* 1990;11:207-11.
42. HESHMATI HM, FATOURECHI V, HEERDEN JA, HAY ID, GOELLNER JR. Thyroglossal duct carcinoma: report of 12 cases. *Mayo Clin Proc* 1997;72:315-9.
43. KENNEDY TL, WHUATAKER M, WADIH G. Thyroglossal duct carcinoma: a rational approach to management. *Laryngoscope* 1998;108:1154-8.
44. SISTRUNK WE. The Surgical treatment of cysts of the thyroglossal tract. *Ann Surg* 1920;71:121-4.
45. SISTRUNK WE. Technique of removal of cysts and sinuses of the thyroglossal duct *Surg Gynecol Obstet* 1928;46:109-12.

ANEXOS

TABLA 1. Edad de presentación y sexo de casos de QT

Grupo de edades (años)	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 – 9	4	8,5	1	4,8	5	7,3
10 – 19	18	38,3	10	47,6	28	41,2
20 – 29	16	34,0	9	42,8	25	36,8
30 – 39	9	19,1	1	4,8	10	14,7
Total	47	69,1	21	30,9	68	100

TABLA 2. Localización cervical topográfica del QT

Localización	Línea media		Derecha		Izquierda		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Suprahioidea	27	41,5	-	-	-	-	27	39,7
Al nivel del hioides	32	49,2	2	100,0	1	100,0	35	51,5
Infrahioidea	6	9,2	-	-	-	-	6	8,8
Total	65	95,6	2	100,0	1	100,0	68	100,0

TABLA 3. Manifestaciones clínicas en pacientes con QT

Manifestaciones	No	%
Tumoración cervical indolora	59	86,8
Tumoración cervical dolorosa	8	11,8
Fístula	1	1,5
Total	68	100

TABLA 4. QT según tiempo de evolución y tamaño

Tiempo de evolución (años)	< 1 cm.		1 - 3 cm.		4 - 6 cm.		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< de 1	2	2,9	9	13,2	-	-	11	16,2
De 1 a 5	6	8,8	39	57,3	12	100,0	57	83,8
Total	8	11,8	48	70,6	12	17,6	68	100,0

TABLA 5 Pruebas complementarias en el estudio del QT

Prueba complementaria	No	%
Gammagrafía tiroidea	38	55,9
Ecografía tiroidea	19	27,9
Tomografía cervical	2	2,9
Biopsia aspiración con aguja fina	12	20,6

TABLA 6. Tipo de Intervención quirúrgica realizada en QT

Intervención quirúrgica	No	%
Sistrunk convencional	62	91,2
Sistrunk modificada	06	8,8

Ficha 1

EVALUACION CLINICO-QUIRURGICA DEL QUISTE DE CONDUCTO TIROGLOSO EN EL HNGAI

Caso: H.C.:

Nombre

Domicilio

1. Edad:

2. Sexo: M (1) F (2)

3. Raza: Mestiza (1) Blanca (2) Indígena (3) Negra (4)
Otra (5)

4. Procedencia: Rural (1) Urbana(2)

5. Antecedente familiar de quiste de tirogloso

6. Antecedentes Personales

7. Tiempo de enfermedad: días meses años

8. Dolor: Si (1) No (2)

9. Tumor: Si (1) No (2)

Signos

10. Dolor objetivo: Si (1) No (2)

11. Fístula Si () No ()

12. Características del tumor:

13. Valoración tiroidea: No () Si ()

14. Diagnostico por Imágenes:

15. Gammagrafia tiroidea () Ecografia () Tomografía () RMN () Ninguno ()

Otros:

Resultado:

16. BAAF: Sin neoplasia (1) Con neoplasia (2) Insuficiente (3) Inadecuada (4) No se hizo (5)

17. Intervención realizada: Sistrunk convencional () Sistrunk modificada ()

Otro:

18. Complicaciones postquirúrgicas: Si () No ()

Cuales:

Agradecimientos

El autor quiere agradecer al doctor Allán Avello Peragallo por sus valiosos comentarios y aportes vertidos durante mi proceso de formación.