



Quistes del conducto tirogloso: Diagnóstico y tratamiento

Guillermo Sánchez Acuña,** Jorge Ramírez Melgoza,* Ingrid Wilde Jordán***

RESUMEN

El quiste de conducto tirogloso es una de las masas más comúnmente localizadas en la cara anterior del cuello. Por lo general tiene una presentación muy típica, así que el diagnóstico clínico y su tratamiento temprano son frecuentes. Presentamos diferentes casos clínicos, y los medios de diagnóstico y tratamiento que se utilizaron.

Palabras clave: Quiste del conducto tirogloso, manobra de Sistrunk.

SUMMARY

Thyroglossal duct cyst is one of the most frequently found masses in the anterior aspect of the neck. It usually presents typical features, so an early clinical diagnosis and treatment are common. In this study, we present different clinical cases, diagnosis and treatments.

Key words: Thyroglossal duct cyst, Sistrunk procedure.

INTRODUCCIÓN

Debemos recordar que la glándula tiroides empieza su desarrollo al final de la tercera semana de vida intrauterina como una proliferación endodérmica del piso ventral de la faringe, entre el tubérculo impar y la lengua en desarrollo, punto que posteriormente será el agujero ciego. El quiste del conducto tirogloso se presenta clásicamente en la línea media cervical, pudiendo estar en cualquier zona entre el agujero ciego hasta la horquilla esternal. Los quistes suprahioides se encuentran en la región submentoniana, pero del 60 al 80% se desarrollan por arriba del hueso hioides. Resulta muy raro encontrar esta

patología a nivel intralingual. Los que se desarrollan a nivel del cartílago tiroideo son desplazados hacia un lado.¹

En general se puede presentar y desarrollar a cualquier edad, con predominio en las dos primeras décadas de la vida, teniendo registrado que el 50% se presenta antes de los veinte años. No cuenta con predilección por ningún género. El tamaño registrado generalmente es de 3 cm, pero se han reportado hasta de 10 cm de diámetro. Clínicamente encontramos un aumento de volumen a nivel cervical, asintomático, móvil y fluctuante, siempre y cuando no haya sido comprometido con una infección secundaria. Si el quiste mantiene algún tipo de conexión

* Adscrito Cirugía Maxilofacial Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE, México.

** Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Calixto García; La Habana, Cuba.

*** Cirujano Maxilofacial, Clínica Odontológica Wilde; La Paz, Bolivia.

Correspondencia:

Ingrid Wilde Jordán

ingridwildejordan@hotmail.com

con el hueso hioides o la lengua, es posible evidenciar movimiento de la masa durante la deglución o la protrusión de la lengua. Las lesiones que se presentan en base de la lengua pueden causar obstrucción laríngea. En un tercio de los casos se desarrolla un trayecto fistuloso hacia la piel o la mucosa, por ruptura del quiste sobreinfectado o como secuela de la cirugía.² Histológicamente se aprecia un epitelio columnar o escamoso estratificado, ocasionalmente cuboidal e incluso un pequeño epitelio intestinal. Se puede encontrar tejido tiroideo pero no es un hallazgo constante.³

Es aconsejable la remoción del quiste con la maniobra de Sistrunk en la que se elimina el segmento de la línea media del hueso hioides y una porción generosa de músculo por todo el conducto tirogloso, para lo cual debemos tener pleno conocimiento de la anatomía cervical (*Figura 1*). Con este procedimiento se reduce la recurrencia a un 8%. La transformación maligna es rara; en menos del 1% se tienen reportados carcinomas; la mayoría se diagnostica como adenocarcinoma tiroideo papilar, por lo que el pronóstico de esta patología es favorable.⁴

DISCUSIÓN

El quiste del conducto tirogloso es una patología frecuente en niños, pero no es raro su hallazgo en adultos. Según cierta literatura, está presente hasta en 17% de la población general. La embriología de la tiroides explica la localización de ésta y otras lesiones relacionadas con anomalías del desarrollo de la glándula, como la tiroides lingual y la presencia de tejido tiroideo ectópico.

La glándula tiroides comienza como una protuberancia en la línea media del suelo de la faringe, entre las bolsas branquiales primera y segunda, hacia la tercera semana de gestación. El esbozo tiroideo forma una estructura tubular tapizada por epitelio; el conducto tirogloso, lugar de origen del conducto, corresponde al agujero ciego, localizado detrás de la hilera de papilas circunvaladas en la V lingual; el conducto penetra el mesodermo subyacente, aumenta de tamaño y desciende como un divertículo bilobulado. En su camino, desde la base de la lengua hasta la parte inferior del cuello, atraviesa el músculo milohioideo del suelo de la boca y el triángulo anterior del cuello. Se curva alrededor del borde inferior del hueso hioides y se extiende hacia arriba a través del cuerpo del hioides o en la cavidad de la superficie hioidea posterior. A partir de este punto, continúa su curso inferior y se sitúa por delante de la membrana tirohioidea y los músculos infrahioideos, antes de termi-

nar en lo que será el nivel del istmo tiroideo. Hacia la sexta a séptima semanas de gestación, la glándula tiroides ha recorrido la longitud del conducto y llegado a su posición final, por delante y al lado de la tráquea. El conducto involuciona normalmente, se atrofia y desaparece hacia la octava a décima semanas de gestación. La conexión caudal del conducto puede persistir en forma de lóbulo piramidal de la glándula tiroides. La migración de la glándula se puede detener en cualquier lugar a lo largo del curso del conducto tirogloso. Dado que el conducto está tapizado por epitelio secretor, se puede formar un quiste en cualquier parte de ese conducto que no involucione, localizándose en la línea media o fuera de la misma en algún lugar del trayecto (*Figura 2*).⁵⁻⁷

La mayoría de los quistes se sitúan por debajo del nivel del hioides en la región de la membrana tirohioidea. El 60% se encuentra en la línea media sobre la membrana tirohioidea, 23% por debajo de este nivel, el 15% en región cervical lateral y un 2% próxima al agujero ciego. Dicha localización varía debido al desarrollo embriológico de la glándula tiroides, como ya comentamos.⁵ Las lesiones por encima del cartílago tiroides suelen estar en la línea media, mientras que las situadas a nivel del cartílago tienden a encontrarse fuera de la línea media, alrededor del 75% de los quistes del conducto tirogloso aparecen en la línea media, lo que los convierte en las masas cervicales más comunes en esa zona, sin olvidar las diferentes localizaciones como veremos en los siguientes casos clínicos (*Figuras 3-11*).⁸

A la exploración física suelen ser móviles, independientemente de su consistencia. Si persiste una conexión con la base de la lengua o el hueso hioides, el quiste tiene movilidad de acuerdo a la deglución y protrusión de la lengua, así como con los movimientos propios de la deglución (*Figuras 12 y 13*).⁹

La complicación más frecuente del quiste del conducto tirogloso es la infección recurrente, pudiendo aparecer fístulas de forma espontánea por extravasación del quiste o secundaria a la propia infección¹⁰ (*Figuras 14 y 15*).

Algunos de los diagnósticos diferenciales de aumentos de volumen a nivel cervical son: lipoma, quiste sebáceo, quiste dermoide, linfadenopatía, quistes de arcos branquiales, tumores de glándulas salivales, hipertrofia de ganglios linfáticos, tuberculosis y linfomas.¹⁰

Algunos estudios de gabinete y complementarios pueden ser de gran ayuda, como: ultrasonografía, tomografía computada, resonancia magnética y medicina nuclear, siendo la biopsia por aspiración de aguja fina muy importante en el diagnóstico, debiendo

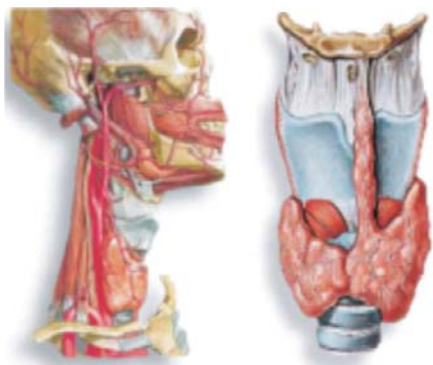


Figura 1. trayecto de descenso de la glándula tiroideas



Figura 5.

Descenso de la tiroides, mostrando los posibles lugares ectópicos del tejido tiroideo

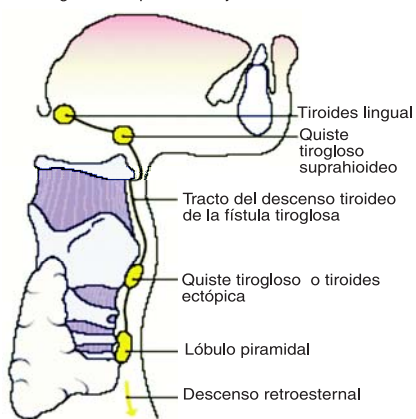


Figura 2. localización anatómica de los quistes tiroglosos.



Figura 6.



Figura 3.



Figura 7.



Figura 4.



Figura 8.



Figura 9.



Figura 13. En reposo.

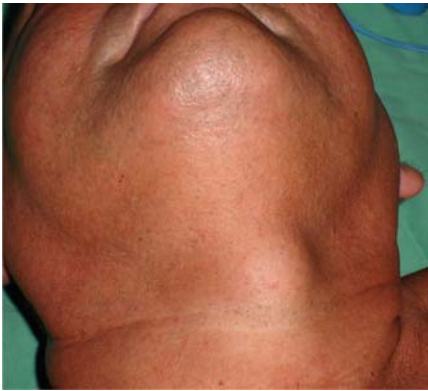


Figura 10.



Figura 14. Quiste infectado.



Figura 11.



Figura 15. Presencia de fístula.

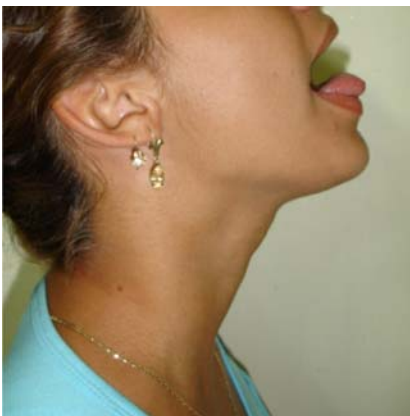


Figura 12. Deglución.



Figura 16. Biopsia por aspiración.

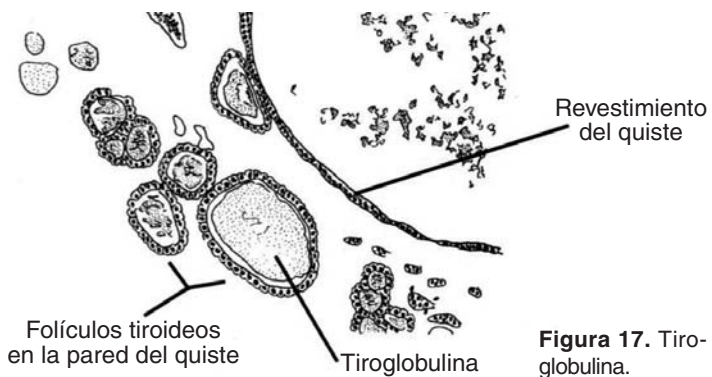
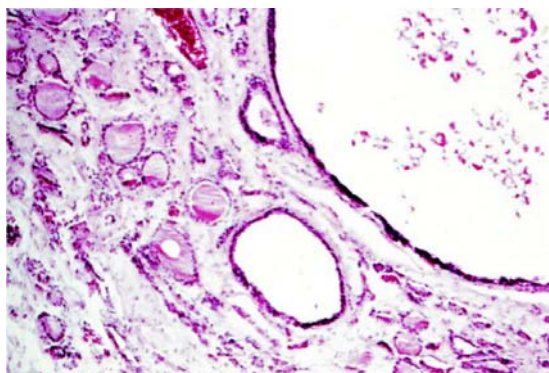


Figura 17. Tiroglobulina.



Figura 18. Quiste tirogloso con presencia de fístula.



Figura 20. Referencias anatómicas.

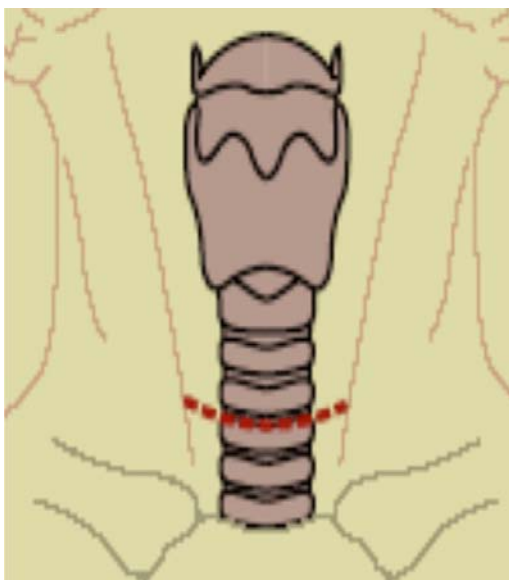


Figura 19. Relación anatómica.

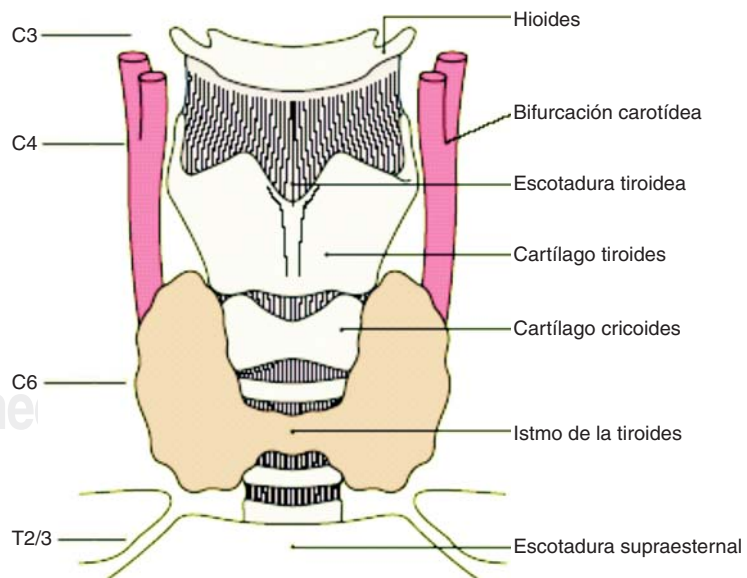


Figura 21.



Figura 22. Incisión y resección de fístula.

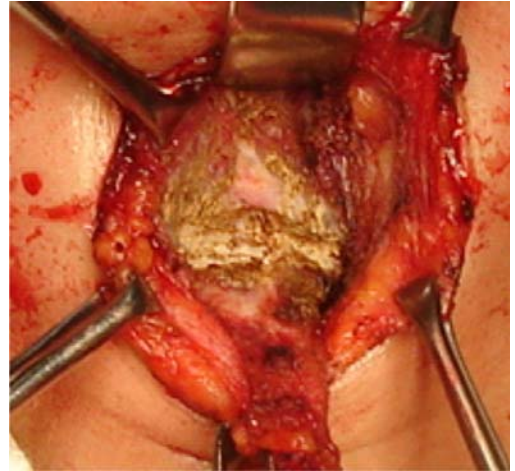


Figura 25. Resección del quiste.

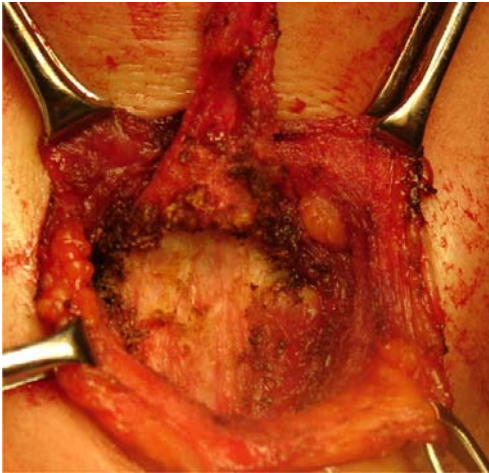


Figura 23. Disección del quiste.



Figura 26. Drenaje y sutura.



Figura 24. Espécimen.

encontrar elementos de la glándula tiroides como: folículos tiroideos o tiroglobulina¹¹ (Figuras 16 y 17).

La resección quirúrgica es necesaria, por el riesgo de transformación maligna, además de las complicaciones que mencionamos como la infección recurrente, utilizando muchas veces la maniobra de Sistrunk, la cual consiste en la resección completa del quiste, del conducto y un segmento del hueso hioides y ligadura del trayecto hasta la base de la lengua, con lo que se obtiene una recidiva inferior a 5%. Como podemos ver en el caso presentado, se tienen en cuenta las relaciones anatómicas, la eliminación de la fístula, dejar un campo limpio con adecuada hemostasia, así como un dren plano (Figuras 18 a 26). El comportamiento maligno de estos quistes ha sido reportado en el 1% de los casos, con enfermedad metastásica en alrededor del 7%.^{1,12}

BIBLIOGRAFÍA

1. Neville B, Dam D, Allen C, Bouquot J. *Oral and Maxillofacial Pathology*, Saunders 2002.
2. Robert E. *Oral and Maxillofacial Pathology*, Marx 2002: 621-623.
3. Moir CR. Neck cysts, sinuses, thyroglossal duct cysts, and branchial cleft anomalies. *OTGS* 2004; 6: 281-295.
4. Gross E, Sichel JY. Congenital neck lesions. *Surg Clin North Am* 2006; 86: 382-392.
5. Dedititis RA, Camargo DL, Peixoto GL, Weissman L, Guimarães AV. Thyroglossal duct: a review of 55 cases. *Journal of the American College of Surgeons* 2002; 194 (3): 274-277.
6. McHenry CR, Danish R, Murphy T, Marty T. Atypical thyroglossal duct cyst: A rare cause for a solitary cold thyroid nodule in childhood. *Am Surg* 1993; 59: 223-228.
7. Dolata J. Thyroglossal duct cyst floor of the mouth: an unusual location. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 110: 580-358.
8. Waddel A, Saleh H, Robertson N et al. Thyroglossal duct remnants. *J Laryngol Otol* 2000; 114: 128-129.
9. Myers EN et al. Thyroglossal duct cyst. In: Myers EN. *Operative otolaryngology head and neck. Surgery*. Philadelphia: WB Saunders, 1997: 630-637.
10. Grienwald JH, Leichtman LG, Simko MJ. Hereditary thyroglossal duct cysts. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996; 122: 1094-1096.
11. Simo R, Leslie A. Differential diagnosis and management of neck lumps *Surgery (Oxford)*. 2006; 24 (9): 312-322.
12. McHenry CR, Danish R, Murphy T, Marty T. A rare cause for a solitary cold thyroid nodule in childhood. *Am Surg* 1993; 59: 223-228.