

PRESENTACION DE CASO

Quiste tirogloso gigante: rareza de estos tiempos

Giant tiroglose cyst: a rareness of these times

Jorge Emilio López Martín,^I Yunaiky Almaguer Perdomo.^{II}

^IEspecialista de II Grado en Cirugía General. Máster em Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet", Facultad de Ciencias Médicas Mayabeque. Güines, Cuba. Correo electrónico: jemilio@infomed.sld.cu

^{II}Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Pediatría. Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet". Güines, Cuba. Correo electrónico: yuny@infomed.sld.cu

RESUMEN

Los quistes y fístulas tiroglosos se derivan del trayecto de His o Bochdaleck, formado a partir de un hundimiento del intestino faríngeo, que posteriormente se constituirá en el foramen caecum de la lengua, ubicado en su línea media. Si éste no se atrofia da lugar a este tipo de lesiones, en la línea media cervical, que también determinan su relación con el hueso hioides y pueden extenderse desde la base de la lengua, hasta la región antero inferior del cuello. El conducto tirogloso se encuentra detrás del hioides, pero no es raro hallarlo delante, lo que conduce a la necesidad de extirpar este tejido óseo por medio de la cirugía (operación de Sistrunk). Se presenta un enorme quiste tirogloso, que por su tamaño resulta anacrónico en los tiempos actuales de desarrollo de la medicina en nuestro país.

Palabras clave: quiste tirogloso; fístula; región branquial; síntomas claves.

ABSTRACT

Tiroglosecysts and fistulas are derived from the trajectory of HIS or boch daleck, formed from a falling of the pharyngeal intestine that will never be constituted in the foramen caecum of the tongue, located in its mean line. If it is not atrophied then this kind of lesions appear, in the cervical mean line, they also determine the relation with the hyoid bone and can be extended from the base of the

tongue to the anterior inferior site of the neck. The thyroglossal duct is located behind hyoids, but it is not rare to find it beyond, so it is necessary to remove this bone tissue by surgery (Sturck operation). A thyroglossal cyst is presented, and because of its size it results an anachronism at the present time of the development of Medicine in our country

Keywords: thyroglossal cyst; fistula; branchial region; key symptoms.

INTRODUCCIÓN:

Los quistes y fístulas del conducto tirogloso constituyen una afección congénita desarrollada sobre la persistencia de restos epiteliales embriológicos en el trayecto de la glándula tiroidea, que sigue desde su aparición en el suelo faríngeo¹ 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, aparecen los quistes del conducto tirogloso.^{2,3}

Esta afección representa del 66 al 72% de los procesos congénitos del cuello⁵ y una importante entidad en el diagnóstico diferencial de los tumores del cuello. El tratamiento debe ser quirúrgico, mediante la técnica descrita por Sistrunk la cual debido a la íntima relación embriológica del conducto tirogloso con el hueso hioides, este debe resecarse en su parte central, y continuar la disección por los músculos suprahioides hasta el foramen *caecum* en la base de la lengua.

Presentación de caso

Paciente femenina de 79 años, que le diagnostican 10 años atrás una lesión tumoral de la línea media del cuello y que interpretan en ese entonces como un quiste tirogloso. Siendo este asintomático, su médico le recomienda mantener una actitud conservadora y de vigilancia.

Con los años, la tumoración fue creciendo paulatinamente, la paciente debuta con una demencia senil, lo que hace que los familiares no opten por el tratamiento de esta lesión, que iba creciendo, hasta llegar al tamaño actual y dar lugar a los síntomas presentes: disfagia, xialorrea, halitosis y evidente deformidad del cuello (fig. 1, 2, 3).



Figuras: 1, 2, 3

Al examen físico se palpa una masa firme, sobre la línea media y toda la región anterior del cuello pero que se extiende hacia las zonas antero-laterales, aparentemente indolora, muy bien delimitada, que apenas se mueve con la exteriorización de la lengua (Maniobra de Hamilton Bailey), por el tamaño de la lesión, pero que sí lo hace durante la deglución; por debajo del hioides y que la piel que la cubre no tiene estigmas de haber sufrido ningún proceso inflamatorio reciente. No late, no tiene thrill, ni frémito.

La familia se negó a realizar ningún estudio adicional, pero se puncionó, extrayendo un contenido gelatinoso, filante y de color carmelita. La histología informa de negatividad en cuanto a células neoplásicas

DISCUSIÓN

El conducto tirogloso desaparece entre la 8ª a 10ª semana de vida embrionaria.⁴ En series de autopsias se ha demostrado la persistencia del conducto tirogloso en el 7% de la población normal⁵. La ausencia de obliteración del mismo luego del nacimiento puede dar origen a quistes ubicados a lo largo de su trayecto, entre el vértice de la V lingual y la ubicación definitiva de la glándula tiroides.

El quiste del conducto tirogloso constituye la anomalía cervical congénita más frecuente (2 a 3 veces más frecuente que las anomalías de los arcos branquiales). El 70% se diagnostica en la infancia.⁶ El tratamiento de elección del quiste tirogloso (QT) es su extirpación con la técnica de Sistrunk, con este procedimiento la tasa de recurrencia es menor al 4%.⁷

En una serie de 22 pacientes, la relación mujer/varón fue de 2/1, así mismo el tamaño de los quistes osciló entre 1 y 8 cms.⁷ Otros autores, en serie de 65 pacientes, informan que 43 de ellos fueron masculinos.⁸ En esta misma serie 54 de ellos se presentan como una tumoración cervical. La técnica de Sistrunk fue empleada en el 95,4% de los pacientes.

Los quistes o fístulas del conducto tirogloso suelen ocurrir en la primera década de la vida, aunque también pueden presentarse en cualquier edad. Un porcentaje de estas lesiones está a un lado de la línea media, lo que demuestra que no siempre se encuentran en la línea media del cuello.⁹

El diagnóstico clínico de esta lesión y su complicación más frecuente: la fístula tiroglosa; se basa fundamentalmente en los elementos clínicos, a saber: tumor redondeado en la base de la lengua, abultamiento en la región hioidea que se

mueve al deglutir, y/o presencia de un orificio fistuloso en el área anterior del cuello y en su línea media en el hioides.⁹

Aproximadamente el 1% de los quistes del conducto tirogloso contiene elementos malignos y el tumor primario comunicado con mayor frecuencia es el carcinoma papilar, lo cual destaca la necesidad de su resección.¹⁰ La mortalidad de este tipo de cirugía es mínima.

El diagnóstico diferencial de esta lesión debe realizarse con el tiroides aberrante, el nódulo tiroideo, los linfangiomas cervicales, quistes branquiales, dermoides, lipomas, adenopatías inflamatorias o neoplásicas, entre otros.

Si se tiene en cuenta que esta entidad, perfectamente estudiada y diferenciada, con un cuadro clínico y evidencias físicas que hacen fácil su diagnóstico, resulta raro encontrar en pleno siglo XXI lesiones del tamaño de la que se muestra la paciente. Otro elemento que la distingue es la edad de aparición, pues para casi la totalidad de los autores, se presenta y diagnostica en edades pediátricas.¹¹

CONCLUSIONES

El quiste tirogloso es la entidad nodular más frecuente dentro de las malformaciones congénitas cervicales y la segunda en frecuencia después de las adenopatías. Es una lesión que aparece en etapas tempranas de la vida y su diagnóstico resulta fácil de realizar. Su complicación más frecuente es la infección con la aparición de fístulas, aunque puede ser asiento de neoplasias por su íntima relación embriológica con la glándula tiroidea. El tratamiento de elección es la técnica descrita por Sistrunk. Este enorme quiste tirogloso por su tamaño resulta anacrónico con el desarrollo de la medicina en Cuba.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Palomo Luna J; de la Fé Soca AM, Bestard Hartman IC, Ramírez Salinas YM, Suárez Lescay C. Fístula tiroglosa con trayecto infrecuente. Medisan [Internet]. 2012 [citado 20 Ene 2014];16(9). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_9_12/HTM/san16912.htm
2. Guzmán P, Baeza A, Cabello A, Montecinos A, Leal C, Roa J. Carcinoma papilar en quiste del conducto tirogloso: Reporte de dos casos. Rev Méd Chile [Internet]. 2008 Sep [citado 2017 Jun 27];136(9):1169-1174. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000900012&lng=es.

3. Estrada Sarmiento M. Quistes y fístulas del conducto tirogloso: Nuestra experiencia. Rev Cubana Cir [Internet]. 1996 Dic [citado 2017 Jun 27];35(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74931996000200011&lng=es.
4. Ellis PDM, Van Nostrand AWP. The applied anatomy of thyroglossal tract remnants. Laryngoscope. 1977;87:765-770.
5. Hilger AW, Thompson SD, Small Man La, Watkinson JC. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst: a case report and literature review. J Laryngol Otol 1995;109:1124-1127.
6. Organ GM, Organ CH. Thyroid gland and surgery of the thyroglossal duct, exercise applied embryology. World J Surg 2000;24:866-890.
7. Storani ME, Vázquez AM, Alcaraz GN, Gutiérrez S, Gauna A, Silva Croome M, et al. Carcinoma en quiste tirogloso. Rev Argent Endocrinol Metab [Internet]. 2010 Sep [citado 2017 Jul 07];47(3):18-24. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-30342010000300004&lng=es.
8. Estrada Sarmiento M. Quistes y fístulas del conducto tirogloso: nuestra experiencia. Rev Cubana Cir [Internet]. 1996 Dic [citado 2017 Jul 07];35(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74931996000200011&lng=es.
9. García C, O'Brien A, Villanova E, Otero J, Parra R. Anomalías congénitas del aparato branquial. Rev Chilena Radiol [Internet]. 2007 [citado 2017 Jun 27];13(9):147-53. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082007000300006&lng=es.
10. Kermani W, Belcadhi M, Abdelké M, Bouzouita K. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. Case report and discussion of management modalities. Iran J Public Health [Internet]. 2008 [citado 2017 Jun 27];265:233-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028613/>
11. Chala A, Álvarez A, Sanabria A, Gaitán A. Carcinoma papilar primario en el quiste tirogloso: serie de casos y revisión de la literatura. Acta Otorrinolaringol Esp [Internet]. 2016 [citado 2017 Jun 27];67:102-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-articulo-carcinoma-papilar-primario-el-quiste-S0001651915000916>

MSc. *Jorge Emilio López Martín*. Especialista de II Grado en Cirugía general. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. Correo electrónico: jemilio@infomed.sld.cu