

PRESENTACIÓN DE UN CASO DE QUISTE DE CONDUCTO TIROGLOSO EN ADULTO

MSc. Dra. Martha Gloria, Jorge Fonseca¹, MsC. Dra. Cecilia, Jorge Fonseca², Dra. Ionmara, Tadeo Oropesa³, Dra. Annia, Robaina Flores⁴, Lic. Anahy, Molinet Buides⁵, Dra. Rita del Carmen, Ruiz Gutiérrez⁶.

¹ Dra. En Medicina. Especialista de Primer Grado en MGI. Policlínico "José A. Céspedes Argote", La Habana, Cuba.

² Dra. En Medicina. Especialista de Segundo Grado en Histología. Master Informática en Salud. Profesora Auxiliar. FCM Julio Trigo López, La Habana, Cuba.

³ Dra. En Medicina. Especialista de Primer Grado en Embriología. Profesora Asistente. FCM Julio Trigo López, La Habana, Cuba.

⁴ Dra. En Medicina. Especialista de Primer Grado en Anatomía Humana. Profesora Asistente. FCM Julio Trigo López, La Habana, Cuba.

⁵ Lic. En Enfermería. Especialista de Primer Grado en Fisiología Normal y Patológica. Profesora Asistente. FCM Julio Trigo López, La Habana, Cuba.

⁶ Dra. En Medicina. Especialista de Primer Grado en Fisiología Normal y Patológica. Profesora Asistente. FCM Julio Trigo López, La Habana, Cuba.

E-mail: Dra. Martha Gloria, Jorge Fonseca¹ martag@infomed.sld.cu

Dra. Cecilia Jorge Fonseca² ceciliaif2014@gmail.com

RESUMEN

Introducción El quiste del conducto tirogloso constituye una masa comúnmente localizada en la cara anterior del cuello, frecuente en niños, constituyendo la segunda anomalía cervical más frecuente, pero no es raro su hallazgo en adultos. Por lo general tiene presentación muy típica, así que el diagnóstico y tratamiento temprano son determinantes.

Objetivo Presentar un caso clínico y los medios de diagnósticos empleados.

Materiales y métodos se revisa historia clínica del paciente para la presentación del caso. Se revisa además bibliografía en internet e impresa para su discusión.

Resultados y discusión Se ofrece información sobre un paciente masculino de 52 años, con antecedentes de salud y de fumar dagga (cannabis o marihuana), que acude al servicio de emergencia del hospital Paarl, Sudáfrica, se le diagnosticó Quiste de conducto tirogloso infectado. El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

Conclusiones Ante la aparición de un nódulo cervical en la línea media, el médico debe maximizar esfuerzos para un correcto diagnóstico y tratamiento oportuno, antes de que se produzca la infección. Se recomienda sistematizar el diagnóstico y la técnica quirúrgica para la persistencia del conducto tirogloso, realizar en los casos infectados el tratamiento antibiótico efectivo y procedimiento diferido para disminuir las complicaciones y recidiva.

Palabras clave: tumoración de cuello, quiste de conducto tirogloso, conducto tirogloso infectado.

INTRODUCCIÓN

El quiste del conducto tirogloso constituye una de las masas más comúnmente localizadas en la cara anterior del cuello, es frecuente en niños, con un pico a los 5-6 años¹, donde constituye la segunda anomalía cervical más frecuente, luego de las adenopatías, que representan el 70-75%, pero no es raro su hallazgo en adultos. Según la literatura revisada está presente hasta un 17% de la población general. Por lo general tiene una presentación muy típica, así que el diagnóstico y tratamiento temprano son aun frecuentes. El diagnóstico es principalmente clínico. Se presenta un caso clínico, así como los medios de diagnósticos empleados.

OBJETIVO Presentar un caso clínico y los medios de diagnósticos empleados.

MATERIALES Y MÉTODOS se revisa historia clínica del paciente para la presentación del caso. Se revisa además bibliografía en internet e impresa disponible para su discusión.

RESULTADOS

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de un paciente masculino AF, de 52 años, con antecedente de salud, que desde hace 3 meses presenta aumento de volumen ocasional en lado derecho del cuello que disminuye espontáneamente. Hace 3 días notó un aumento exagerado en dicha zona que no disminuye y siente que le comprime el resto del cuello. No falta de aire, no dolor de garganta, no decaimiento, no fiebre. No refiere otros síntomas.

Motivo de consulta: aumento de volumen del cuello.

Examen físico

Temperatura: 36,0°C

Mucosas: normocoloreadas y húmedas

Respiratorio: murmullo vesicular disminuido bilateralmente con abundantes sibilantes y algunos crepitantes en ambos campos pulmonares.

SCV: ruidos cardiacos rítmicos, audibles, no soplos. TA: 124/78 Pulso: 88

Abdomen: blando, depresible, no dolor a la palpación

Cuello: (derecho) Tumoración anterolateral derecha en cuello de ±7cm de diámetro, renitente, no dolorosa a la palpación, móvil ligeramente, no adherida a planos profundos ni superficiales, superficie definida lisa. No consistencia dura. No modifica la piel que la recubre.

Hábitos tóxicos: fumar dagga (cannabis o marihuana)

Resto del examen físico normal.

Complementarios

Se le indican complementarios: Rx Cuello, sangre: hemograma, eritrosedimentación,

Test rápido de HIV (negativo), test COVID (negativo)

Se le indica Rx de cuello y tórax, USD. Se remite a consulta de cirugía

Rayos X de tórax: opacidad lóbulo inferior derecho. Aumento de radiotransparencia en ambos pulmones.

Rayos x de cuello: se observa quiste grande en lado derecho. Quiste del cuello
CORD +CRI

BAF tumoración cuello: negativo

Exámenes complementarios			Valores normales
Hemograma			
Conteo de eritrocitos	4,77 x10 ¹² /L		4,50-5,50
Hematocrito (L/L)	0,404 L/L		0,400-0,500
Hemoglobina (g/dL)	13,9 g/dL		13,0-17,0
MCV	84,7 fL		83,1-101-6
MCH	29,1 pg		27,8-34,8
MCHC	34,4 g/dL		33,0-35,0
Red cell distribution width	14,6		
Leucocitos (x 10 ⁹ /L)	15,50 H		3,92-10,40
Neutrófilos	79,40 H	12,31 H x10 ⁹ /L	1,60-6,98
Linfocitos	12,50 H	1,94 x10 ⁹ /L	1,40-4,20
Monocitos	7,90 L	1,22 H x10 ⁹ /L	0,30-0,80
Eosinófilos	0,10	0,02 x10 ⁹ /L	0,00-0,95
Basófilos	0,10	0,02 x10 ⁹ /L	0,00-0,10
Células inmaduras	0,20	0,03 x10 ⁹ /L	
Plaquetas (x 10 ⁹ /L)	342		171-388
MPV	9,7 fL		7,1-11,0
Química sanguínea			
Sodio (mmol/L)	141		136-145
Potasio (mmol/L)	4,5		3,5-5,1
Urea (mmol/L)	4,1		2,1-4,1
Creatinina	57 L umol/L		64-104
eGFR (MDRD fórmula)	> 60 mL/min/1,73 m ²		
eGFR (CKD-EPI fórmula)	112 mL/min/1,73 m ²		
Marcadores inflamatorios			
Proteína C reactiva	26 H mg/L		<10
Test de función tiroidea			
Estimulación hormona tiroidea	1,03 mIU/L		0,27-4,20

Fuente: Historia clínica

USD tejidos blandos del cuello: 25/9/2020

Superficial, límites definidos, semejante a estructura quística en lado derecho del cuello que mide 57x32x30 mm, ecogénico, fluctuante similar a estructura quística. Distancia de la piel a la estructura mide 9,4 mm. Apropiado área marcada con una "X"

Impresión: Estructura que parece quística, superficial, bien definida, localizada en el lado derecho del cuello, ecogénico fluctuante que asemeja a estructura quística. ¿Cuiste del conducto tirogloso infectado? No compromiso respiratorio.

Se discute el caso con cirugía.

Inmunología: Test RPR (serología) no reactivo en combinación con un test reactivo a *Treponema pallidum* sugerente de sífilis tratada previamente, sífilis temprana o tardía.

Microbiología: test *Treponema pallidum* Ab (Anticuerpos) reactivo lo que indica infección actual o previa sífilis. Este resultado se puede interpretar en unión con los resultados del test RPR.

DISCUSIÓN (COMENTARIOS)

La Embriología de la glándula tiroides explica la localización lesiones relacionadas con anomalías del desarrollo de la misma, como la tiroides lingual y la presencia de tejido tiroideo ectópico, así como la persistencia del conducto tirogloso.

La glándula tiroides es la primera glándula endocrina que se desarrolla en el embrión. Comienza a formarse unos 24 días después de la fecundación a partir de un engrosamiento endodérmico del piso de la faringe primitiva en la línea media justamente caudal a aquella porción que forma el tubérculo impar medial^{2,3}. Este engrosamiento pronto forma un divertículo, pequeña evaginación o primordio tiroideo, el que en los precoces embriones postsomíticos es una pequeña estructura bilobulada en forma de botella unida a la cavidad bucal por un estrecho pedículo, el conducto tirogloso, que tiene una íntima relación con el saco aórtico, estando en contacto directo con su endotelio y yace por delante del segundo arco mesodérmico^{2,3}. Con el subsiguiente desarrollo el conducto se elonga, formando un sólido cordón y haciéndose más marcada la naturaleza bilobulada de su abultada terminación glandular. Posteriormente el cordón se rompe, más comúnmente en la mitad, y la glándula en desarrollo está representada por una masa de células ubicada a través de la parte superior de la tráquea en desarrollo. Poco después de este estadio, se fusiona en cada lado, con el componente ventral de la cuarta bolsa faríngea².

Desde el punto de vista de la anatomía y la embriología comparada la glándula es derivado impar del piso de la faringe primitiva y muchos embriólogos sostienen la opinión de que en el hombre, sigue el típico esquema de los vertebrados². A medida que crece el embrión y la lengua, la glándula tiroides en desarrollo desciende hacia el cuello y pasa por delante del hueso hioides y los cartílagos laríngeos en desarrollo.

Durante un periodo de tiempo corto, la glándula tiroides está conectada a la lengua a través de un estrecho tubo, el conducto tirogloso de His o Bockdalek. Al principio el primordio tiroideo es hueco, pero luego se hace sólido y se divide en lóbulos derecho e izquierdo conectados a través del istmo de la glándula tiroides, que se halla en posición anterior respecto a los anillos traqueales segundo y tercero en desarrollo, hacia la 7ma semana, la glándula tiroides ha asumido su forma definitiva y ha alcanzado generalmente su posición final en el cuello. Para entonces, el conducto tirogloso suele haber degenerado y desaparecido entre la 7ma u 8va semana de vida intrauterina. Su orificio proximal perdura como depresión ciega en la lengua, el agujero ciego de la lengua³. En alrededor de un 50% de las personas existe un lóbulo piramidal dirigido hacia arriba desde el istmo. Este lóbulo puede estar unido al hueso hioides por medio de tejido fibroso o musculo liso. Un lóbulo piramidal y el músculo liso asociado representa una porción persistente del extremo distal del conducto tirogloso³. Cuando por motivos desconocidos las células indiferenciadas de su tercio medio se diferencian e inician una actividad secretoria, aparecen los quistes o fístulas del conducto tirogloso.

La mayoría de las anomalías congénitas de la cabeza y del cuello se origina durante la transformación del aparato faríngeo en estructuras adultas. La mayoría de las malformaciones representan restos del aparato faríngeo que normalmente desaparecen a medida que se desarrollan las estructuras adultas. Las anomalías que se originan de la persistencia de toda o parte de la hendidura ectodérmica branquial o de las bolsas faríngeas ectodérmicas, no son comunes. Pueden ocurrir diferentes anomalías: quistes, senos externos, senos internos y fístulas completas³.

Se pueden formar quistes en cualquier parte del recorrido del conducto tirogloso durante el descenso de la glándula tiroides primordial desde la lengua. Normalmente el conducto tirogloso se atrofia y desaparece, pero puede persistir un resto y formar un quiste en la lengua o la parte anterior del cuello, habitualmente en posición inmediatamente inferior al hueso hioides. La mayoría de estos quistes se observan hacia los 5 años de edad. A menos que las lesiones se infecten, casi todas son asintomáticas³. La tumefacción producida por un quiste del conducto tirogloso suele evolucionar como una masa móvil, con aumento de tamaño gradual e indoloro. Es posible que el quiste contenga a veces cierta cantidad de tejido tiroideo. Después de la infección se produce una perforación de la piel, formando un seno del conducto tirogloso que habitualmente se abre en el plano medio del cuello delante de los cartílagos laríngeos².

En medicina, un quiste tirogloso, es un quiste fibroso que se forma de manera persistente. La falta de obliteración del Conducto tirogloso antes de la formación

mesodérmica del hueso hioides deviene en su persistencia¹, la cual puede encontrarse en cualquier punto del trayecto de migración del primordio desde el foramen ciego de la lengua hasta el istmo de la glándula tiroides⁴.

El conducto tirogloso fue descrito por primera vez en 1723 por Vater, que lo denominó conducto lingual. Es una afección congénita, se presenta como una masa en la línea media del cuello y por lo general, por debajo del hueso hioides, afecta al 7% de la población en general, a ambos sexos sin predilección pero con predominio en niños y adolescentes. Se desarrolla sobre la persistencia de restos epiteliales embriológicos en el trayecto de descenso de la glándula tiroides desde el suelo faríngeo (como engrosamiento epitelial del piso ventral de la faringe en la primera bolsa faríngea, el agujero ciego) donde aparece a la tercera semana de vida embrionaria y desciende hasta la séptima cuando llega a su situación definitiva, el tratamiento indicado es la recepción quirúrgica.

El quiste del conducto tirogloso se presenta clásicamente en la línea media cervical, pudiendo estar en cualquier zona entre el agujero ciego y la horquilla esternal. La mayoría de los quistes se sitúan por debajo del nivel del hioides en la región de la membrana tirohioidea. Según la relación con el hioides, el quiste puede encontrarse suprahioideo (23%), en la región hioidea el 60% (anterior o posterior al cartílago) se encuentra en la línea media sobre la membrana tirohioidea o infrahioideo el 13%, el 15% en región cervical lateral y un 2% próxima al agujero ciego. Los quistes intralinguales representan el 3%. Resulta muy raro encontrar esta entidad a nivel infralingual. Los que se desarrollan a nivel del cartílago tiroideo, generalmente, se encuentra lateralizado, más frecuentemente a la izquierda. Dicha localización varía debido al desarrollo embriológico de la glándula tiroides^{3,4,5}.

En general se puede presentar y desarrollar a cualquier edad, con predominio de las dos primeras décadas de la vida, con un pico entre los 5-6 años, teniendo registrado que el 50% se presenta antes de los 20 años. No cuenta con predilección por ningún género. El tamaño registrado generalmente es de hasta 3 cm, pero se han reportado hasta de 10cm de diámetro^{6,7,8}. Clínicamente se encuentra 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 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 como consecuencia de la cirugía. Histológicamente se aprecia un epitelio columnar o escamoso estratificado, ocasionalmente cuboideo e incluso un pequeño epitelio intestinal. Se puede encontrar tejido tiroideo pero no es un hallazgo constante^{9,10,11}.

A la exploración física 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 de la lengua, así como con los movimientos propios de la deglución.

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 ^{12,13,14}.

Algunos estudios complementarios pueden ser de gran ayuda, como: ultrasonografía (USD), tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN) y medicina nuclear, siendo la biopsia por aspiración de aguja fina muy importante en el diagnóstico ^{15,16,17}.

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 se debe tener pleno conocimiento de la anatomía cervical. Con este procedimiento se reduce la recurrencia a un 8%. La transformación maligna es rara, en menos de un 1% se tienen reportes de carcinomas, la mayoría se diagnostica como adenocarcinoma tiroideo papilar, por lo que el pronóstico de esta patología es favorable ^{18,19}.

CONCLUSIÓN

Ante la aparición de un nódulo cervical en la línea media, tanto el pediatra, el médico general como el cirujano deben maximizar los esfuerzos para un correcto diagnóstico y tratamiento oportuno, antes de que se produzca la infección. Se recomienda sistematizar el diagnóstico y la técnica quirúrgica para la persistencia del conducto tirogloso, y realizar en los casos infectados el tratamiento antibiótico efectivo y el procedimiento diferido para disminuir las complicaciones y recidiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cieri P, Udaquiola J, Calello s, Liberto D. Experiencia en el manejo de la patología del conducto tirogloso: serie de casos. Arch Argent Pediatr 2016; 114 (5): e310-c313.
2. Hamilton WJ, Boyd JD, Mossman HW. Embriología humana. 1962. Edición Revolucionaria. Pág 241-44.
3. Moore KL, Persaud TVN. Embriología clínica. 7ma edición. Editorial Elsevier Saunders. 2004. España. Pág 215-19.
4. Sánchez Acuña G, Ramírez Meldoza J, Wilde Jordán I. Quistes del conducto tirogloso: Diagnóstico y tratamiento. Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial; 2009: 5 (3), 111-117
5. Oré-Acevedo JF, Martin Latorre-Caballero L, Urteaga-Quiroga R. Quistes del conducto tirogloso: experiencia en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima 2008-2015. Acta Médica Peruana 33(2): 2016.
6. Estrada M. Quistes y fistulas del conducto tirogloso. Nuestra experiencia. Rev Cub. De Cirugía 1996; 35(2): 14-18.
7. Acuña GS. Quistes del conducto tirogloso: diagnóstico y tratamiento. 2009. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2009/cb093h.pdf>
Revisado: 26 de septiembre del 2020
8. Estrada Sarmiento M. Quistes y fístulas del conducto tirogloso: nuestra experiencia. 1996. Disponible en:
http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script?sci_arttext&pid=S0034-74931996000200011 Revisado: 26 de septiembre del 2020
9. Quiste del conducto tirogloso en los niños. Disponible en:
<http://www.stanfordchindrens.org/es/topic/default?id=quiste-tirogloso-90-P05175> Revisado: 26 de septiembre del 2020
10. Díaz J, Rodríguez R. Quistes y fistulas embrionarias del cuello. Estudio estadístico de 10 años (1972-1981). Revista Cubana Estomatol. 1987; 24 (1): 93-100.
11. Douglas J, Reinols I. Cysts of the thyroglo salducts: analysis of diagnostic serrors and cause of there currence. Ann ORL Pediatr. 2015; 36 (2): 121-4.
12. Skandalakis J, Colburn G, Weidman T, -foster R, Kingsworth A. Skandalakis L et al. Skandalis Surgical Anatomy: the embriologyc and Anatomic Basis of Modern Surgery. Paschalidis Medical Publications. 2015; 6 (2): 98-9
13. Acierno S, Waldhausen J. Congenital Cervical Cysts, sinuses and fistulae. Otolaryngol. Clin North Am. 2016; 40: 161-76.
14. Berty G, Gould N, Louis F. Fistules cervico usd ´origine branquiale. Ann ORL Pediatr. París. 2015; 35: 53-8.
15. Quiste tirogloso. Disponible en:
http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script?sci_arttext&pid=S1728-59172016000200006 Revisado: 26 de septiembre del 2020
16. Ortiz S, Arusa J. Quiste y fístulas del conducto tirogloso. A propósito de 36 casos intervenidos. Rev. Cir. Esp. 2015; 43(1): 67-73.

17. González Gómez JM, Rodríguez Fernández Y, Ledo de la Luz AA, Naranjo Amaro A. Técnica quirúrgica del quiste tirogloso. Rev Cubana Otorrinolaringol Cirugía Cabeza Cuello [internet]. 2019 [citado 27 sep 2020]; 3 (1): [aprox 0p]. Disponible en: <http://www.revotorrino.sld.cu/index.php/otl/aarticle/view/79> Revisado: 26 de septiembre del 2020
18. Quiste tirogloso. Temas en Salud. Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/temas-salud/quiste-conducto-tirogloso> Revisado: 26 de septiembre del 2020
19. Quiste tirogloso. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7128649.pdf> Revisado: 26 de septiembre del 2020

Contacto: MsC. Cecilia Jorge Fonseca, Dra. En Medicina. Especialista de Segundo Grado en Histología. Profesora Auxiliar. FCM Julio Trigo López, La Habana, Cuba. Dirección electrónica: ceciliajf2014@gmail.com

Anexos

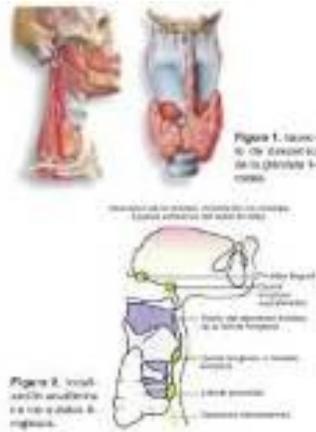


Figura 1. Anatomía y localización de quistes tiroglosos. Tomado de: Sánchez Acuña G, Ramírez Meldoza J, Wilde Jordán I. Quistes del conducto tirogloso: Diagnóstico y tratamiento. Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial; 2009; 5 (3), 111-117



Figura 2. Foto similar a la del paciente, que no se le pudo tomar. Tomado de: Sánchez Acuña G, Ramírez Meldoza J, Wilde Jordán I. Quistes del conducto tirogloso: Diagnóstico y tratamiento. Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial; 2009; 5 (3), 111-117



Rx cuello



Rx Tórax vista AP



Rx Tórax vista lateral

Figura 3. Rx lateral de cuello del paciente, Rx tórax vista AP y lateral. Tomado de historia clínica del paciente.