

Quistes y fistulas tiroglosas

Por el Dr. LUIS RODRÍGUEZ-BAZ DELGADO. (*)

Los quistes tiroglosos y su fistulización, constituyen una de las afecciones congénitas más frecuentes del cuello, por lo cual nos ha parecido de interés la comunicación de los casos observados en nuestra práctica. Adquiere tam-

En una gran mayoría se presentan en la infancia, casi siempre por debajo de los 12 años, pero sería un error el pensar que esta afección no se ve en el adulto, existiendo múltiples trabajos en la literatura mundial que reportan esta

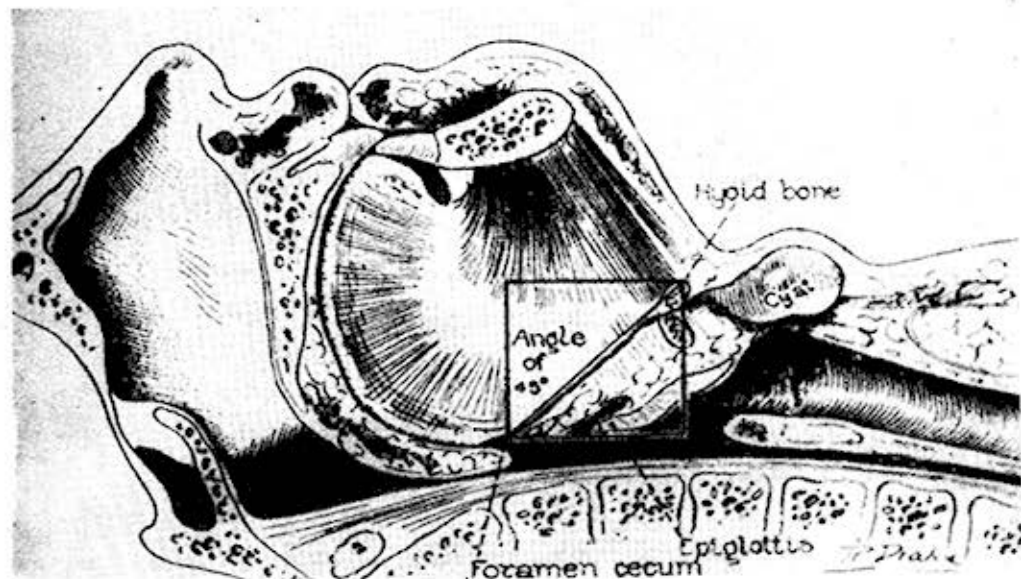


Fig. 1

bién gran importancia el conocimiento de su origen y formación, así como del tratamiento quirúrgico adecuado, conducente a su curación radical.

afección en pacientes que han pasado la pubertad.

EMBRIOLOGÍA. (Fig. No. 1).

Al descender la glándula tiroides hacia la cara anterior del cuello en la línea media, lo hace manteniendo su conexión con el foramen cecum o agu-

(*) Cirujano Jefe del Hospital Infantil "Dr. Angel A. Aballi". Cirujano de la Fundación Marfán.

jero ciego, por medio del conducto tirogloso de Bochdalek o conducto lingual, el cual se forma a partir de una invaginación de dicho foramen. Después del segundo mes de vida embrionaria, el hueso hioides divide este conducto en dos segmentos, superior e inferior. Ambos segmentos terminan por atrofiarse y desaparecer al cabo de la octava o novena semana de vida intrauterina. Sin embargo, pueden quedar restos celulares a lo largo de este trayecto, los cuales darán lugar al desarrollo de quistes después del nacimiento. Si éstos se inflaman, supuran o son incindidos, se abren al exterior dando lugar a una fístula.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. (Fig. 2).

Si se ha realizado la operación radical, nos encontraremos un trayecto adherido al quiste, con cierto grado de reacción inflamatoria y con el segmento central del hioides incluido en el mismo. Si han existido procesos inflamatorios anteriores, ese trayecto aparece sus-

tituído total o parcialmente por tejido fibroso. Generalmente el tamaño del quiste varía de 2 a 4 centímetros de diámetro, pudiendo a veces dicho diámetro llegar a tener hasta 8 centímetros.

El aspecto microscópico es el de la mucosa que tapiza al quiste y a veces al trayecto completo. En ocasiones observamos epitelio escamoso, siendo el tipo columnar o cuboide el más frecuente. Es muy raro encontrar tejido tiroideo en los cortes. Judd y colaboradores⁵ estiman que cuando ocasionalmente se encuentra un carcinoma papilífero en un quiste o fístula tiroglosa, su origen está en la glándula tiroidea, ya que sinó dicho carcinoma sería del tipo escamoso. Por otra parte no existe evidencia de carcinoma proveniente de quiste tirogloso.

SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO.

El quiste tirogloso produce pocos síntomas subjetivos, presentándose como una tumoración indolora, redondeada,

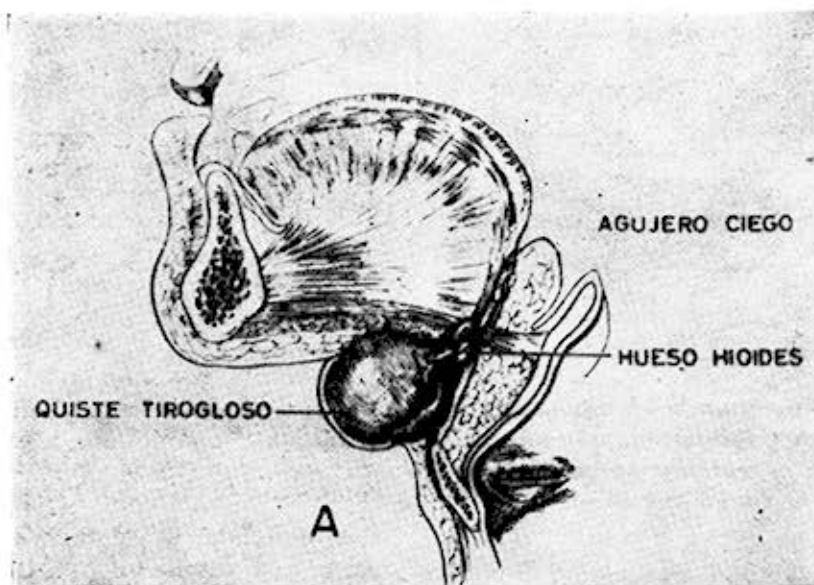


Fig. 2

más o menos renitente, situada en la línea media del cuello, en la región del hueso hioides o bien por encima o por debajo del mismo. (Figs. 6 y 7). La mayor parte de las veces mantiene comunicación a través del conducto tirogloso con el foramen ciego, lo cual hace que su tamaño varíe según esté más o menos lleno y que en ocasiones veamos salir su contenido mucoide característico a través de dicho foramen, cuando hacemos presión sobre el quiste.



Fig. 6

Casi siempre de localización subcutánea, puede más raramente ser intralingual, dando síntomas de disfagia, disartria y sensación de estrangulación (choking): submentoneano, supraesternal y hasta a la derecha o izquierda de la línea media, aunque no tan laterales como los branquiales. Si están situados en esta posición, sin que haya habido operaciones anteriores, nos inclinamos a considerarlo como quiste branquial.

Por su fijeza y unión al hioides, presentan la importante característica de

desplazarse verticalmente con los movimientos de deglución. En ocasiones podemos descubrir movimientos del quiste, haciendo que el paciente saque la lengua.

Generalmente el quiste no comunica con el exterior (Fig. 9), pero cuando lo hace vemos una abertura fistulosa en la piel de la cara anterior del cuello, a través de la cual drena una sustancia mucoide o mucopurulenta característica, según esté o no infectado. Esto se debe a incisiones anteriores y a veces repetidas o a procesos inflamatorios que espontáneamente se han abierto al exterior, dando lugar a la fístula.

Debemos diferenciarlo de las fístulas y quistes branquiales, los cuales se presentan más lateralmente, en el borde anterior del esternocleidomastoideo, comunicando con la cavidad bucal en la cara lateral de la pared faríngea. En cambio, cuando el tirogloso comunica con la cavidad bucal, lo hace a través del orificio ya mencionado llamado foramen ciego. También los quistes dermoides y sebáceos, los lipomas y nódulos tuberculosos de la línea media, así como los nódulos linfomatosos malignos a ese ni-



Fig. 7



Fig. 9

vel, pueden ser confundidos, pero generalmente son más duros a la palpación, no se mueven con la deglución y casi siempre existe una historia distinta. Tuvimos ocasión de operar un caso diagnosticado como quiste tirogloso, el cual resultó un lipoma circunscrito de la región submentoneana.

TRATAMIENTO.

Es necesaria la extirpación quirúrgica completa del quiste y del conducto, llevando la disección hasta el foramen ciego, para lo cual es imprescindible seccionar y reseca la parte media del hueso hioides, según la técnica originalmente descrita por Sistrunk.¹⁰ La incisión y drenaje sólo está justificada cuando existe un estado inflamatorio agudo, pero posteriormente debe hacerse la operación radical. Es conveniente recalcar que aunque los antibióticos son útiles para controlar la celulitis, generalmente no la curan por completo, siendo por lo tanto más convenientes la incisión y drenaje precoces cuando están supurados, que esperar la abertura espontánea del mismo, ya que con ello se reduce la

duración de la enfermedad y la cicatriz será menos anfractuosa. Por el contrario, nunca debemos incindir un quiste no supurado, ya que éste, aparte de no conducir a su curación, lo convierte en una fístula crónica, con secreción permanente, lo cual hará la intervención definitiva más laboriosa. Esto fue practicado en otro servicio a uno de nuestros casos (Caso No. 13) a los pocos meses de nacida, habiendo estado drenando incesantemente hasta los 11 años



Fig. 8

que nos fue traída, realizando entonces la operación radical. (Fig. No. 8).

La inyección de agentes esclerosantes utilizada por Cutler y Zollinger desechada por sus resultados poco satisfactorios, además de provocar un estado de irritación e inflamación, que también dificultan la operación ulterior.

Técnica quirúrgica: Hemos usado rutinariamente la anestesia general endotraqueal, aunque en el adulto puede usarse la local. No usamos careta de anestesia, ya que aparte de permitirnos

un mejor campo operatorio, le facilita al anestesista el hacer presión sobre la base de la lengua a nivel del foramen ciego, para precisarnos mejor el trayecto del conducto por encima del hioides. (Hemos utilizado pocas veces esta maniobra).



Fig. 3

Hacemos una incisión transversal de Kocher de unos 5 a 8 cms. de largo, a nivel del hioides (Fig. 3). Si se trata de una fistula, usamos una incisión elíptica transversal alrededor del orificio abierto en la piel. No utilizamos la inyección de sustancias colorantes como el azul de metileno, por creerlo innecesario para su disección, además de que puede extenderse a los tejidos vecinos al trayecto y dificultar la misma. En las fistulas pasamos a menudo un explorador maleable, para que nos sirva de guía en la disección del trayecto prehioides. Separamos después los músculos esternohioides en la línea media, lo cual nos permite exponer el quiste o fistula y de ahí lo seguimos liberando de la membrana tirohioides hasta llegar al hueso hioides. Limpiamos éste de tejido muscular, seccionándolo a cada lado, unas veces con tijeras gruesas y en los casos de más edad, donde dicho hueso adquiere más consistencia, utilizamos el costótomo. Resecamos una parte central de un centímetro aproximadamente de largo, la cual elevamos unida al trayecto fistuloso, (Fig. 4).

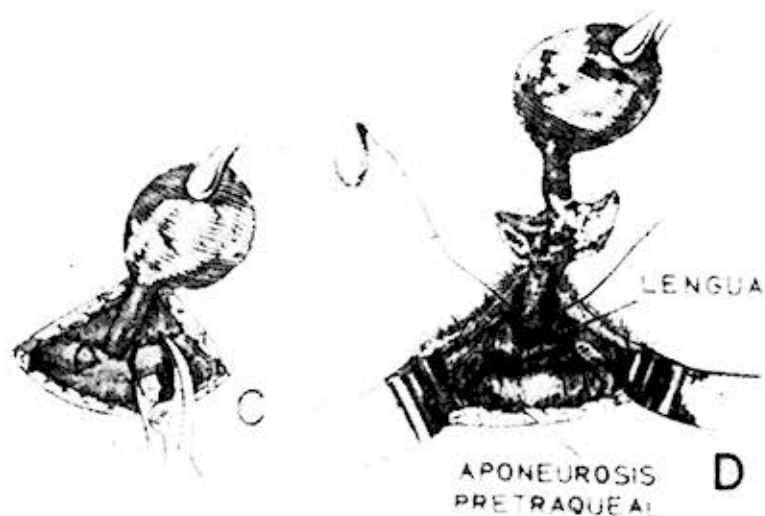


Fig. 4

Este trayecto suprahioides es extremadamente fino y tenue, pudiendo romperse fácilmente. Aquí, según sugerido por Sistrunk, podemos hacer resaltar la línea de disección haciendo que el anestesista o el cirujano coloque el índice de la mano izquierda en la boca del paciente, elevando la lengua a nivel del foramen ciego. (Fig. 5). Ligamos y seccionamos el trayecto lo más alto posi-

unidas, las cuales retiramos entre las 24 y 48 horas.

Creemos indispensable la extirpación retrohioides con resección previa del hioides como ya hemos descrito, si queremos evitar recidivas. En uno sólo de nuestros casos no fue realizado así por creerlo innecesario, ya que se trataba de un quiste pequeño y superficial y fue ésta la única recidiva comprobada que

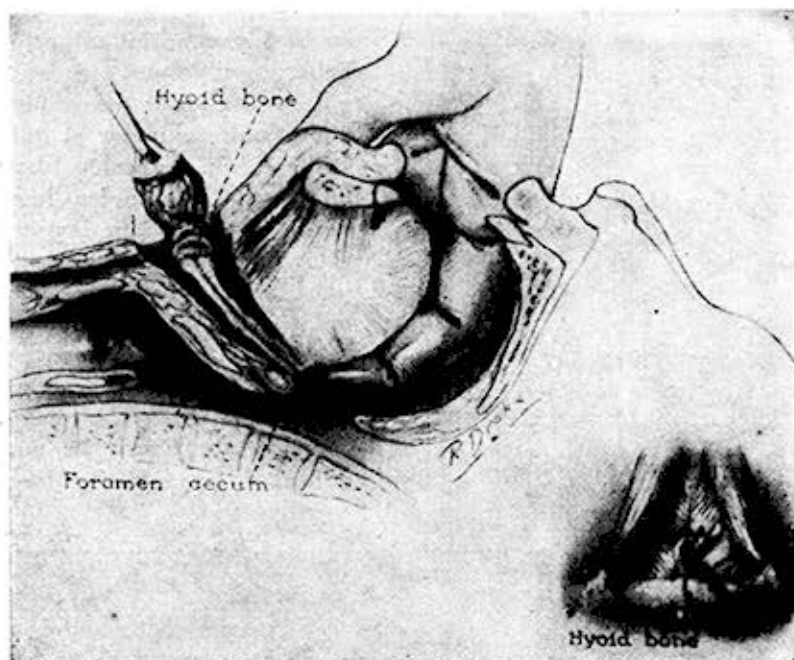


Fig. 5

ble hacia la lengua. Hacemos hemostasia cuidadosa, utilizando el electrocoagulador con muy buenos resultados. Aunque no es imprescindible hacerlo, si no está muy tirante aproximamos los extremos del hueso seccionado y la fascia, lo cual nos sirve de hemostático evitando espacios muertos. Casi siempre cerramos sin drenaje, excepto si se trata de un caso supurado recientemente. Unimos la piel con seda 3-0 ó presillas pequeñas y bien

tuvimos. Al reoperarlo ocho meses más tarde, verificamos la reproducción completa del quiste y su trayecto. Realizamos entonces la operación radical, quedando curado hasta el momento actual. (Caso No. 6). Esto coincide con la estadística de la Cleveland Clinic publicada por Gastón, según la cual de 60 casos operados, tuvieron sólo una recidiva, siendo ese precisamente el único en el cual la operación no fue llevada más allá del hueso hioides.

ESTADÍSTICA PERSONAL

NOMBRE	EDAD	RAZA	SEXO	LUGAR	CARACTERIST.	OPERACION	EVOLUC.	FECHA
1.—R. D.	70 a.	Bl.	M.	Cl. La Bondad	Quiste mediano	SISTRUNK	Buena	Marzo 12/56
2.—J. S. M. Fig. No. 7	11 a.	Bl.	M.	Fund. Marfán	Quiste grande	SISTRUNK	Buena	Junio 22/60
3.—J. U. R.	47 a.	Bl.	M.	H. Calixto García	Quiste mediano	SISTRUNK	Buena	Julio 23/60
4.—J. G. V.	3 a.	Bl.	M.	H. Aballi H. C. No. 21081	Quiste mediano	SISTRUNK	Buena	Febrero 5/62
5.—M. S.	10 a.	Bl.	F.	Fund. Marfán	Fistula reproducida	SISTRUNK	Buena	Mayo 16/62
6.—P. G. D.	5 a.	Bl.	M.	H. Aballi H. C. No. 44263	Quiste pequeño	Extracción sin sección del hoides	Reproducido a los 5 meses	Sept. 24/62
7.—P. G. D.	6 a.	Bl.	M.	H. Aballi H. C. No. 44263	Quiste pequeño re- producido por enei- ma de la creatriz anterior	SISTRUNK	Buena Curación	Mayo 23/63
8.—R. T.	5 a.	Bl.	M.	H. Aballi H. C. No. 10621	Quiste mediano	SISTRUNK	Buena	Enero 13/64
9.—J. M. A. Fig. No. 6	6 a.	Bl.	M.	H. Aballi H. C. No. 57400	Quiste mediano	SISTRUNK	Buena	Enero 20/64
10.—M. C.	2½ a.	Bl.	F.	Fund. Marfán	Quiste mediano	SISTRUNK	Buena	Abril 2/64
11.—I. C.	9 a.	Bl.	F.	Fund. Marfán	Quiste mediano	SISTRUNK	Buena	Mayo 7/64
12.—R. C. M.	6 a.	M.	M.	Fund. Marfán	Fistula incindida an- teriormente	SISTRUNK	Buena	Oct. 12/64
13.—E. A. L.	11 a.	Bl.	F.	H. Aballi H. C. No. 64311	Fistula incindida recién nacida	SISTRUNK	Buena	Oct. 1/64
14.—R. A. A.	10 a.	Bl.	M.	H. Aballi H. C. No. 63132	Fistula por incisión de quiste saparado	SISTRUNK	Buena	Nov. 23/64
15.—J. H. G.	2½ a.	Bl.	M.	H. Aballi H. C. No. 63801	Fistula abierta 3 veces espontanea- mente	SISTRUNK	Buena	Dic. 14/64

Nuestra estadística (Ver cuadro), se compone de 15 casos operados en total, de los cuales 13 (86.6%) se encontraban por debajo de los 12 años y sólo 2 tenían más de esta edad (13.4%). Tuvi- mos un predominio marcado del sexo masculino, 11 (71.4%) de los 15 casos. Todos los casos menos uno (93.3%) per- tenecían a la raza blanca. En todos me- nos uno practicamos la operación radi- cal según la técnica de Sistrunk, obte- niendo 14 curaciones (93.3%) y una re- cidiva (6.7%). En 10 de los 15 casos en- contramos el tipo quístico (66.6%)

mientras que sólo 5 (33.4%) fueron del tipo fistuloso.

RESUMEN

Se reporta un total de 15 casos opera- dos de quistes y fístulas tiroglosas, ha- ciendo hincapié en la necesidad de la operación radical con resección del hioi- des, como único método curativo sin recidivas. Se hace además una revisión de la etiología, embriología, anatomía patológica y diagnóstica de estas afe- ciones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Bill, Jr., A.*: Cysts and sinuses of the neck of thyroglossal and branquial origin. Surg. Clin. of N. A.; 36: 1599-1611, Dec., 1956.
- 2.—*Crile, Jr., G.*: Practical aspects of thyroid disease. W. B. Saunders Company, Philadel- phia; págs. 220-224, 1949.
- 3.—*Gross, R. E.*: The surgery of infancy and childhood. W. B. Saunders Company, Phi- ladelphia; págs. 936-946, 1953.
- 4.—*Gaston, E. A.*: Cysts and sinuses of the neck. Cleveland Clinic Quart. 3 Oct. 1936; págs. 311-322.
- 5.—*Judd, E. S.*: Thyroglossal duct cysts and sinuses. Surg. Clin. of N. A.; 43: 1023-1032, 1963.
- 6.—*Lemmer, K. E.*: Primary tumors of the neck. Surg. Clin. of N. A.; 38 Aug. 1958; págs. 995-1005.
- 7.—*Marshall, S. F.*: Thyroglossal cysts and sinuses. Surg. Clin. of N. A. June, 1953, págs. 633-644.
- 8.—*Potts, W. J.*: The Surgeon and the child. W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1959.
- 9.—*Rodríguez-Baz, D. L.*: Diagnóstico de los tumores del cuello. Resumen de la Tesis de Doctorado. Arch. Méd. de Cuba; 5: 201-217, 1954.
- 10.—*Sistrunk, W. E.*: The surgical treatment of cysts of the thyroglossal tract. Ann. Surg.; 71. 121-123, 1920.
- 11.—*Swenson, O.*: Cirugía Pediátrica. Ed. Inter- americana, S. A., México, págs. 71-76, 1960.