



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas científicas

Quiste tirogloso con extensión mediastínica

A thyroglossal cyst extending into the mediastinum

El conducto tirogloso comunica la glándula tiroides con el hueso hioides¹, vestigio de su descenso desde el suelo de la faringe hasta el cuello que no involuciona totalmente entre las semanas 8 y 10 de gestación. El acúmulo de secreciones producido por una alteración en la obliteración del conducto tirogloso y por la persistencia de su epitelio, que habitualmente involuciona y oblitera su luz durante el desarrollo embrionario, puede condicionar la aparición de tumoraciones quísticas en la cara anterior del cuello², debajo de la aponeurosis cervical profunda. Ante una tumoración en la línea media del cuello se debe considerar siempre la posibilidad de un quiste tirogloso^{3,4}.

Presentamos el caso de un varón de 46 años con antecedente de hipertensión arterial y tumoración en el cuello de 25 años de evolución. Consultó por disfonía intermitente de 15 días de evolución. La exploración mostró una tumoración cervical anterior blanda, no dolorosa, de unos 6 cm que se desplazaba con los movimientos deglutorios. No se palpaban adenopatías cervicales. Las pruebas de función tiroidea fueron normales. La fibroscopia laríngea confirmó una adecuada movilidad de las cuerdas vocales. La ecografía cervical identificó en el polo inferior del lóbulo tiroideo izquierdo (LTI) e istmo una gran lesión ovalada de 62 × 25 × 36 mm, con contenido ecogénico denso en su interior, que descendía hacia el estrecho torácico superior. La tomografía computarizada (TC) cervico-torácica detectó una lesión hipodensa de 5 × 3,5 cm en la glándula tiroidea que afectaba sobre todo al istmo y al LTI y que se extendía hacia el mediastino superior y rechazaba la tráquea hacia el lado derecho (figs. 1 y 2). La punción aspiración con aguja fina (PAAF) proporcionó el diagnóstico de quiste con células pavimentosas. Se intervino quirúrgicamente observándose una tumoración de unos 10 × 5 cm, bien delimitada, de localización pretiroidea que penetra en mediastino anterior. No se palpaban adenopatías sospechosas ni alteraciones morfológicas en la glándula tiroides. Se realizó la exéresis simple de la tumoración. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de quiste del conducto tirogloso con revestimiento epitelial escamoso.

Las anomalías del conducto tirogloso son las malformaciones más frecuentes del cuello y constituyen el 70% de todas

las masas cervicales congénitas. Es común su diagnóstico en la edad pediátrica antes de los 5 años y el 60% de estas lesiones se diagnostican antes de los 20 años. Solo cuando su tamaño la hace evidente o se complica por infección de su contenido se manifiesta como una tumoración, en ocasiones con características inflamatorias, que se eleva con la protrusión de la lengua y con la deglución y que a veces puede fistulizar la piel del cuello^{1,4}. Existen casos de localización basilingual que se manifiestan con odinofagia y disnea⁵. Hay muy pocos casos de extensión infratiroidea de un quiste tirogloso⁶. Su potencial de malignización es del 1% a partir de los 40 años aunque se han descrito a edades muy tempranas. Cuando esto ocurre su consistencia es mayor que en el quiste no complicado y es frecuente que se acompañe de adenopatías en las cadenas yugulares².

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Las pruebas complementarias determinarán las características del nódulo y su relación con la glándula tiroides. Un estudio hormonal tiroideo permite evaluar la función de la glándula y descartar enfermedad que curse con nódulos hipo o hiperfuncionantes.

La ecografía cervical detecta el quiste tirogloso como una estructura anecoica, bien delimitada y con buena post-transmisión⁶. Algunos autores recomiendan la TC cervical para todos los quistes tiroglosos, pero la mayoría la reservan para las siguientes indicaciones: pacientes mayores de 40 años, antecedente de infección reciente, exploración clínica y/o sintomatología laríngea que sugiera malignización así como los de localización suprahioides. En nuestro caso la íntima relación de la tumoración cervical con la glándula tiroides, debido quizás al crecimiento expansivo lento y prolongado durante más de 25 años, sugería el diagnóstico de nódulo tiroideo y solo la intervención quirúrgica permitió diferenciar ambas estructuras.

La PAAF está indicada ante la sospecha de malignización. Su rendimiento diagnóstico varía del 53 al 75% según las series para el carcinoma papilar del conducto, con una menor eficiencia para el carcinoma escamoso².

El diagnóstico diferencial se establece con lesiones quísticas de la glándula tiroides, adenopatías cervicales, con

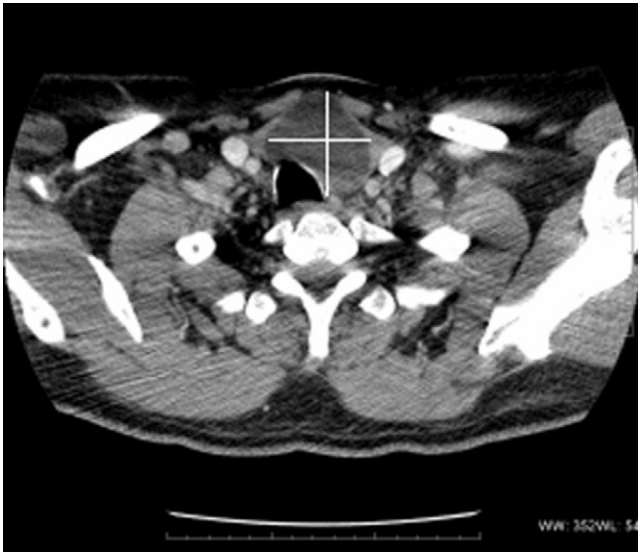


Figura 1 – TC cérvico-torácica. Relación con las estructuras del estrecho torácico superior: tráquea (que aparece desplazada), arteria carótida primitiva y arteria subclavia.

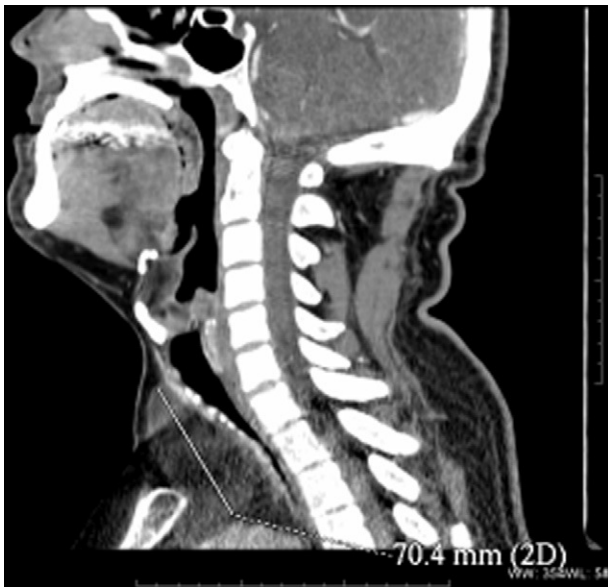


Figura 2 – TC cérvico-torácica. Corte sagital. Se observa cómo la tumoración sobrepasa distalmente el borde superior del manubrio esternal.

el tumor dermoide congénito o con la presencia de una glándula tiroides ectópica que puede simular un quiste tirogloso⁷.

El tratamiento quirúrgico para los quistes tiroglosos benignos es el procedimiento de Sistrunk, en el cual se extirpan el quiste, el trayecto tirogloso y la porción central del

hueso hioides. Es suficiente incluso para el tratamiento de los carcinomas del conducto tirogloso, excepto en los casos en los que existe una afección concomitante de la glándula tiroides, en cuyo caso se considera indicada la tiroidectomía y completar una linfadenectomía simple del cuello si los nódulos linfáticos son positivos y unilaterales⁸. En nuestro caso se practicó exéresis simple de la tumoración sin completar la intervención de Sistrunk dado el gran tamaño de la misma y su extensión intratorácica sin apreciar comunicación o dependencia de estructuras supratiroides. En este caso y con el diagnóstico definitivo de quiste de conducto tirogloso, se realiza seguimiento clínico y ecográfico anual para descartar la recidiva en el conducto residual infrahioides.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nomdedéu-Guinot J, Martínez-Ramos D, Gibert-Gerez J, Alfaro-Ferreres L. Extrusión cutánea como manifestación atípica de un quiste del conducto tirogloso. *Cir Esp.* 2008;84:165-75.
2. Barriga Sánchez R, Martín Pérez E, Larrañaga Barera E, Escorial Hernández V. Carcinoma papilar en el seno de un quiste tirogloso. *Endocrinol Nutr.* 2003;50:76-80.
3. Barbaro M, Di Mario A, De Seta D, Rispoli G, Covelli E, Bertoli GA, et al. An unusual localization of thyroglossal duct cyst. *GChir.* 2009;30:274-5.
4. Madana J, Yolmo D, Kumar Saxena S, Gopalakrishnan S. True thyroglossal fistula. *Laryngoscope.* 2009;119:2345-7.
5. Coscarón E, Pérez MC, Marín Garrido EP. Quiste tirogloso basilingual: causa infrecuente de disfagia y disnea. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2008;59:364-5.
6. Kraus R, Han BK, Babcock DS, Oestreich AE. Sonography of neck masses in children. *AJR Am J Roentgenol.* 1986;146:609-13.
7. Branstetter BF, Weissman JL, Kennedy TL, Whitaker M. The CT appearance of thyroglossal duct carcinoma. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2000;21:1547-50.
8. Walton BR, Koch E, Pharm D. Presentation and management of a thyroglossal duct cyst with a papillary carcinoma. *Shouth Med J.* 1997;90:758-61.

José López García*, Salvador González-Moncayo García y Emilio García Blázquez

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Hospital General de Almansa, Almansa, Albacete, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cironcol@comv.es (J. López García).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.06.021