

"QUISTES Y FISTULAS DEL CONDUCTO TIROGLOSO"

Drs. LEON VIAL y GUILLERMO ZIEGLER

Cátedra de Cirugía Infantil del Prof. Arnulfo Johow. Hospital "Roberto del Río". Santiago.

Esta presentación tiene por objeto dar a conocer la experiencia del Servicio sobre esta afección. Nuestra casuística está basada en la revisión de 24 fichas clínicas de enfermos, todos ellos sometidos a tratamiento quirúrgico en los últimos 15 años y controlados posteriormente.

EMBRIOLOGÍA

El tiroides aparece en un embrión de 5 mm., como un saco endodérmico bien delimitado, ubicado entre el primer par de bolsas faríngeas y recibe el nombre de divertículo tiroideo. Este divertículo queda unido a la faringe por un cuello más angosto conocido como el conducto tirogloso. Recibe este nombre porque comunica temporariamente el tiroides primitivo con la lengua que se está formando al mismo tiempo en el piso de la faringe. Este conducto se transforma posteriormente en un cordón macizo, constituyendo el único remanente del primitivo conducto tirogloso y se extiende desde el agujero ciego de la lengua hasta el tiroides, tomando íntima relación con el hueso hioides. Cuando este proceso degenerativo no se produce, la persistencia parcial o total del conducto tirogloso da como resultado la formación de quistes o fístulas de este conducto.

CUADRO CLÍNICO

En los cuadros 1 y 2 están representadas la distribución por edad y sexo de nuestros pacientes.

CUADRO Nº 1
FRECUENCIA POR EDAD

Edad:	3 años	1
	5 años	3
	6 años	4
	7 años	7
	8 años	3
	9 años	2
	11 años	3
	12 años	1

La edad de nuestros pacientes fluctuaba entre los 3 y los 12 años, correspondiendo a los 7 años la mayor incidencia.

CUADRO Nº 2
FRECUENCIA POR SEXO

Sexo:	Masculino	15
	Femenino	9

La frecuencia por sexos en estos pacientes es semejante. Esta diferente distribución en nuestra serie, debe seguramente estar condicionada por nuestra casuística relativamente pequeña.

CUADRO Nº 3
FRECUENCIA DE QUISTES Y FISTULAS

Quistes	6
Fistulas	10
Quiste y fístula	8

El cuadro 3 nos muestra la distribución, según el tipo de patología encontrada.

6 de nuestros enfermos, es decir el 25% corresponden a quistes; 10 a fístulas, lo que equivale al 41% y 8 a la combinación de quiste y fístula, es decir el 33%.

QUISTES

Como ya lo hemos indicado, el conducto tirogloso relaciona el tiroides con la base de la lengua, como esta formación tiene una ubicación sagital, es posible encontrar en cualquier parte de la línea media del cuello formaciones quísticas derivadas de este esbozo embrionario, habiéndose descrito incluso quistes intraorales; su ubicación más frecuente, sin embargo, corresponde a las vecindades del hioides. El tamaño de estos quistes es variable y Gross menciona quistes hasta del tamaño de una pelota de golf, en nuestros enfermos fluctuaba de 1 a 2 y medio cm., que corresponde al término medio frecuente. En general presentan movilidad discreta, salvo en aquellos casos en

que por inflamaciones repetidas, se produce fibrosis alrededor del quiste que impide su desplazamiento. Dada la íntima relación con el hiodes que generalmente existe, esta lesión presenta con gran frecuencia movilidad con la deglución. Este signo lo presentaban 13 de nuestros enfermos.

FÍSTULAS

La fístula se aprecia exteriormente como un pequeño orificio, que al igual que el quiste está ubicado en la línea media del cuello y generalmente en relación con el hueso hiodes. A través de él se puede apreciar la salida de pequeñas cantidades de líquido seromucoso, que corresponde a la secreción normal de la mucosa de la fístula. 7 de nuestros enfermos presentaban secreción, ya sea, mucosa o seromucosa. Menos frecuente es la secreción purulenta, que se observa en los períodos inflamatorios de estas formaciones y que son la consecuencia de afecciones agudas del rinofarinx. En nuestra casuística 2 enfermos presentaban secreción de este tipo. Alrededor de la fístula se produce alteración y maceración de la piel a consecuencia de la secreción. En el examen de estos enfermos es frecuente percibir un cordón fibroso que se aleja hacia arriba y en profundidad y que corresponde al trayecto fistuloso. De nuestros enfermos la tercera parte presentaban este signo.

COMPLICACIONES

La complicación más importante por su frecuencia la constituye la infección. En nuestros enfermos el 41% presentaban antecedentes de procesos supurativos periódicos. Menos frecuentes son el dolor faríngeo y la disfagia en los quistes intraorales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Al revisar las fichas de nuestros enfermos, nos hemos encontrado, que 4 de ellos, ingresaron con el diagnóstico de quiste tirogloso, comprobándose en el acto quirúrgico que en 3 de ellos se trataba de adenitis supurada del cuello y el 4º de adenitis también supurada del mediastino

abierto al cuello. Otros autores llaman la atención sobre la posibilidad de confundir tiroides ectópicos con quistes tiroglosos, nosotros no lo hemos observado.

TRATAMIENTO

Nuestra conducta en estos enfermos, sin excepción, es quirúrgica, pues la íntima comunicación que frecuentemente existe entre estas formaciones y la cavidad oral, las hace asiento de frecuentes procesos supurativos, complicación que en nuestros enfermos estuvo presente en casi el 50% de ellos.

Se ha ensayado el uso de sustancias esclerosantes para destruir el revestimiento mucoso de estas formaciones, pero sin resultados positivos. Experiencias realizadas en nuestra clínica con sustancias esclerosantes en mucosa intestinal de enterostomías nos han llevado al convencimiento que ningún agente químico es capaz de destruir la mucosa definitivamente, por su gran poder de regeneración.

En casos de quistes supurados, drenamos éste como si se tratara de un absceso y se difiere la intervención por un tiempo prudencial de unas 5 a 6 semanas, hasta conseguir el apagamiento del proceso.

En las figuras 1, 2 y 3 están representados los detalles más importantes de la técnica quirúrgica.

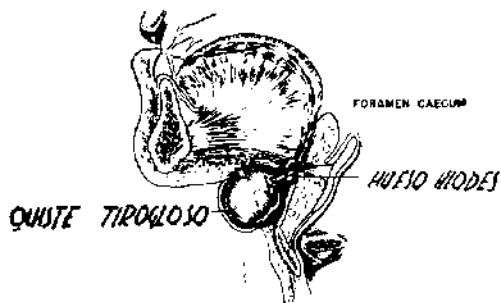


Figura N° 1.

Tomado de *Pediatric Surgery* de O. Swenson. En esta figura está representado en un corte sagital, la disposición anatómica del quiste y fístula del conducto tirogloso y sus relaciones especialmente con el hueso hiodes.

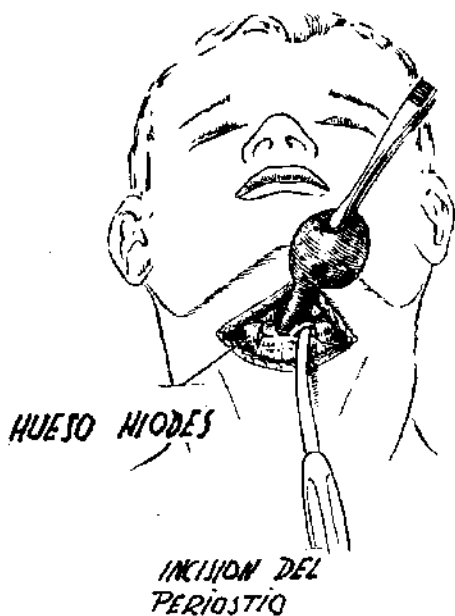


Figura N° 2.

Tomado de Pediatric Surgery de O. Swenson. A través de una incisión transversa, fundamental para obtener buenos resultados estéticos, la disección ha llegado al hioides y se incide su periosteo. Además nos muestra la resección de la parte media del hueso hioides, detalle muy importante para evitar la recidiva del proceso.

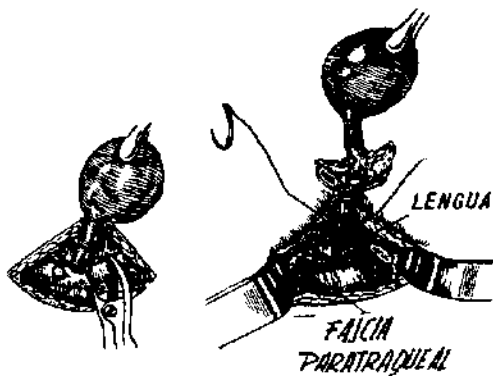


Figura N° 3.

Tomado de Pediatric Surgery de O. Swenson. En esta figura, la disección ha llegado a su etapa final y se liga la fistula con un punto transfijante. Nótese la íntima relación entre la fistula y el hioides.

RESULTADOS

De nuestros 24 enfermos, en 15 de ellos se practicó durante el acto quirúrgico la resección de la parte media del hueso hioides, de estos ninguno se reprodujo. En los 9 restantes, no se practicó la resección del hioides, 3 de estos enfermos presentaron recidivas.

CONCLUSIONES

- 1) Se trata de una afección cuya etiología se debe a la persistencia de formaciones embrionarias y cuyo reconocimiento no ofrece generalmente problema diagnóstico.
- 2) Su tratamiento debe ser quirúrgico, siendo muy importante la resección de la parte media del hueso hioides, a fin de prevenir la recidiva de la lesión.

RESUMEN

Se presenta la experiencia del Servicio de Cirugía del Hospital "Roberto del Río" sobre la patología del conducto tirogloso, basado en la revisión de 24 enfermos operados.

Se describe el tratamiento quirúrgico y se insiste en la necesidad de practicar la resección de la parte media del hueso hioides, a fin de prevenir la recidiva de la lesión.

SUMMARY

CYSTS AND FISTULAE OF THE THYROGLOSSAL DUCT

Based on the revision of 24 sick children operated upon, the experience of the Surgical Service of the Roberto del Río Hospital on the pathology of the thyroglossal duct is made known.

In order to prevent a relapse of the lesion, the surgical treatment and the resection of the middle part of the hyoid bone are emphasized.

ZUSAMMENFASSUNG

BIBLIOGRAFÍA

CYSTEN UND FISTELN DES DUCTUS
 THYREOGLOSSUS

Die Erfahrung der Chirurgischen Abteilung des Roberto del Río Krankenhauses auf dem Gebiete der Pathologie des Ductus thyreoglossus, die auf der Revision 24 operierter Kranker basiert, wird bekannt gegeben.

Die Notwendigkeit der chirurgischen Behandlung und der Resektion der mittleren Partie des Os hyoides zur Vermeidung eines Rezidivs wird nachdrücklich betont.

AREY, L. B. — Anatomía del Desarrollo. Ed. Vázquez. Buenos Aires. 1958.
 GROSS, R. E. — The Surgery of Infancy and Childhood. W. B. Saunders. Philadelphia. 1953.
 POTTS, W. J. — The Surgeon and the Child. W. B. Saunders. Philadelphia. 1959.
 SWENSON, O. — Pediatric Surgery. Appleton-Century-Crofts, Inc. New York. 1958.
 GROB, M. — Patología Quirúrgica Infantil. Ed. Científico-Médica. Barcelona.
 BRINTNALL, E. S.; DAVIES, J.; HUFFMAN, W. C. and LIERLE, M. D. — Thyroglossal Ducts and Cysts. Arch. Otolaryng. 59:232. 1954.
 PEARLMAN, S. — Internal Suprahoid Cysts in Infancy. Med. J. Australia. 44:45. 1957.
 VONFRAENKEL, P. H. and MALONEY, W. H. — Congenital Anomalies of the Thyroglossal Tract. Eye, Ear, Nose and Throat Month. 37:679. 1938.
 MANDEL, L. and BAURMASH, H. — Thyroglossal Tract Abnormalities. Oral Surg. 10:1131. 1957.

* * *