

1120971

[Handwritten signature]
2ef-



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

TRATAMIENTO DEL QUISTE DEL
CONDUCTO TIROGLOSO

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DR. PEDRO PAZ SOLIS

[Handwritten mark]
263357

ASESOR DE TESIS: DR. MARCO ANTONIO PIZARRO CASTILLO



IMSS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

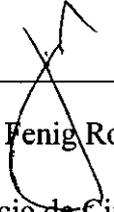
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DEL QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

98-690-0010



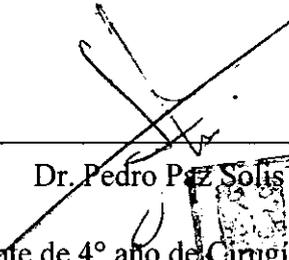
Dr. Arturo Robles Páramo

Jefe de División de Educación e Investigación Médica



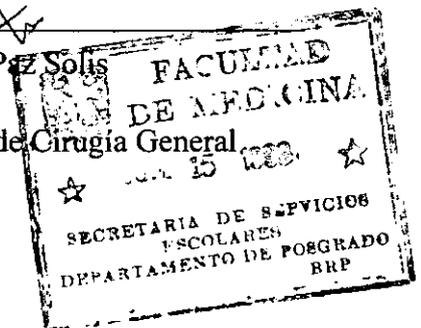
Dr. José Fenig Rodríguez

Jefe del Servicio de Cirugía General



Dr. Pedro Paz Solís

Residente de 4° año de Cirugía General



*Con Cariño y agradecimiento
a mis padres Gloria y Salvador*

*A mis hermanos por su apoyo incondicional
Laura Tere Rosy Paty
Bety Salvador Jorge*

*A mi esposa Diana
por formar parte de mi vida*

RESUMEN

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Objetivo: Conocer la morbilidad de la cirugía para el quiste del conducto tirogloso, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo, descriptivo y transversal de los pacientes atendidos de junio de 1995 a mayo de 1997. Se analizaron del expediente la edad, sintomatología, procedimiento quirúrgico, morbilidad operatoria y diagnóstico histopatológico.

Resultados: Se revisaron 12 casos, correspondiendo 10 (83%) al sexo femenino y 2 (17%) al sexo masculino. Todos se sometieron al procedimiento de Sistrunk, las edades más afectadas fueron de la 4a. a la 6a. La tumoración en cara anterior del cuello y desplazamiento sobre su eje al protruir la lengua, fue de la sintomatología más frecuente 75%. No hubo complicaciones postoperatorias y el diagnóstico definitivo fue benigno.

Conclusión: El diagnóstico es principalmente clínico y se demostró que la cirugía realizada fue la adecuada para la curación de esta patología.

Palabras clave: Quiste del conducto tirogloso, Sistrunk

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF THYROGLOSSAL DUCT CYST

Objective: In order to know the morbidity of patients operated for thyroglossal duct cyst in Especiality Hospital C.M.R.

Materials and Methods: An observational retrospective, descriptive and transversal study was realized of patient attended from June 1995 to May 1997. Age symptomatology and surgical procedure, operative morbidity and histopathologic diagnosis were analyzed.

Results: Twelve cases were reviewed corresponding 10 (83%) to female sex and 2 (17%) to male sex. All the patients were submitted to the Sistrunk procedure, with ages between the fourth to the sixth decades being the most affected. The most common symptom was the tumor in the anterior neck with displacement over its axis with protrusion of the tongue (75%). There were no postoperative complications and the diagnosis was benign.

Conclusions: The diagnosis is mainly clinical and it was showed that the surgical procedure done was correct for the definitive treatment of this pathology.

Key Words: Thyroglossal duct cyst, Sistrunk.

INTRODUCCIÓN

La glándula tiroides es la primera glándula que se desarrolla en el embrión humano, comienza como un divertículo del intestino anterior en el piso de la faringe; a nivel de la base de la lengua, región del futuro foramen ciego, aproximadamente a las tres semanas de vida embrionaria.^{1,2} El primordio tiroideo, forma una estructura tubular con epitelio columnar ciliar pseudo estratificado, epitelio escamoso o también cuboidal bajo, el cual conecta la lengua con la tiroides.^{1,4}

El conducto se dirige hacia abajo, primero por la línea media a través de la musculatura de la lengua por el piso del músculo milohioideo de la boca y luego por el triángulo anterior del cuello, profundo al platisma pero anterior

al hueso hioides, después hace un rizo alrededor del borde inferior del hioides; dirigiéndose ligeramente hacia arriba, llegando a colocarse sobre la concavidad de la superficie posterior del hioides. Desde este punto sigue su curso hacia bajo, colocándose en la parte anterior de la membrana tiroidea y entre los músculos de la glándula antes de finalizar, en la que será el nivel del istmo de la tiroides. Cerca de la 7a. semana de gestación la glándula tiroides ha recorrido el conducto y ha alcanzado su posición final; en la parte anterior de la traquea, de la 8a. a la 10a. semana el conducto normalmente inicia su involución, se atrofia y desaparece.⁴

En la migración del tejido tiroideo que queda atrás, puede persistir y presentarse en la línea media como un quiste del conducto tirogloso en aproximadamente el 62%,⁵ también puede ser el resultado de la retención del epitelio en el 40% de los casos debido, a un proceso inflamatorio por una infección previa o la obstaculización del drenaje del conducto por el foramen ciego, las fístulas pueden ser secundarias a la ruptura del quiste, infección o intervención quirúrgica. Esta anomalía constituye el 70% de alteraciones congénitas del cuello y el 40% de todas las tumoraciones del cuello, se

considera como uno de los quistes no odontógenos, que cursan frecuentemente con infección, fistulas y rara vez carcinomas.^{5,9}

El quiste del conducto tirogloso, suele observarse frecuentemente en el paciente pediátrico antes de los 10 años, una edad promedio de 2 a 4 años el cual se hace presente cuando desaparece la grasa del lactante y son más evidentes las irregularidades del cuello¹², sin embargo puede pasar desapercibido y manifestarse hasta la edad adulta. Casi siempre se localiza en la línea media 65%, por delante del hueso hioides en la región de la membrana tiroidea;⁴ pero, de 10-24% se haya en la parte lateral del cuello de predominio izquierdo,⁶ esto se explica por la presencia del músculo elevador de la tiroides, otras localizaciones son la faringe y lingual.⁷ La presentación de esta enfermedad como patología hereditaria tiene un predominio autosómico dominante en mujeres con edad promedio de 6.1 años y sin relación con la raza, hasta el momento se tienen reportados 21 casos.⁸

Los carcinomas primarios en esta región constituyen solo en el 1%, a Bretano se le atribuye el primer reporte en 1911 y a Owen en 1927 el primer caso en la literatura inglesa,¹ la variedad histológica más frecuente de los carcinomas corresponde al de tipo papilar 78-87%, el 5% son carcinomas de células escamosas, el carcinoma anaplásico extremadamente raro junto con el adenocarcinoma cercano al 1% y el porcentaje restante se distribuye para los carcinomas mixtos; papilar-folicular y folicular, hasta el momento no se ha reportado ningún caso de carcinoma medular.^{1,9}

La edad de presentación es en la 3a. a la 6a. década de la vida no hay predominio por la raza, pero sí ligeramente por el sexo femenino 1:1.5. El origen de la neoplasia es oscuro, varios autores coinciden en que sus pacientes estudiados tuvieron previamente exposición a radiaciones;¹⁰ esto sugiere un factor de riesgo, la extensión a ganglios regionales por el tumor papilar es de 7.7%¹⁴ el pronóstico para los pacientes es bueno para esta extirpe histológica, sin embargo en el caso del cáncer de células escamosas el pronóstico es malo.^{1,13,15}

Clínicamente el paciente cursa con una tumoración asintomática en el cuello, en el triángulo anterior, generalmente sobre la línea media o ligeramente fuera de esta. El tumor se mueve sobre el eje vertical, con la protusión, rara vez cursan con disfonía, disfagia y dificultad respiratoria. El examen médico completo ayuda a sospechar el tipo de patología en el 85% de los casos, el incremento de tamaño de la tumoración, puede significar un signo de malignidad. Esta obligado a hacer diagnósticos diferenciales con quistes branquiales, dermoides, laringocele, higromas quísticos, neoplasias tiroideas, tumores de glándulas salivales, abscesos, lipomas, linfadenopatía maligna o benigna y tuberculosis, además deberá de apoyarse de los auxiliares de diagnóstico como la tomografía computada y la resonancia magnética así como la realización de biopsia por aspiración con aguja fina sobre todo en los casos que se sospeche malignidad y cuyo acceso sea fácil.^{6,11}

El tratamiento quirúrgico en el caso de quistes y fistulas, consiste en realizar el procedimiento de Sistrunk, descrito por su autor en 1928 y considerado hasta el momento el mejor y el estándar de oro; puesto que en grandes series,

no hubo recurrencias después de la cirugía. este consiste en la resección completa del quiste con todo el trayecto posible del conducto tirogloso, con la porción de los músculos circundantes desde el foramen ciego hasta el hueso hioides.¹ Sin embargo también se han reportado otros tratamientos, como la aspiración del quiste, cistectomía, escleroterapia con etanol y operación modificada de Sistrunk (técnica Schlange), que no se reseca la porción media del hueso hioides.^{1,16,17}

Se ha reportado, que en caso de neoplasias confinadas únicamente al quiste, el procedimiento de Sistrunk es el adecuado. Sin embargo, la cirugía depende del grado que involucra el tumor (extensión muscular, afección tiroidea, laringea o a la base de la lengua) por lo que solo la disección del cuello se recomienda en casos de metastasis regionales. La terapia coadyuvante; es la radioterapia para las grandes lesiones, márgenes quirúrgicos positivos, enfermedad ganglionar extensa; en el caso del cáncer papilar se incluye en ocasiones tiroidectomía y aplicación de iodo radioactivo.^{1,9}

En este trabajo se elaboró con el propósito de conocer la experiencia del servicio de cirugía de cabeza y cuello del hospital, pretendiendo analizar la morbilidad quirúrgica y compararla con las grandes series de la literatura mundial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con el objeto de conocer la experiencia de la cirugía del quiste del conducto tirogloso en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, se diseñó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal de los pacientes atendidos por quiste del conducto tirogloso, en el periodo comprendido de junio de 1995 a mayo de 1997.

Del expediente clínico, se analizaron varios parámetros de importancia; tales como la distribución de la enfermedad por sexo, los grupos de edades

afectados, la sintomatología, procedimiento quirúrgico realizado, morbilidad operatoria y diagnóstico histopatológico definitivo.

RESULTADOS

Se revisaron 17 pacientes sometidos a cirugía con diagnóstico de quiste del conducto tirogloso del periodo comprendido de junio de 1995 a mayo de 1997. Se excluyeron 5 (12%) sujetos por tener sus expedientes clínicos incompletos y no llenar los criterios para su estudio

A un total de 12 (88%) pacientes se les realizó cirugía por quiste del conducto tirogloso, estos representan el 100% de los casos sometidos a procedimiento de Sistrunk. Diez (83%) pacientes fueron del sexo femenino y 2 (17%) del sexo masculino (relación H/M= 1:5).

Las edades fluctuaron entre 18 y 60 años de edad con un promedio de 40.4 (tabla 1), de cuarta a la sexta décadas de la vida fue el grupo de edad más afectado.

Con respecto al rango de tiempo de duración de la sintomatología vario desde 1 mes hasta 6 años con un promedio de 17 meses. Del cuadro clínico referido a su ingreso, fue: aumento de volumen en cara anterior de cuello a nivel de la línea media en 9 sujetos (75%), y en 3 (25%) la localización fue para media izquierda.

El desplazamiento de la tumoración en el eje vertical, se observó en 9 casos (75%) como signo clínico, 3 (25%) presentaron odinofagia.

El diagnóstico de quiste del conducto tirogloso fue principalmente clínico en 10 pacientes (83%) y los restantes (17%) se documentó por medio de biopsia por aspiración con aguja fina, debido a que se tuvo que realizar diagnóstico diferencial con nódulo tiroideo.

En todos los pacientes (100%) se les realizó el procedimiento de Sistrunk , con el cual los días de estancia desde su ingreso hasta su egreso fue de 3 a 4 días con un promedio de 3.2 días. El 25% permaneció hospitalizado 4 días y el 75% 3 días (tabla2).

No se evidenció, la presencia de complicaciones tempranas como hemorragia, ni la lesión del nervio recurrente.

El seguimiento, se realizó a través de la consulta externa de cirugía de cabeza y cuello y no se detectó ninguna complicación tardía.

El diagnóstico definitivo histopatológico en el 100% de los casos; se reporto, quiste del conducto tirogloso con características benignas.

DISCUSIÓN

Los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por el quiste del conducto tirogloso, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza son un número bajo, un promedio de 1 paciente por cada 2 meses, comparado con los que son intervenidos en los Hospitales Generales de Zona; debido a que, este es un Hospital de concentración cuyos pacientes ingresan referidos, para protocolo de estudio por sospecha principalmente de neoplasias.

La incidencia predominante del sexo femenino es un parámetro constante en todos los reportes y publicaciones varia desde 1:3 hasta 1:5 en la relación hombre/mujer^{6,12}. Nosotros encontramos esta relación de 1:5.

El quiste del conducto tirogloso, se encuentra frecuentemente (76%) antes de los 6 años de edad; sin embargo de 0.6 al 5% se pueden hallar en los adultos, principalmente de la 5a y 6a década de la vida⁶. Este hallazgo fue semejante a nuestros pacientes, pues las décadas interesadas en esta patología fueron de la 4a. a la 6a. década^{7,8}

En relación al procedimiento quirúrgico para la resolución de la patología, fue el descrito por su mismo autor; técnica de Sistrunk, la cual se considera hasta el momento, como el mejor y el estándar de oro, puesto que en grandes series, así como en nuestro estudio no hubo recurrencias reportadas^{1,16,17}

Clínicamente el paciente cursa con una tumoración asintomática en el cuello, localizada principalmente a nivel de la línea media, la cual se mueve sobre el eje vertical con la protusión de la lengua, rara vez sea reportado dolor^{6,11}. En nuestra revisión encontramos todas estas entidades como un factor constante y que permitió que el diagnóstico pre-operatorio fuera fundamentalmente clínico, aunque se tuvo que auxiliar en dos casos con la biopsia por aspiración con aguja fina para realizar diagnóstico diferencial histopatológico, el cual no fue problema para los patólogos, como generalmente se reporta.

La experiencia descrita en la literatura de varios autores, con respecto a neoplasias primarias en el quiste del conducto tirogloso demuestra, que en solo el 1% de todos los casos corresponde a esta estirpe^{9,13,15}. De tal forma, que nuestro estudio no fue posible encontrar ningún caso evidenciado por histopatología.

La evolución post-operatoria al realizarse el procedimiento estándar, es satisfactoria, los pacientes tienen un promedio de estancia hospitalaria de 48 horas y con menos del 0.6% de complicaciones post-operatorias^{1,16}, esto contrasta con nuestra revisión de los casos sometidos al procedimiento quirúrgico estándar en nuestro Hospital, cuya estancia promedio fue de 3.2 días y sin registro de complicaciones.

Fukumoto, reportó como opción de tratamiento, la escleroterapia con etanol, para el quiste del conducto tirogloso¹⁷; sin embargo esto no se llevó a cabo en ningún paciente.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES

La presencia de una tumoración en la cara anterior de cuello, a nivel de la línea media con movimiento sobre su eje vertical durante la protusión de la lengua son signos fehacientes de que se trata de un quiste del conducto tirogloso, cuyo tratamiento debe ser únicamente quirúrgico, empleando el procedimiento de Sistrunk el cual hasta el momento sigue siendo el de elección para curar esta patología debido a su baja morbilidad post-operatoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Billy R. Walton, Do, Karen E. Koch. Presentation and Management of a Thyroglossal Duct Cyst With a Papillary Carcinoma, Arch-Otolaryngol-Head-Neck-Surg 1996; 122:936-50
2. Allard RHB. The Thyroglossal, Head Neck Surg 1982;5:134-46
3. LiVolsi VA, Persin KH, Savetsky L. Ectopic thyroid (including thyroglossal duct tissue). Cancer 1974; 34:1303-15
4. Deborah L. Reede, R. Thomas Bergeron, Peter M. Som. CT of thyroglossal Duct Cyst, Radiology 1985;157:121-25
5. Peter M. Som. David Slotnick, Hugh F. Biller, Joseph Giebfried. Thyroglossal duct cysts that mimic laryngeal masses, Laryngoscope 1987; 97: 742-45

6. V. L. Cumberworth, P. J. Bradley. Atypical thyroglossal duct cyst, J Laryngol Otol 1989; 103:700-3
7. Urao M., Teitelbaum, Miyano T. Lingual thyroglossal duct cyst: a unique surgical approach, J Pediatr Surg 96; 31(11): 1574-76
8. John H. Greinwald, Lawrence G. Leichtman, Maj Eric J. Simko. Hereditary thyroglossal duct cyst, Arch-Otolaryngol-Head-Neck-Surg 1996; 122: 1094-6
9. Andreas W. Hilger, Stuart D. Thompson, Lesley A Smallman, John C. Watkinson. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst: a case report and literature review, J Laryngol Otol 1995; 109: 1124-27
10. McGuirt W, Marshall R. Post irradiation carcinoma in thyroglossal duct remnant: follicular variant of papillary thyroid carcinoma. Head Neck Surg 1980; 106:420-24
11. Chih-Yuan Wang, Tien-Chun Chang. Preoperative Thyroid Ultrasonography and Fine-Needle Aspiration Cytology in Ectopic Thyroid, Am Surg 1995; 61:1029-31

12. Nina Zidar, Nina Gale, Jernej Podboj. Unusual inflamed thyroglossal cyst, J Laryngol Otol 1995; 109:889-901
13. Hanna E.. Squamous cell carcinoma in a thyroglossal duct cyst (TGDC): clinical presentation, diagnosis, and management, Am J Otolaryngol 1996;17(5): 353-57
14. Darrell A. Jaques, Robert G. Chambers, James E. Oertel. Thyroglossal Tract Carcinoma, Head-Neck-Surg 1970;120:439-46
15. Heshmati HM, Fatourechhi V. Van Heerden JA, Hay ID, Goellner JR. Thyroglossal duct carcinoma: report of 12 cases, Mayo Clin Proc 1997;72:315-19
16. Flageole H. Reoperation for cyst of the thyroglossal duct, Can-J-Surg. 1995;38:255-9
17. Fukomoto-k, Kojima T, Tomonari-h, Kontani-k, Murai-S, Tsujimoto F. Ethanol injection sclerotherapy for Baker's cyst, thyroglossal duct cyst, and branchial cleft cyst. ANN-Plast-Surg, 1994; 33:615-9

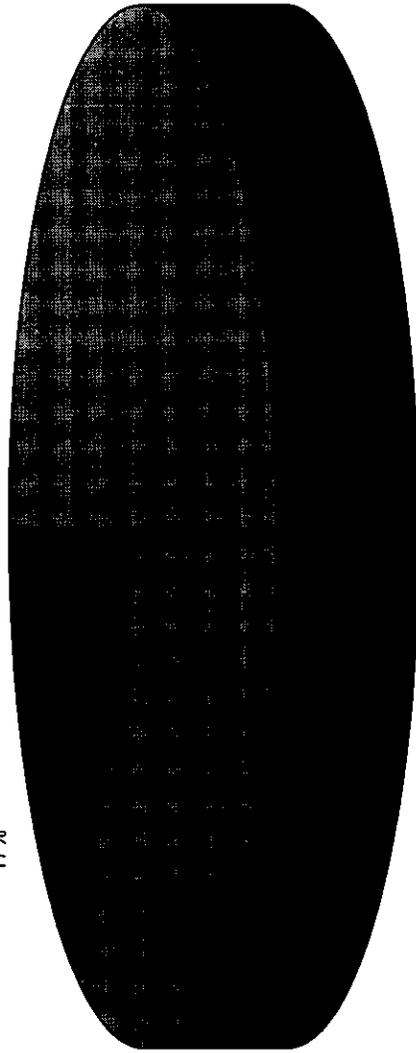
TABLA 1

Incidencia por sexo y distribución por edades de los pacientes con quiste del conducto tirogloso en el Servicio de Cabeza y Cuello

Sexo	No. de Pacientes
Femenino	10
Masculino	2
Edades	Pacientes
11-20	1
21-30	2
31-40	3
41-50	3
51-60	3

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS PACIENTES CON QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Masculino
17%



Femenino
83%

DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LOS PACIENTES CON QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

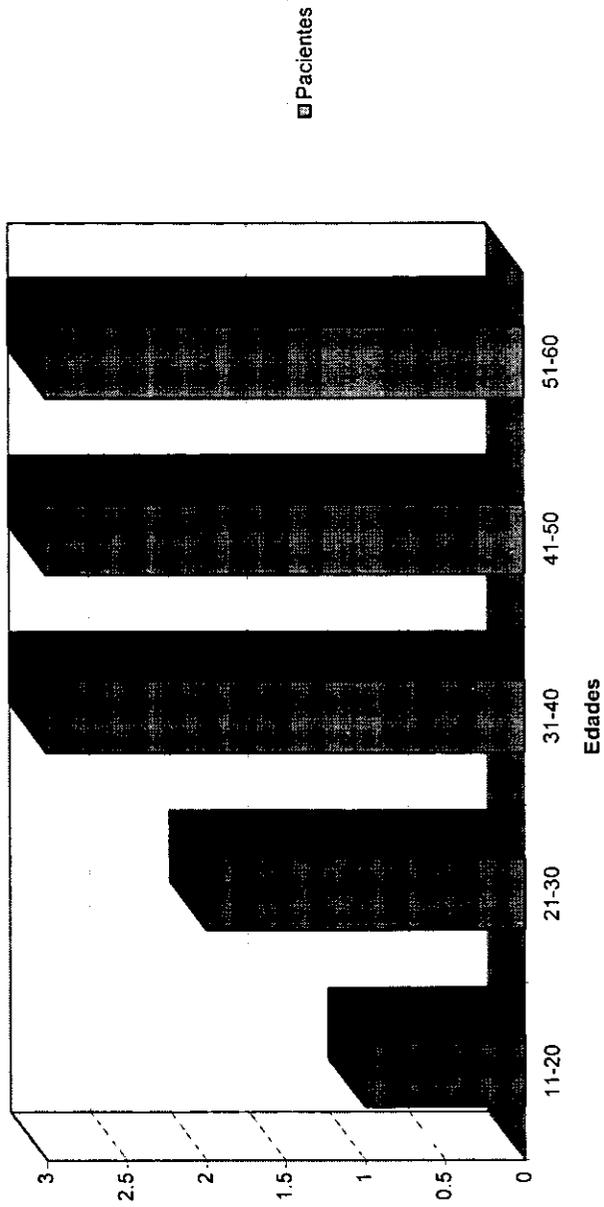


TABLA 2
Hallazgos en los pacientes con quiste del conducto tirogloso

PACIENTES EDAD (AÑOS) / SEXO	SINTOMAS	LOCALIZACIÓN	DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO	CIRUGIA	DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO	DIAS DE ESTANCIA
'1 / 18 / F	Tumoración en cuello, movimiento con protrusión de lengua	para media izquierda	clínico	+	*	3
'2 / 22 / F	Tumoración en cuello, dolor, movimiento con protrusión de lengua	línea media	clínico	+	*	4
'3 / 28 / F	Tumoración en cuello, movimiento con protrusión de lengua	línea media	clínico	+	*	3
'4 / 32 / F	Tumoración en cuello, dolor, movimiento con protrusión de lengua	línea media	clínico	+	*	4
'5 / 38 / F	Tumoración en cuello, dolor, movimiento con protrusión de lengua	línea media	clínico	+	*	3
'6 / 40 / F	Tumoración en cuello, movimiento con protrusión de lengua	línea media	clínico	+	*	3
'7 / 42 / F	Tumoración en cuello, movimiento con protrusión de lengua	línea media	clínico	+	*	3
'8 / 48 / F	Tumoración en cuello, movimiento con protrusión de lengua	línea media	clínico	+	*	3
'9 / 49 / M	Tumoración en cuello, movimiento con protrusión de lengua	para media izquierda	clínico	+	*	3
10 / 52 / F	Tumoración en cuello, dolor	línea media	biopsia por aspiración con aguja fina	+	*	3
11 / 56 / F	Tumoración en cuello	línea media	biopsia por aspiración con aguja fina	+	*	3
12 / 60 / M	Tumoración en cuello	para media izquierda	clínico	+	*	4

† Procedimiento de Sistrunk

* Benigno

HALLAZGOS EN PACIENTES CON QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

