

11209

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"

INDICE DE RECURRENCIA Y COMPLICACIONES INMEDIATAS  
DEL QUISTE TIROGLOSO POSQUIRURGICO EN EL HOSPITAL  
DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.

**TESIS DE POSTGRADO**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
MEDICO ESPECIALISTA EN  
CIRUGIA GENERAL  
P R E S E N T A :  
**DR. RICARDO REYES LOO**

ASESOR: DR. MARCO ANTONIO PIZARRO CASTILLO  
DR. JESUS ARENAS OSUNA



**IMSS**

MEXICO, D. F.,

SEPTIEMBRE 2005

m 351863



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"**

**INDICE DE RECURRENCIA Y COMPLICACIONES INMEDIATAS DEL  
QUISTE TIROGLOSO POSQUIRURGICO EN EL HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.**

# **T E S I S P O S T G R A D O**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALIDAD EN  
CIRUGIA GENERAL  
PRESENTA:**

**DR. RICARDO REYES LOO**

**ASESOR: Dr. Marco Antonio Pizarro Castillo  
Dr. Jesús Arenas Osuna**

**MEXICO D. F. SEPTIEMBRE 2004**

Autizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recoplonal.

NOMBRE: Ricardo Reyes Loo

FECHA: 17/10/05

FIRMA: [Firma]

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION REGIONAL CENTRO  
DELEGACION 1 Y 2 DEL DISTRITO FEDERAL  
CENTRO MEDICO LA RAZA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E  
INVESTIGACION EN SALUD**

**INDICE DE RECURRENCIA Y COMPLICACIONES MEDIATAS DE QUISTE  
TIROGLOSO POST-QUIRURGICO**

**FIRMAS:**



**DR. JESUS ARENAS OSUNA  
Jefe de División de Educación Médica e Investigación.**

**DR. LUIS GALINDO MENDOZA  
Titular del Curso Universitario de Especialización en Cirugía General.**

**DR. RICARDO REYES LOO  
Residente de 4° de Cirugía General**

**Numero Definitivo del Protocolo: 2003-690-126**



**COORDINACIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**

**AGRADECIMIENTOS.**

**DIOS..... Por ser mi luz, gran fe y permitirme amar.**

**A mis padres..... Ana Maria Loo de Reyes y Gustavo Reyes Martines por su**

**Comprensión, apoyo y sobre todo por su amor incondicional.**

**A mis hermanos.... Claudia Gabriela y Bernardo por su amor y apoyo.**

**A mis maestros..... los cuales contribuyeron en mi aprendizaje.**

**A mis amigos y compañeros.....  
Los cuales me brindaron su amistad.**

**A TODOS ELLOS. "GRACIAS".**

## **INDICE.**

|                          |    |
|--------------------------|----|
| RESUMEN                  | 1  |
| SUMMARY                  | 2  |
| ANTECEDENTES CIENTIFICOS | 3  |
| MATERIAL Y METODOS       | 7  |
| RESULTADOS               | 8  |
| DISCUSION                | 10 |
| CONCLUSIONES             | 12 |
| BIBLIOGRAFIA             | 13 |
| ANEXOS                   | 15 |

## **RESUMEN**

**Título:** Índice de recurrencia y Complicaciones Inmediatas posquirúrgicas del quiste tirogloso.

**Objetivo:**

Determinar el Índice de recurrencia y complicaciones inmediatas posquirúrgicas del Quiste tirogloso en el Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional La Raza.

**Material y Métodos:**

Se realiza un estudio de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional, en pacientes egresados con diagnostico de postoperados de reseccion de quiste tirogloso. Se analizaron variables de edad, sexo, tamaño del quiste, antecedentes de infecciones previas, cirugías previas fallidas, herencia, variedad histopatológica, técnica quirúrgica y la ruptura quística intraoperatoria. Además de la recurrencia y complicaciones posquirúrgicas.

**Resultados:**

Se reviso el expediente clínico de 41 pacientes a quienes se les realizo reseccion de quiste tirogloso en el Hospital Especialidades CMN la Raza en un periodo de 1998 a 2003. Se excluyeron 18 pacientes por expedientes incompletos.

La muestra fue de 23 pacientes de los cuales 14 fueron hombres y 9 mujeres.

El promedio de edad fue 38 años.

El diagnostico se realizo por clínica y se documento por ultrasonografia. Las complicaciones se presentaron en un 13 %.

La recidiva se presento 2 (8.7%) pacientes a quienes no se les realizo técnica sistrunk.

En el 52.2% de los pacientes presentaron quistes mayores 2 cm. En el 30.4% de los pacientes presentaron antecedentes de infecciones previas y 21.7% de cirugía previas.

La variedad multiquistica se presento 26.1% y la ruptura 8.7%. No se encontró carga genética para formación de quiste tirogloso.

**Conclusiones:**

La recurrencia solo se relaciono con la ausencia de la técnica sistrunk. Y las principales complicaciones se relacionaron con la recidiva de quiste.

## **SUMMARY**

**I title:** Recurrence index and Complications Immediate posquirúrgicas of the cyst tirogloso.

### **Objective:**

To determine the recurrence Index and complications immediate posquirúrgicas of the Cyst tirogloso in the Hospital of Especialidades CMN la Raza.

### **Material and Methods:**

We is carried out a study of retrospective, traverse, descriptive and observational type, in patient egresados with I diagnose of postoperados of resection of cyst tirogloso. Age variables were analyzed, sex, size of the cyst, antecedents of previous infections, bankrupt previous surgeries, inheritance, variety histopatologica, the surgical technique, and the rupture cystic intraoperatoria. Besides the recurrencia and complications posquirúrgicas.

### **Results:**

You revises the clinical file of 41 patients to who I/you/they are carried out resection of cyst tirogloso in the Hospital Specialties CMN the Raza one period from 1998 to 2003. 18 patients were excluded by incomplete files.

The sample belonged to 23 patients of which 14 were men and 9 women.

The age average was 38 years.

He diagnoses one carries out for clinic and you document for US. The complications were presented in 13%.

The relapse you present 2 (8.7%) patient to who are not carried out technical sistrunk.

In 52.2% of the patients they presented cysts bigger 2 cm. In 30.4% of the patients they presented antecedents of previous infections and 21.7 previous surgery%.

The variety multiquistica you present 26.1% and the rupture 8.7%. he/she was not genetic load for formation of cyst tirogloso.

### **Conclusions:**

The alone recurrence you relates with the absence of the technical sistrunk. And the main complications were related with the cyst relapse.



## **-ANTECEDENTES CIENTIFICOS:**

Los quistes son malformaciones encontradas en el cuello, y representan el 70% de las Anormalidades cervicales congénitas en niños y el 7% en adultos. Aunque estas pueden Ocurrir a cualquier edad, la mayoría ocurre en la 2da década de la vida. con relación en Su presentación en cuanto al sexo hombre / mujer es de 1.4: 1.0.

Se ha observado un patrón hereditario Autonómico dominante con predominio en Mujeres prepubertades, sin predominio racial. <sup>(1,2,3,6,14)</sup>

Esta es una tumoración que aparece principalmente hasta en un 90% de los casos en la Línea media o cerca de ella en el 9% de los pacientes. Como una masa cervical sobre el Hueso hioides, superior (suprahioideo) o debajo de el (infrahioideo). Sin embargo su Situación puede variar en el 30% de los casos. Solo el 1% se ha observado fuera de la Línea media. Se puede observar su presencia histológica como una tumoración Monoquistica o multiquistica, o asociado a la presencia de de tejido tiroideo ectopico e En el 1-2%. Su diámetro puede ser muy variable aunque su rango es de 3cm Aproximadamente. Su presentación puede ser como una fistula cutánea (las cuales se Presentan secundaria a trauma, cirugía previa o drenajes espontáneos despues de una Infección) o como un quiste. <sup>(1,2,3,5,9,14)</sup>

Los quistes del conducto tiroglosos son el resultado de un proceso embriológico Aberrante de la glándula tiroidea.

Durante la cuarta semana del desarrollo fetal, el epitelio localizado en el piso de la Faringe (que se transforma despues en el Caecum foramen de la lengua). Se invagina Para formar una estructura tubular conocida como conducto tirogloso.

Se completa el desarrollo tiroideo en la 8 semana de gestación, y entre la 8 y 10 semana

De gestación se involuciona el conducto tirogloso. La persistencia de epitelio viable del Conducto tirogloso favorece la formación de quiste del conducto tirogloso, en cualquier Parte a lo largo de su trayecto natural del conducto (Del caecum foramen a la tiroides).

(1.2.5.14)

Durante su descenso el conducto tirogloso pasa cerca de hueso hioídes, que presenta una Unión anterior concomitante. A si el conducto tirogloso, asume una asociación Anatômica, íntima con esta estructura. En el 30% de los casos el conducto se encuentra Posterior al hueso hioídes. <sup>(1,2)</sup>

El método de diagnóstico preoperatorio principal que se ha venido usando con mayor Importancia para el diagnóstico de los quistes de conducto tirogloso son la exploración Clínica (examen físico) el cual revela una masa en la línea media, debajo del hueso Hioídes, el cual se moviliza hacia arriba posterior a la exteriorización de la lengua, sé Puede localizar fuera de la línea media 10% de los casos principalmente a la izquierda. (2.3.12.14).

Otro método Utilizado para el apoyo complementario en el estudio y diagnóstico es la Ultrasonografía. El cual es el estudio radiológico de elección, por ser un procedimiento Rápido, que no requiere de ningún sedante, que no representa la exposición radiaciones, Además de su costo bajo. Además facilita la valoración completa de quiste. (Especificidad para quiste tirogloso 95%), como de la glándula tiroidea (sensibilidad 100%) o de tejido tiroideo Ectópico <sup>(1,2,3,9,12)</sup>

Además se ha encontrado impotencia clínica y diagnóstica en la aspiración con aguja Del quiste el cual es útil para diferenciación de lesiones benignas de las malignas. Como La utilización también de la Tomografía en la cual se puede observar calcificaciones

Conocidas como cuerpos de psomoma o microlitiasis que son estructuras concéntricas con calcificaciones y de aspecto arenoso el cual puede ser marcador radiológico de Carcinoma de tipo papilar principalmente. (3,7)

Se ha desarrollado procedimientos quirúrgicos para el manejo del quiste tirogloso.

Históricamente, el quiste del conducto tirogloso se trataba por medio de una escisión Simple o una incisión y drenaje, los cuales producían un índice de recurrencia mayores Del 50%. En 1893 Schlange propuso el manejo para quiste del conducto tirogloso Empleando la realización escisión del quiste y de la posición central del hueso hioides. Presentado como recurrencia solo un 20% con menor índice de recurrencia la cual fue Notable con respecto a los procedimientos previos.

En 1920, Sistrunk describió el procedimiento que actualmente se usa para manejo de los Quistes del conducto tirogloso, el cual incluía la resección de quiste tirogloso,

Incluyendo la porción central del hueso hioides, como además del remanente muscular Y de tejido proximal o alrededor del Caccum foramen, otros sugiere modificaciones Como la resección hasta 2/3 partes de hueso hioides para manejo de quiste con Conductos múltiples. Y este a demostrado ser el procedimiento mas eficaz, y de menor Índice de recurrencia para manejo de quiste del conducto tirogloso, el cual se reduce a <5% con un rango 3-20%. (1,2,4,5,10,13)

Su índice de recurrencia se a relacionado con múltiples factores como la presencia de Resecciones incompletas del quiste o del hueso hioides en procedimientos quirúrgicos Previos con un 6-10%, la edad, las infecciones o abscesos previos en 2 o más ocasiones En el quiste, antes de 6 meses del procedimiento por infecciones de vías respiratorias Altas (el cual se explica por el borramiento en el conducto y de los márgenes Anatómicos). Su variación histológica monoquistica o multiquistica (conducto múltiple)

Se ha observado como factor de baja impotencia para la recurrencia. Como además el Índice de ruptura del quiste intraoperatoria. Se ha observado además que la localización Anatómica y el diámetro del quiste, como factores hereditarios no se les han relacionado con recurrencia. (1,2,3,4,6,8,10,11,13).

Por otro lado Estudios recientes han reportado un nuevo manejo o tratamiento para los Quistes del conducto tirogloso. El cual es el uso de terapia esclerosante con etanol. Es importante realizar una cistografía previa para confirmar que no exista extravasación y sea una lesión monoquistica. Aunque es importante mencionar que no se a encontrado o realizado ningún reporte o serie grande con relación a esta técnica y su Eficacia. (3)

Se ha informado poco sobre las posibles complicaciones relacionadas con los quistes del conducto tirogloso o de su manejo quirúrgico, como Índice de carcinomas en el Quiste tirogloso el cual es raro y menor del 1% en su incidencia, la variedad más común Histológica es el papilar 85% de los casos. Se ha observado además Índices hasta del 10 Al 20% en complicaciones posquirúrgicas menores. Como las más importantes se han encontrado infecciones de la herida quirúrgica, los Hematomas, abscesos y seromas. Por tal motivo se sugiere el uso de drenajes (penrose) por un período de 24 hrs. como Antibióticos profilácticos en el manejo posquirúrgico. (1,2,3,4,7,10,13,14)

## **MATERIAL Y METODOS:**

Objetivo general: Determinar el Índice de recurrencia y complicaciones inmediatas Posquirúrgicas del quiste tirogloso.

Diseño: Se realizo un estudio de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo y Observacional, abierto en el Departamento de cirugía general del hospital de Especialidades Centro Medico Nacional la Raza en el periodo de enero 1998 a Diciembre 2003. Se reviso el archivo de cirugía general y se incluyo a los pacientes con Diagnostico de egreso de reseccion de quiste tirogloso; se solicito al archivo clinico de La unidad los expedientes clínicos, de ellos se registro la edad, sexo, método de Diagnostico, complicaciones inmediatas y recidiva.

El análisis estadísticote los datos se realizo mediante estadística descriptiva.

## RESULTADOS

Se revisó el expediente clínico de 41 pacientes a quienes se les realizó resección de quiste tirogloso en el Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional La Raza, en un periodo de cinco años: de Enero 1998 a Julio 2003.

Se excluyo a 18 casos porque el expediente clínico se encontró incompleto para los objetivos de esta revisión o se había depurado prematuramente en el archivo clínico de la unidad.

La muestra fue de 23 pacientes; de ellos, 14 (60.9%) fueron hombres y 9 (39.1%) mujeres.

Por lo que se refiere a la edad, encontramos que el promedio fue de 38 años, un rango de mínima de 16 y máxima de 71 años, los datos se muestran en la tabla III y IV.

Se realizó el diagnóstico principalmente por clínica, se documentó mediante el ultrasonido en donde se evidenció la presencia de una masa en la línea media de la cara anterior del cuello en todos los pacientes.

Las complicaciones tempranas se observaron en 3 (13%) sujetos, en dos (8.7%) se desarrollo fistula y en otro (4.3%) la presencia de seroma, tabla VII

El índice de recurrencia fue de 8.7% - dos sujetos- a quienes no se les practicó la técnica quirúrgica de Sistrunk para la resección del quiste tirogloso, Tabla I y II.

Por lo que se refiere a las dimensiones del quiste tirogloso, encontramos que en 12 (52.2%) individuos midió más de 2 cm. y en 11 (47.8%) menos de dos centímetros. Ver tabla V.

En siete (30.4%) existió el antecedente de infección o formación de absceso en cuello, en cinco (21.7%) se registró el antecedente de cirugía previa en cuello, Tabla VI.

El reporte histopatológico definitivo en seis (26.1%) fue la variedad multiquística, en dos (8.7%) se reportó ruptura de la cápsula del quiste en el transoperatorio. Tabla V, VI.

No se demostró carga genética para la formación de quiste tirogloso.

## DISCUSION.

El quiste tirogloso se presento con mayor frecuencia en nuestra series en Hombres. Con una relación hombre / mujer 1.5:1.0 siendo muy similar a lo comparado En series publicadas por Greineald J. y colaboradores, que mencionan una relación 1.4:1.0. Con un promedio de edad 30<sup>a</sup>. Comparados con los 38<sup>a</sup> en nuestra serie.

El diagnostico fue clinico y el estudio que se realizo con mayor frecuencia para apoyo Diagnostico fue la Ultrasonografía con una especificidad de un 95% muy similar a la Descrita en las series publicadas por Gupta P y colaboradores.

El tamaño del quiste tirogloso fue menor de 2 cm. En 48% de los casos y mayor de 2 cm. En el 52%. Con una tendencia de 3 cm. No se observo ninguna la relación entre el Diámetro del quiste y la recurrencia del mismo posterior a la cirugia. Lo cual es muy Similar a lo publicado en la series por Ducic Y. y colaboradores.

En el 30.4% de los pacientes se observo la presencia de antecedentes de infecciones Previos a la cirugia y en el 21.7% de los pacientes habian antecedentes de cirugia Previas fallidas. Que se han considerado como factores de muy bajo riesgo para Recidiva, por presentar en ocasiones un borraramiento del conducto y de los márgenes Anatómicos según Patel N y colaboradores, lo cual coincide con la nuestra series ya que No se observo ningún dato de recidiva por estos factores.



Se le practico la reseccion de quiste tirogloso a los 23 pacientes de los cuales a 21 (91.3%) se les practico la técnica Sistrunk y a 2 (8.7%) se le realizo escisión simple con Un riesgo de recidiva de mayor del 50% según Patel N y colaboradores, el cual fue Mucho mayor en nuestra serie con un 100%.

El Índice de recidiva en nuestra unidad fue 2 (8.7%) casos, similar a los rangos en las Series Maddalozzo y colaboradores, como en la de Marianowiski, Dedivitis y Colaboradores donde el rango varía entre 3 – 20% con un constante menor 5%.

En 2 (8.7%) casos se presento ruptura de quiste durante el procedimiento quirúrgico. Y Se encontró una variedad histopatológica multiquística en 6 (26.1%) casos. Los cuales Se consideran como factores de baja importancia para riesgo de recidiva según Michelini y colaboradores. Lo cual concuerda con nuestra serie en donde no se observo Ningún índice de recidiva por estos factores.

No encontramos ninguna relación hereditaria con familiares o con recidiva del mismo Por la herencia. Lo cual se corrobora con lo reportado por Greinwald J y colaboradores.

Las complicaciones posquirúrgicas se observaron en 3 (13%) pacientes, los cuales Presentaron 2 (8.7%) de ellos fistulas posterior a la reseccion del quiste, como en un de Ellos un serosa (4.3%). Lo cual concuerda con lo mencionado en las series de Michelini Y colaboradores, que mencionan un porcentaje de complicaciones entre 10 a 20%.

## CONCLUSIONES:

- 1.- El índice de recurrencia del quiste tirogloso en el departamento de cirugía general del HECMR FUE DEL 8.7%
- 2.- El diagnóstico se establece mediante la historia clínica y se corrobora con el US
- 3.- Sugerimos que la técnica quirúrgica que presenta menor índice de recidiva es la de Sistrunk
- 4.- La morbilidad (son las complicaciones) la cual fue 13%
- 5.- Las principales complicaciones se relacionaron con la recidiva del quiste.
- 6.- Nuestros índice de recidiva y complicaciones inmediatas del quiste tirogloso fueron similares a las publicadas internacionales.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- 1.- Maddalozzo J.G. Et al. Complication Asociated with the sistrunk procedure. Laryngos 2001; 111: 119-123.**
  
- 2.- Marianowiski R. Et al. Risk factors for Thyroglossal duct remnants after sistrunk procedure in a pediatric population. Inter. J. of pediatric Otorhino 2003; 67: 19-23.**
  
- 3.- Dedivitis R.J. Et al. Thyroglossal duct: A review of 55 cases. J. of the Am College of surge 2002; 194: 274-277.**
  
- 4.- Ducic Y. Et al. Recurrent Thyroglossal duct cysts: A clinical and pathologic analysis. I. J. of pediatric otorhino. 1998; 44: 47-50.**
  
- 5.- Chandia R. Et al. Histological Characterization of the Thyroglossal tract: Implication for surgical management. Laryngo 2001; 111: 1002-1005.**
  
- 6.- greinwald J. H. Et al. Hereditary Thyroglossal duct cyst. A. of Otolaryngo – Head & Neck surge 1996; 122: 1094-1096.**
  
- 7.- Ayala C.W. Et al. Psammomatous calcification in association with a benign Thyroglossal duct cyst. A. of Otolaryngo – Head & Neck surge 2003; 2: 241-243.**

8.- Nicollas R.N. Et al. Congenital cyst and fistula of the neck. *Inter. J. of pediatric Otorhino* 2000; 55: 117-124.

9.- Gupta P. Et al. Preoperative sonography in presumed Thyroglossal duct cysts. *Archives of Otolaryngo Head & Neck Suge* 2001; 127: 200-2002.

10.- Siem G. Et al. Salivary gland drainage into the Thyroglossal duct. *J. of Laryngo & Otology* 2001; 121: 166-167.

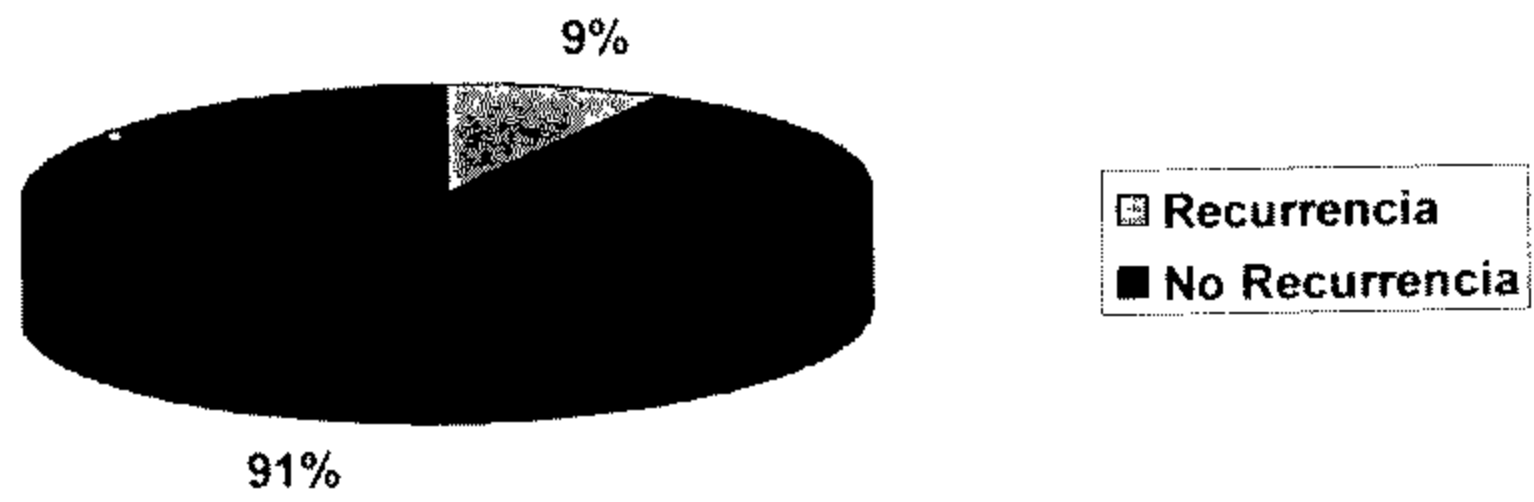
11.- Patel N. Et al. Management of Thyroglossal tract disease after failed sistrunk procedure. *Otolaryngo* 2003; 117: 710-712.

12.- Ducie Y. Et al. Thyroglossal duct cyst in the elderly population. *Am J. of Otolaryngo* 2002; 23: 17-19.

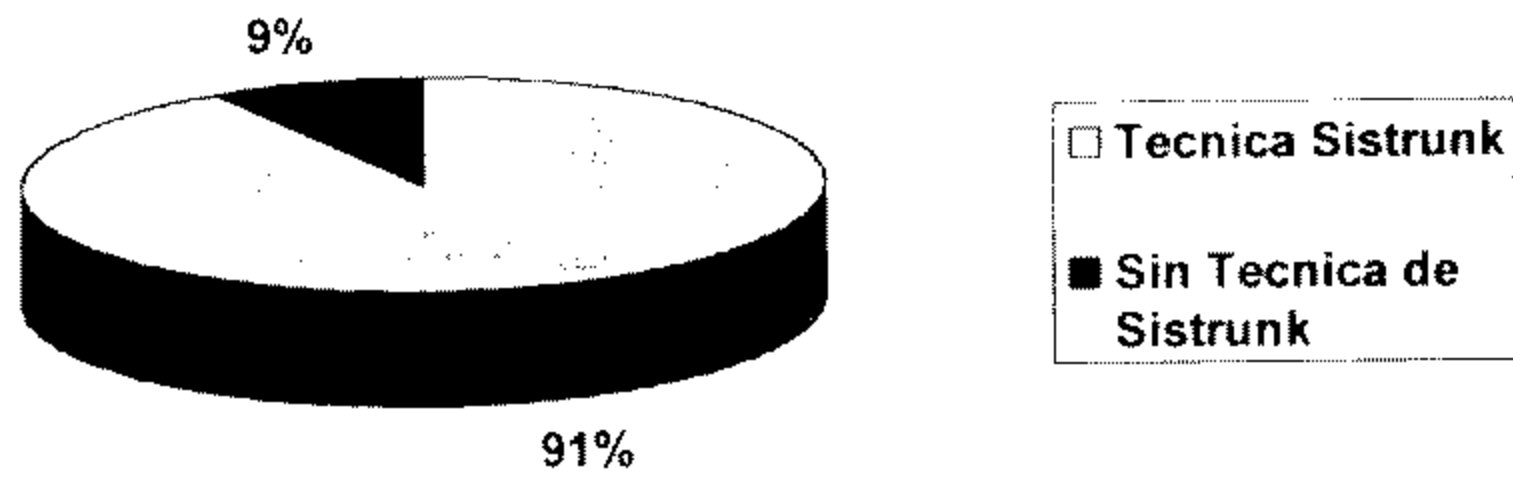
13.- Michelini M.E. Et al. Thyroglossal duct cysts, A retrospective study. *Minerva pediatric* 2003; 55: 51-54.

14.- Moody F.G. Quiste tirogloso. *Enn Schuwartz Principios de cirugia*. Ed Mc Graw Hill.

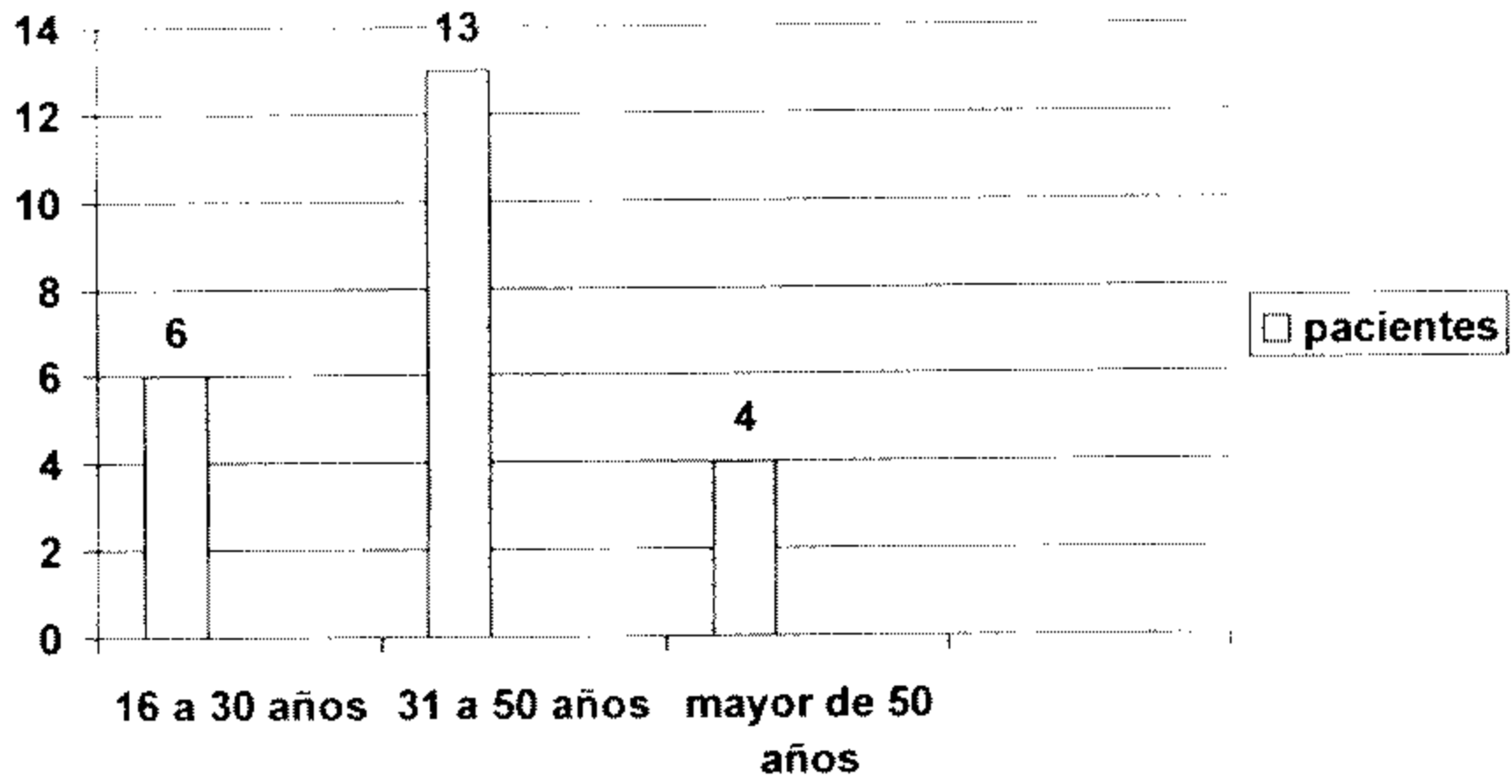
# INDICE DE RECURRENCIA



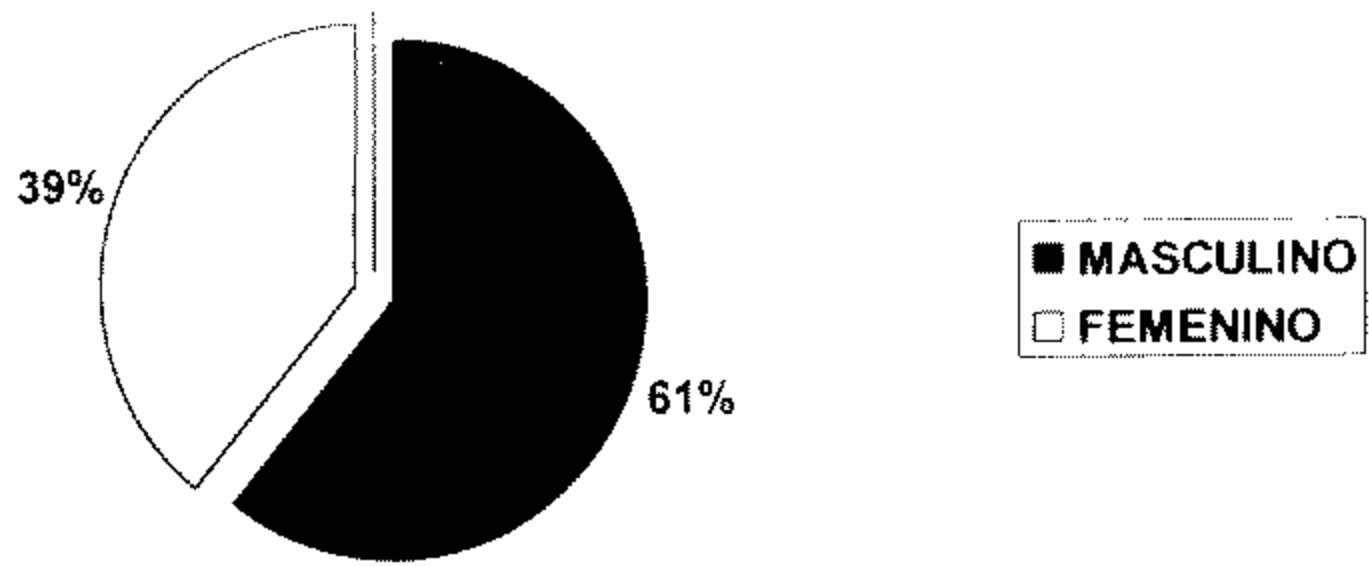
# TECNICA QUIRURGICA



# GRUPO DE EDADES

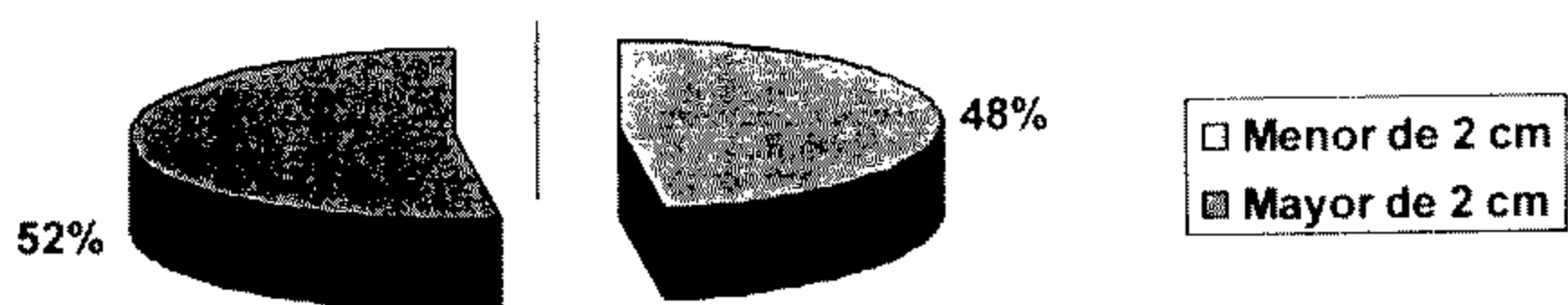


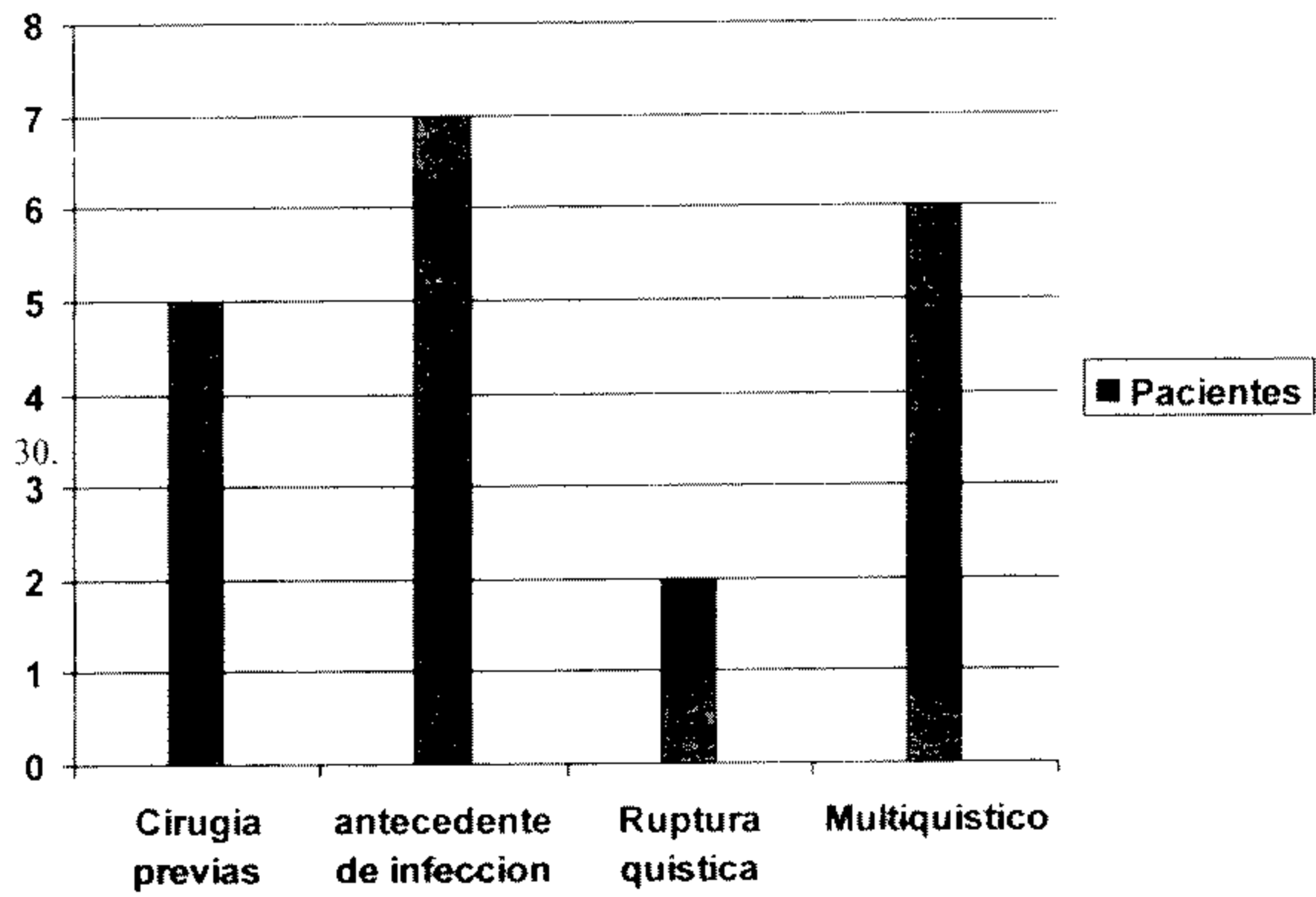
# SEXO



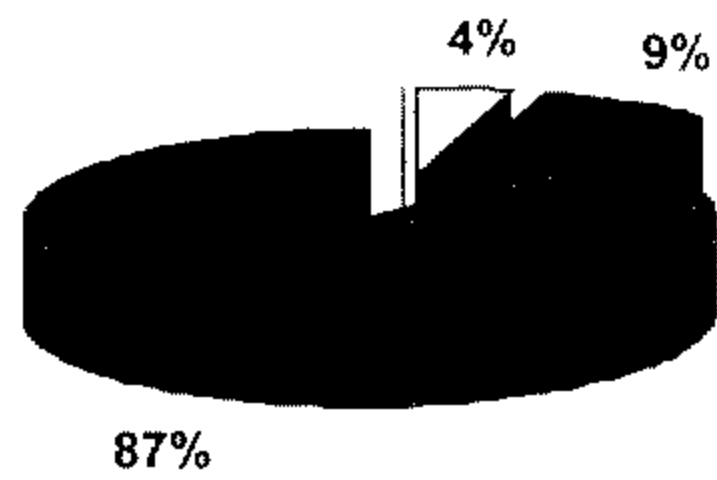


# DIÁMETRO DEL QUISTE





## POSIBLES CAUSAS RECIDIVA



## COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS