



Presentación atípica de quiste de conducto tirogloso en el piso de la boca

Ángel Daniel Huerta-Delgado,*
 Alberto Labra,** Sanjuanita Flores-Lima***

RESUMEN

El quiste de conducto tirogloso es una de las masas más comúnmente localizadas en la cara anterior del cuello. Por lo general tiene una presentación muy típica, así que el diagnóstico clínico y su tratamiento temprano son frecuentes. Presentamos el caso de una adolescente con un quiste de conducto tirogloso que involucraba el piso de la boca.

Palabras clave: Quiste del conducto tirogloso, piso de la boca.

ABSTRACT

Thyroglossal duct cyst is one of the most frequently found masses in the anterior aspect of the neck. It usually has a very typical presentation, so the clinical diagnosis and early treatment are common. We present the case of a girl with a thyroglossal duct cyst that involved the floor of the mouth.

Key words: *Thyroglossal duct cyst, floor of the mouth.*

INTRODUCCIÓN

El desarrollo embriológico de la glándula tiroides inicia en la tercera semana de la vida intrauterina desde una evaginación del endodermo. Éste se mantiene unido al foramen *cecum* a través del conducto tirogloso; el cual normalmente desaparece a la décima semana. La localización final de la glándula se alcanza durante la sexta semana.¹

Los quistes del conducto tirogloso (QCT) suelen encontrarse en niños, pero no son raros en adultos. La embriología de la tiroides explica la localización de ésta y otras lesiones relacionadas con anomalías del desarrollo de la glándula (tiroides lingual y tejido tiroideo ectópico).

La glándula tiroides comienza como una protuberancia en la línea media del suelo de la faringe, entre las bolsas branquiales primera y segunda, hacia la tercera semana de gestación. El esbozo tiroideo forma una estructura tubular tapizada por epitelio, el conducto tirogloso. El lugar de origen del conducto corresponde al agujero ciego, que está localizado detrás de la hilera de papilas circunvaladas con forma de V en la base de la lengua. El conducto penetra el mesodermo subyacente, aumenta de tamaño y desciende como un divertículo bilobulado. En su camino desde la base de la lengua hasta la parte inferior del cuello, atraviesa la musculatura lingual, el músculo milohioideo del suelo de la boca y el triángulo anterior del cuello. Se curva alrededor del borde inferior del hueso hioides y se extiende hacia arriba a través del cuerpo del hioides o en la cavidad de la superficie hioidea posterior. A partir de este punto, continúa su curso inferior y se sitúa por delante de la membrana tirohioidea y los músculos infrahioideos, antes de terminar en lo que será el

* Servicio de Otorrinolaringología Pediátrica del Hospital General de México (HGM), OD.

** Clínica de Trastornos del Sueño de la UNAM.

*** Servicio de Radiología del HGM.

nivel del istmo tiroideo. Hacia la sexta a séptima semanas de gestación, la glándula tiroidea ha recorrido la longitud del conducto y llegado a su posición final, por delante y al lado de la tráquea. El conducto involuciona normalmente, se atrofia y desaparece hacia la octava a décima semanas de gestación. La conexión caudal del conducto puede persistir en forma de lóbulo piramidal de la glándula tiroidea. La migración de la glándula se puede detener en cualquier lugar a lo largo del curso del conducto tirogloso. Dado que el conducto está tapizado por epitelio secretor, se puede formar un quiste en cualquier parte de ese conducto que no involucione, localizándose en la línea media o fuera de la misma. Sin embargo, la mayoría de los quistes se sitúan por debajo del nivel del hioides, en la región de la membrana tirohioidea. Así, se menciona que los porcentajes según su localización son: región suprahioidea 20%, a nivel del hueso hioides 15%, región infrahioidea 65% y alrededor del 2% están dentro de la lengua.

La mayoría de los pacientes con quistes del conducto tirogloso (QCT) presentan masas cervicales asintomáticas (a no ser que existan cambios inflamatorios locales) en los triángulos anteriores del cuello. Las lesiones por encima del cartílago tiroideo suelen estar en la línea media, mientras que las situadas a nivel del cartílago tienden a encontrarse fuera de la línea media. En conjunto, alrededor del 75% de los QCT aparecen en la línea media, lo que los convierte en las masas cervicales más comunes en esa zona. Aunque la firmeza de estas lesiones varía en la exploración física, suelen ser móviles, independientemente de su consistencia. Si persiste una conexión con la base de la lengua o el hueso hioides, el quiste se mueve al sacar la lengua o con los movimientos de la deglución. Las fistulas pueden aparecer en forma espontánea secundaria a una infección o rotura del quiste o como una complicación posoperatoria. Del 10 al 20% de los QCT se pueden presentar en la cara lateral del cuello, la mayoría se presentan en el lado izquierdo, y alrededor del 30% pueden tener tejido tiroideo funcional.² El diagnóstico diferencial del QCT incluye: quistes dermoides, quistes de arcos branquiales, tumores de glándulas salivales, hipertrofia de ganglios linfáticos, tuberculosis y linfomas. El comportamiento maligno de estos quistes ha sido reportado en el 1% de los casos, con enfermedad metastásica en alrededor del 7%.

El cuadro clínico es fundamental para el diagnóstico del QCT. Sin embargo, algunos estudios, como biopsia por aspiración con aguja fina, ultra-

sonografía, tomografía computada (TC), resonancia magnética (RM) y medicina nuclear, pueden ser de gran ayuda.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presenta mujer de 16 años de edad, sin antecedentes de importancia, que fue referida al Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General de México, con un cuadro de 19 meses de evolución caracterizado por aumento de volumen en la cara anterior del cuello, región suprahioidea, con crecimiento súbito y doloroso. El dolor se extendía hacia el piso de la boca. Manifestaba también disfagia. A la exploración física se descubrió un tumor de 6 cm de diámetro en la cara anterior del cuello suprahioideo, en las regiones submentoniana y submaxilar bilateral, el cual no presentaba movilidad a la deglución (*Figura 1*). En el piso de la boca presentaba una masa que desplazaba a éste y a la lengua hacia arriba, aparentemente relacionada con la del cuello. La tomografía computada demostró una masa quística multilobulada en el piso de la boca entre los dos ventres anteriores del digástrico, que



Figura 1. Fotografía clínica de la masa, que muestra aumento de volumen oral y submentoniano.



Figura 2. Tomografía computada que muestra una masa quística localizada en el espacio submentoniano que desplaza hacia la izquierda la glándula submandibular.

desplazaba la glándula submaxilar (*Figura 2*). El gammagrama tiroideo y el perfil hormonal fueron normales. La paciente fue sometida a resección quirúrgica de la masa, mediante un abordaje submentoniano con disección de planos hasta el piso de la boca. Se encontró una lesión quística multilobulada de 9 x 2.5 x 1.5 cm, que se extendía hasta la porción izquierda a través de los músculos geniohioideo y milohioideo hasta la cavidad oral a través del piso de la boca y base de la lengua.

Después de tres años de seguimiento, la paciente se encuentra asintomática.

DISCUSIÓN

Muchos de los QCT muestran una presentación clásica: Aparecen como una masa cervical pequeña en la línea media, justo bajo el hueso hioides, por lo común durante la adolescencia, y que claramente presentan movimiento con la deglución y protrusión de

la lengua. Aunque es infrecuente, éstos pueden presentarse como una alteración hereditaria, muchos con un patrón autosómico dominante.³ Algunos pacientes se presentan con un quiste infectado, acompañados de eritema, fluctuación y drenaje espontáneo.⁴ La tomografía computada es útil para hacer el diagnóstico diferencial, pero en algunos casos, aun con una buena valoración clínica y radiológica, el diagnóstico prequirúrgico preciso es imposible.

Nosotros encontramos sólo un reporte en la literatura mundial sobre QCT dentro del piso de la boca;⁵ se trató de un niño en el que el diagnóstico se estableció a los tres meses de edad. Nuestro paciente demuestra que el QCT puede aparecer en la adolescencia o en etapas posteriores, y que puede crecer en áreas diferentes, tales como el piso de la boca.

La cirugía es siempre necesaria, por el riesgo de transformación maligna. La operación de Sistrunk, la cual incluye la resección de la porción media del hioides, es el tratamiento de elección para evitar recurrencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Waddell A, Saleh H, Robertson N et al. Thyroglossal Duct Remnants. *J Laryngol Otol* 2000; 114: 128-129.
2. Myers EN. Thyroglossal duct cyst. In: Myers EN et al. *Operative otolaryngology head and neck surgery*. Philadelphia: WB Saunders, 1997; 630-637.
3. Grienwald JH, Leichtman LG, Simko MJ. Hereditary thyroglossal duct cysts. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996; 122: 1094-1096.
4. McHenry CR, Danish R, Murphy T, Marty T. Atypical thyroglossal duct cyst: A rare cause for a solitary cold thyroid nodule in childhood. *Am Surg* 1993; 59: 223-228.
5. Dolata J. Thyroglossal duct cyst floor of the mouth: an unusual location. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 110: 580-358.

Correspondencia:

Dr. Ángel Daniel Huerta Delgado
Hospital General de México
Servicio de Pediatría
Dr. Balmis 148
Col. Doctores
06726 México, D.F.
E-mail: adhd@correo.unam.mx