

Tumoración cervical media

M. Morales-Salas, J. Martín Mora, J. Ventura Díaz y F. Muñoz Borge

Servicio ORL. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 283-284)

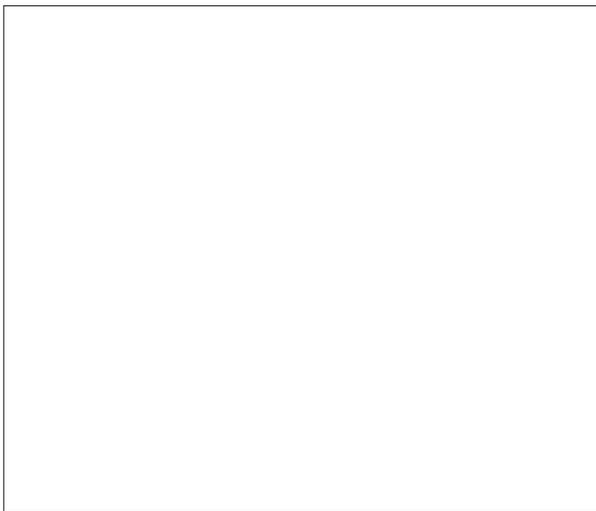


Figura 1. Ecografía cervical. Lesión quística bipoecóica con refuerzo periférico, independiente de glándula tiroidea.

CASO CLÍNICO

Varón de 2 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que presentaba síndrome febril y odinofagia junto a tumoración infrahioidea de reciente aparición, situada en la línea media del cuello. En la exploración se advertía una masa de carácter inflamatorio y consistencia elástica, que fluctuaba y se desplazaba con los movimientos deglutorios, así como un enrojecimiento difuso de la orofaringe. Se palpaban pequeñas adenopatías inflamatorias acompañando al cuadro infeccioso de vías altas que presenta el niño desde hacía 2 días. Se realizó ecografía cervical con transductor de partes blandas, poniéndose de manifiesto una imagen redondeada de contenido líquido, localizada en la línea media e independiente de la glándula tiroidea (fig. 1).

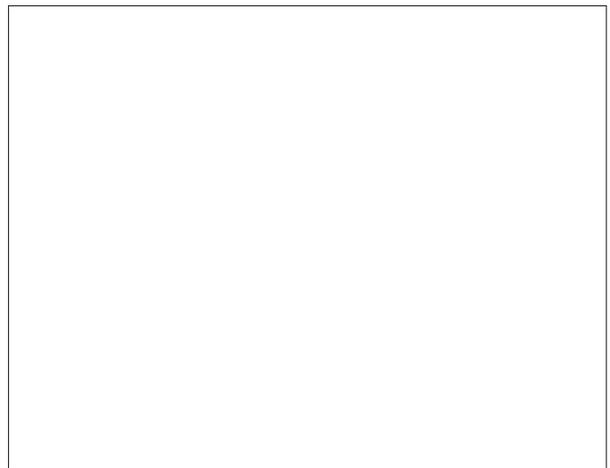


Figura 2. Tejido tiroideo ectópico de la pared del quiste.

Se administró antibioterapia de amplio espectro y, tras 24 h de iniciada la misma, se advirtió la presencia de un líquido purulento que en escasa cuantía drenaba por un orificio puntiforme en la base lingual, de las mismas características que el que aparecía a través de una fístula a la piel a nivel infrahioideo. Al mes fue intervenido quirúrgicamente, con resección en bloque de la lesión, trayectos fistulosos y piel adyacente. El resultado anatómopatológico fue informado como estructura quística revestida por epitelio escamoso estratificado e islotes de tejido tiroideo ectópico (fig. 2). Transcurridos 6 meses, el paciente se encuentra asintomático y sin evidencia clínica de recidiva.

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?

Correspondencia: Dra. M. Morales-Salas. Salvador Dalí, 5, 2.º A. 41008 Sevilla.

Recibido en agosto de 1999.

Aceptado para su publicación en septiembre de 1999.

QUISTE DE CONDUCTO TIROGLOSO FISTULIZADO A PIEL Y LENGUA

La falta de obliteración del conducto tirogloso, que desaparece alrededor de la décima semana de gestación, dará lugar a una lesión quística con material coloide en su interior.

El quiste del conducto tirogloso es casi siempre único, redondeado y de tamaño variable. Es la masa cervical benigna más común tras las adenopatías inflamatorias. No existe predominio de sexo, realizándose el diagnóstico antes de los 10 años de edad en el 30% de los casos, y tras los 30 años en el 35% de los pacientes. Es raro que aparezcan antes de los 5 años, siendo excepcional la existencia de complicaciones infecciosas previas a esta edad. En el 75% de ellos, el quiste está localizado en la línea media cervical, y sólo el 10-24% se dispone lateralmente. Alrededor del 65% son infrahioideos, el 10% suprahioideos, y el resto mesohioideos. Se describe un 2% de casos intralinguales.

El quiste suele ser asintomático, tan sólo si existe sobreinfección y fistulización externa presentará síndrome febril con supuración y halo inflamatorio alrededor del punto de drenaje¹. En ocasiones el quiste puede drenar intraoralmente, y no es raro su aumento de tamaño tras infecciones de vías respiratorias altas. Los gérmenes implicados en estos procesos serán *Haemophilus influenzae* y *Staphylococcus aureus*.

El quiste y el conducto están revestidos por un epitelio escamoso estratificado o ciliado pseudoestratificado, pudiendo existir glándulas mucosas o tejido tiroideo ectópico en su pared, lo que ocurre en un 25% de casos, así como en el tejido conectivo circundante. El contenido es un líquido cetrino, purulento cuando se infecta.

Se han descrito alrededor de 100 casos de malignización del tejido tiroideo ectópico situado en el interior del quiste, lo que corresponde a un 0,7% de todos los quistes tiroglosos. En la edad pediátrica, tan sólo han aparecido 5 casos, siendo todos ellos de la variedad papilar².

La ecografía es la técnica de elección en estas edades, ya que puede ser realizada sin contar con la colaboración estrecha del paciente. Una lesión quística con refuerzo posterior y márgenes bien definidos es la imagen característica. Tabicamientos y estructuras sólidas en el interior del quiste pueden ser también hallados, lo que nos hará sospechar la presencia de un tumor o una infección. Permitirá, además, la identificación de trayectos fistulosos hacia la piel y la lengua, así como la presencia de recidivas. Cuando resulte imposible el estudio con radioisótopos, esta técnica permite detectar la presencia de una glándula tiroidea normal. La TC proporciona una imagen cuya intensidad varía según la cantidad de proteínas contenidas en el líquido del quiste, que aumentarán ante las sobreinfecciones del mismo³. La aparición

ocasional de calcificaciones periféricas nos pondrá tras la pista de un posible carcinoma papilar asociado. En la RM, la imagen en T1 es variable, siendo típicamente hiperintensa en T2.

El diagnóstico diferencial debe incluir las masas cervicales inflamatorias, neoplásicas o congénitas. Aunque la mayoría sean debidas a linfadenopatías benignas, una tumoración cervical asintomática es la forma más común de presentación de una neoplasia en un niño. Las lesiones quísticas suelen corresponder a malformaciones vasculares o remanentes de hendiduras faríngeas, mientras que las formaciones sólidas son generalmente neoplásicas o inflamatorias. Dentro de la patología tiroidea, las ectopias y los quistes intraglandulares, secundarios algunos de ellos a la persistencia del conducto tirogloso, deben ser considerados, junto a los abscesos tiroideos derivados de anomalías branquiales congénitas y a los nódulos parenquimatosos tiroideos⁴.

La eficacia del tratamiento se basa exclusivamente en la cirugía. El enfriamiento del proceso infeccioso, si existe, debe ser un paso previo, pero no la única arma terapéutica. La exéresis completa conlleva siempre la resección del cuerpo del hioides debido a su relación embriológica con el conducto tirogloso¹. La edad no es límite de exclusión, pudiéndose extirpar un quiste a partir de los 3 años cuando es asintomático, y a cualquier edad si existe sobreinfección.

La técnica de Sistrunk, consistente en la disección en bloque del quiste con su conducto hasta la base de la lengua junto a los posibles trayectos fistulosos, es de elección en la actualidad. Una cirugía incompleta será siempre la causante de una recidiva⁵, lo que es más frecuente cuanto a más corta edad se realiza la intervención, debido a la dificultad técnica y anatómica para identificar las diferentes estructuras. En los casos de carcinoma sobreañadido, algunos autores prefieren asociar a esta técnica un procedimiento más radical, como la ablación parcial de la glándula tiroidea y de las posibles adenopatías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Antón J, Cano I, Vilarino A, Herrero E, Cuadros J. Quistes de conducto tirogloso: análisis de los errores diagnósticos y causas de recurrencia. *An Esp Pediatr* 1992; 36: 121-124.
2. Yoo K, Chengazi V, O'Mara R. Thyroglossal duct cyst with papillary carcinoma in an 11-year-old girl. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 745-746.
3. Burkhardt M, Gálvez M, Fernández MA. Expresión cutánea inusual de una malformación del conducto tirogloso. *An Esp Pediatr* 1993; 38: 463-464.
4. Yoskovitch A, Laberge J, Rodd C, Sinsky A, Gaskin D. Cystic thyroid lesions in children. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 866-870.
5. Burgués PL, Gómez ME, Royo Y et al. Quistes del conducto tirogloso. ¿Influyen los episodios inflamatorios previos en el número de recidivas? *An Esp Pediatr* 1996; 44: 422-424.