

Fístula tiroglosa con trayecto infrecuente

Thyroglossal fistula with uncommon pathway

Dr. Jorge Palomo Luna, MsC. Andrés Manuel de la Fé Soca, MsC. Isel de la Caridad Bestard Hartman, MsC. Yanilia de las Mercedes Ramírez Salinas y Dr C. Celso Suárez Lescay

¹ Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de un paciente que presentaba una fístula cervical de la línea media, con 2 orificios: uno externo en la región hioidea y otro en el espacio supraclavicular izquierdo que se correspondía con el mismo proceso morboso, lo cual fue confirmado posteriormente al efectuar la extirpación en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, donde fuera atendido el afectado. Conforme a los resultados anatomo-patológicos, se diagnosticó finalmente una fístula tiroglosa con una prolongación al espacio supraclavicular.

Palabras clave: fístula tiroglosa, región hioidea, espacio supraclavicular, tratamiento quirúrgico, atención secundaria de salud

ABSTRACT

The case report of a patient who presented with a cervical fistula of midline, with 2 holes: an external hole in the hyoid region and another in the left supraclavicular space that corresponded to the same disease process is described, which was later confirmed by removing it in "Dr. Joaquín Castillo Duany" Clinical Surgical Teaching Hospital of Santiago de Cuba, where the patient was attended. According to pathological results, a thyroglossal fistula with a prolongation to the supraclavicular space was finally diagnosed.

Key words: thyroglossal fistula, hyoid region, supraclavicular space, surgical treatment, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

Las fístulas tiroglosas, o fístulas cervicales de la línea media, pueden ser congénitas o adquiridas; estas últimas son secundarias a la apertura espontánea o quirúrgica de un quiste tirogloso. Dichas fístulas se derivan del trayecto tirogloso de Bochdaleck que se forma a partir de un hundimiento del intestino faringeo, el que posteriormente se constituirá en el foramen caecum de la lengua, ubicado en su línea media.¹

Este trayecto de paredes fibrosas, constituido por un cordón epitelial (conducto tirogloso de Bochdaleck), si no se atrofia, da lugar a la formación de quistes y fístulas bien definidos en la línea media cervical, los que también determinan la relación de este con el hueso hioideo y pueden llegar desde la base de la lengua hasta la región anteroinferior del cuello. El conducto tirogloso se encuentra atrás del hioideo la mayoría de las veces,

pero no es raro hallarlo delante, lo que conduce a la necesidad de extirpar este tejido óseo por medio de la cirugía del conducto tirogloso (operación de Sistrunk).^{2,3}

Un signo patognomónico de la afección es el movimiento vertical del abultamiento al deglutar y durante la protracción lingual. Se hace necesario determinar la efectividad del diagnóstico clinicohistopatológico en estas lesiones congénitas cervicofaciales.⁴

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un paciente de 27 años de edad, con color de la piel negro, quien refirió padecer recrecimientos de la parte anterior del cuello desde pequeño, y cuando estos reventaban, salía un líquido purulento. Había sido hospitalizado y operado y se mantuvo asintomático un tiempo. Posteriormente, a los 4 años de la intervención quirúrgica, comenzó a presentar dolor nuevamente y aumento del volumen en el mismo sitio y en el orificio por encima de su clavícula izquierda además, con una secreción mucosa filante por ambos orificios, que en ocasiones era purulenta, a lo cual se añadía la presencia de estados febriles.

Examen físico

Se observó un tumor redondeado en la parte anterior del cuello, adherido a planos superficiales en la línea media de la región hioidea, que tenía consistencia firme y un orificio fistuloso, cubierto de pequeñas costras y con cierta reacción eczematosa de la piel en esa área. Se movía en sentido vertical con la deglución y, según el paciente, era indoloro (figura 1 a-b).



Fig 1 a-b. Cuello del paciente en el período preoperatorio

Se apreció, también, que la piel se retraía durante la deglución en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo (EMC) izquierdo, en el límite de su tercio inferior con el medio, el que se continuaba con un cordón duro que hacía relieve en la piel y se palpaba por debajo de esta, para terminar en un proceso cicatricial ubicado en el hueco supraclavicular izquierdo. El resto del examen físico fue normal.

Exámenes complementarios y estudio radiográfico

Las pruebas hematológicas resultaron normales.

El estudio radiográfico contrastado reveló un bolsón quístico y trayecto fistuloso relacionado con el hioídes. El cordón lateral no se rellenaba con el contraste.

Al intervenir quirúrgicamente, por la técnica de la escalera, el abultamiento resultó un granuloma fibroso que englobaba al hioídes, muy adherido a la piel y los tejidos inmediatos.

Fue disecado y seccionado el trayecto lingual de la fistula, conjuntamente a la porción media del hioídes. Se disecó, además, el cordón lateral izquierdo, que se iniciaba desde el mismo granuloma hasta la plicatura existente en el borde anterior del ECM; posteriormente se continuó la disección hasta el orificio ubicado en el espacio supraclavicular, con la extracción de la pieza (figura 2).



Fig 2. Pieza quirúrgica con fragmentos

Resultados anatomopatológicos

- Trayecto fistuloso, revestido de epitelio pavimentoso concomitante con tejido tiroideo atrófico
- Inflamación crónica difusa
- Fibrosis (figura 3)

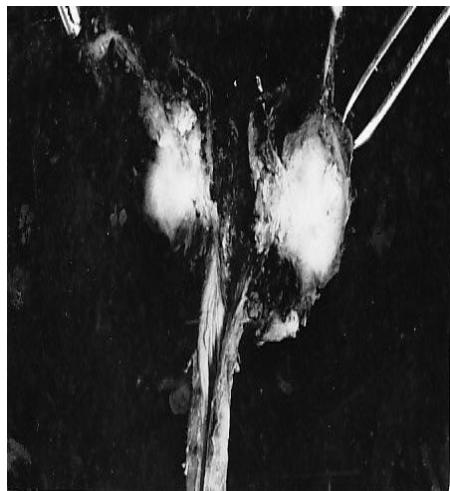


Fig 3. Demostración del trayecto fistuloso

La evolución del paciente fue satisfactoria en el período posoperatorio (figura 4).



Fig 4. Paciente luego de la intervención quirúrgica

COMENTARIOS

Las fístulas cervicales de la línea media: fístulas tiroglosas, como bien señala su nombre y se observa en la evolución de estas, su trayecto y orificio se encuentran en la línea media, por encima o por debajo del hueso hioideo, y atraviesa desde la piel hasta el agujero ciego en la base de la lengua (foramen caecum), de modo que contacta con el hioideo en su trayecto.

De hecho, los quistes o fistulas del conducto tirogloso suelen ocurrir en la primera década de la vida, aunque también pueden presentarse en cualquier edad. Un porcentaje de

estas lesiones está a un lado de la línea media, lo que demuestra que no siempre se encuentran en la línea media del cuello.³

Como todas las fistulas congénitas pueden formar trayectos externos o internos, completos o incompletos.

Las personas con dicha afección presentan un orificio externo en la línea media cervical o cerca de esta, que se caracteriza por su umbilicación en el acto de la deglución. El orificio externo aparece generalmente en la línea media de la región hioidea y, en la mayoría de los casos, por debajo del hueso hioideo. Algunos autores, como Conde Jahn,³ señalan la presencia de este orificio en el hueco supraclavicular, aunque no lo observaron en sus pacientes.

Estos trayectos fistulosos son indoloros mientras no se infectan; su orificio externo se reconoce por presentar mayor pigmentación o por su umbilicación en el acto de la deglución y, en ocasiones, se asocia a un proceso eccematoso. Pueden observarse también cicatrices de heridas quirúrgicas (intentos de exéresis o drenajes de abscesos).

Alonso³ refiere que las fistulas tiroglosas no pueden ser confundidas con las fistulas de otros procesos inflamatorios de la región cérvico-facial, o con las secundarias a un foco bucal o a una actinomicosis, porque presentan un cuadro clínico característico y se sospecha físicamente su pronóstico ante:⁶

- Tumor redondeado en la base de la lengua.
- Abultamiento en la región hioidea que se mueve al deglutir.
- Presencia de un orificio fistuloso en el área anterior del cuello y en su línea media en el hioideo.

Se ofrece el diagnóstico clínico si existen los elementos clínicos mencionados y el orificio fistuloso en la región hioidea, lo que será confirmado mediante un estudio radiográfico contrastado, que permitirá conocer si están el trayecto y sus ramificaciones, si hay contacto hioideo o no, y si se detecta una fistula (con quiste o sin este).

En este caso, el paciente presentaba el orificio hioideo en la línea media y se comprobó, mediante la fistulografía, su trayecto hacia el hioideo. Se apreció, además, otro trayecto hacia la región izquierda del cuello, que seguía la dirección del esternocleidomastoideo y no se llenó con la fistulografía, lo que hizo pensar en la posibilidad de una fistula branquial asociada.⁷

El diagnóstico diferencial se realizará con:^{8,9,10}

- Fístula cervical por inflamación del maxilar inferior
- Fístula cervical por tumor del piso bucal
- Fístula cervical secundaria a una actinomicosis
- Fístula cervical secundaria a una tuberculosis
- Fístula branquial
- Quiste tirogoso carcinomatoso
- Quiste broncogénico cervical
- Tiroiditis aguda supurada

Para tratar esta afección solo se aplicará el tratamiento quirúrgico, puesto que es el único que la eliminaría totalmente, con muy bajo índice de recidivas. Es fundamental la resección de la porción media del hueso hioideo y la disección del trayecto fistuloso hasta el foramen caecum.

Según Conde Jahn,³ Moseley plantea la presencia de un conducto desde el hueso hioideo hasta cualquier sitio del espacio supraclavicular, y de un orificio, que explica como secundario a una vía de drenaje creada por el organismo. La teoría de Moseley se ajusta perfectamente a lo descrito en este caso, incluidos el cuadro clínico y hallazgo quirúrgico.

Este tipo de afección resulta infrecuente, por ello se decidió presentarla. La variante de la fistula tiroglosa (con una extensión fistulosa al espacio supraclavicular izquierdo en un paciente que había sido tratado desde niño, en varias ocasiones, por este proceso morbos) fue examinada adecuadamente, además de la realización de una buena anamnesis que permitió la aplicación de los exámenes necesarios para un correcto diagnóstico. El tratamiento quirúrgico eliminó el problema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paparella M, Shumrick D. Manual de otorrinolaringología. 2 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1982. p. 1431-68.
2. Guzmán P, Baeza A, Cabello A, Montecinos A, Leal CH, Roa J. Carcinoma papilar en quiste del conducto tirogoso. Reporte de dos casos. Rev Med Chile. 2008; 136(9): 1169-74.
3. Conde Jahn F. Otorrinolaringología. Barcelona: Editorial Científico-Médica; 1972.
4. Medina Vega LD, Márquez Rancaño E, Concepción Guzmán J, Rodríguez Jiménez R, Martín Pino J. Correlación clínico-cistohistológica de los quistes congénitos cervicales. Rev Esp Cirug Oral Maxilofac. 2004; 26(1): 22-8.
5. Alonso JM. Tratado de otorrinolaringología y broncoesofagología. Barcelona: Editorial Paz-Montalvo; 1964.
6. Perinetti HA, Boremans CG. Patología tiroidea. Compendio. Buenos Aires: Universidad Nacional de Cuyo; 2000.
7. García C, O'Brien A, Villanova E, Otero J, Parra R. Anomalías congénitas del aparato branquial. Rev Chilena Radiol. 2007; 13(9): 147-53.
8. Pérez JA, Grabielli M, Felmes O. Quiste broncogénico cervical (1 caso). Rev Chilena Cir. 2008; 60(1): 51-4.
9. Al Awad A, Chow G, Zambrano V, Arias E, Chirinos J. Carcinoma papilar en un quiste tirogoso. Reporte de un caso. Rev Ven Cir. 2005; 58(4): 140-5.
10. Gradrosich V, Hernández MI, Zamora B, Izquierdo C. Tiroiditis aguda supurada. Rev Med Chile. 2004; 132: 219-22.

Recibido: 13 de marzo de 2012.

Aprobado: 16 de abril de 2012. □□

Jorge Palomo Luna. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Punta Blanca s/n, Santiago de Cuba, Cuba.