

Extrusión cutánea como manifestación atípica de un quiste del conducto tirogloso

Jesús Nomdedéu-Guinot^a, David Martínez-Ramos^b, Juan Gibert-Gerez^a y Luis Alfaro-Ferreres^c

^aServicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Rey Don Jaime. Grupo NISA. Castellón. España.

^bServicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Castellón. Castellón. España.

^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Rey Don Jaime. Grupo NISA. Castellón. España.

El conducto tirogloso es una estructura tubular y estrecha que tiene su origen en el descenso del tiroides desde el foramen caecum –que en el adulto se localiza en el tercio posterior de la lengua– hasta su posición definitiva en el cuello. Este conducto normalmente involuciona entre las semanas 8 y 10 de gestación, y llega a desaparecer. Sin embargo, si durante este proceso de migración se produce alguna alteración, persistiendo cualquier segmento de dicho conducto, las secreciones de su epitelio, sobre todo secundariamente a infecciones o inflamaciones locales repetidas, pueden originar lesiones quísticas, conocidas como quistes del conducto tirogloso^{1,2}.

Recientemente atendimos a un varón de 23 años de origen magrebí por presentar una lesión irregularmente sobreelevada de aproximadamente 15 cm de longitud y 1 cm de anchura, localizada en la línea media del cuello, que se extendía por encima del cartílago tiroideo hasta la escotadura supraesternal (fig. 1). El paciente refería haber presentado esta misma lesión desde la infancia y no recordaba traumatismos u otras alteraciones como hemorragia o supuración en dicha zona. Las exploraciones complementarias descartaron comunicación con otras estructuras, y se decidió la exéresis quirúrgica de la lesión. Durante la cirugía se pudo comprobar que dicha lesión estaba limitada a la piel y el tejido celular subcutáneo, sin afectación de otros órganos. El estudio anatomo-patológico demostró que se trataba de una zona fistulosa y quística tapizada por epitelio escamoso y cilíndrico compatible con quiste del conducto tirogloso.

Los quistes del conducto tirogloso suelen diagnosticarse durante la edad pediátrica o en la adolescencia y se manifiestan, normalmente, como una tumoración alargada, de entre 1,5 y 3,5 cm, localizada en la línea media (el 75% de los casos) o a menos de 2 cm de ésta (en el 25%). En otras ocasiones, el diagnóstico se establece como consecuencia de la infección del quiste, lo que produce un aumento de su tamaño, enrojecimiento, dolor, etc. Cuando un quiste del conducto tirogloso drena de

forma crónica, puede llegar a causar una fistula en la piel o, más raramente, en otras estructuras adyacentes². Así, aunque no hemos encontrado en la literatura consultada casos de extrusión del conducto tirogloso similares al nuestro, y desconocemos con exactitud el mecanismo fisiopatológico que ocasionó esta manifestación atípica, podemos pensar que un defecto durante el desarrollo embrionario produjo una persistencia casi total de este conducto –similar a la comunicada por Manzano et al³–, posteriormente, este quiste se infectó y, como consecuencia, produjo un drenaje espontáneo o una fistulización crónica que, al no ser tratada adecuadamente, cicatrizó de manera anómala, con el resultado que se aprecia en la figura 1. No obstante, sería necesario conocer con precisión la evolución clínica de la lesión para poder descartar otras posibilidades, como la extrusión congénita o su aparición de forma secundaria a un traumatismo; ninguna de ellas comunicadas previamente.

Sea como fuere, el tratamiento de estas lesiones debe ser, como en el caso presentado, la exéresis quirúrgica pues, por un lado, las tasas de recidiva con otras opciones terapéuticas, como el drenaje simple o la inyección de etanol, son demasiado elevadas⁴ y, por otro, aunque es infrecuente (el 1% de todos los casos), estos quistes presentan riesgo de malignización hacia diferentes tipos de carcinoma, tales como carcinoma papilar, folicular, mixto y escamoso, entre otros⁵.



Fig. 1. Aspecto de la lesión localizada en la línea media del cuello.

Correspondencia: Dr. D. Martínez-Ramos.
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General de Castellón.
Avda. Benicàssim, s/n. 12004 Castellón. España.
Correo electrónico: davidmartinez@comcas.es

Manuscrito recibido el 25-10-2007 y aceptado el 19-11-2007.

Cartas científicas

Bibliografía

1. Koeller KK, Alamo L, Adair CF, et al. Congenital cystic masses of the neck: radiologic-pathologic correlation. Radiographics. 1999;4: 121-46.
2. Townsend CM, Beauchamp RD, Mattox KL, et al. Sabiston. Tratado de patología quirúrgica. 16.a ed. México: McGraw-Hill; 2003.
3. Manzano JA, Meseguer EL, Banegas A, Santos JM. Total persistence of thyroglossal duct with direct communication between cyst and foramen caecum. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2005;262:884-6.
4. Baskin HJ. Percutaneous ethanol injection of thyroglossal duct cysts. Endocr Pract. 2006;12:355-7.
5. Echenique-Elizondo M. Cáncer tiroideo sobre quiste del conducto tirogloso. Cir Esp. 2000;67:567-71.