



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. jul-dic. 1997; 1(2):36-45

ARTÍCULO ORIGINAL

Quistes y fistulas branquiales y tiroglosas 5 y 10 años. Hospitales Provinciales. Pinar del Río

Branchial and thyroglossal cysts and fistulas

Maria E. Marimón Torres¹, Xiomara González González².

¹Especialista de Primer Grado en Cirugía máxilo facial. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río.

²Especialista de Primer Grado en Cirugía máxilo facial. Hospital "Ab el Santamaría" de Pinar del Río.

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de 112 pacientes con el diagnóstico de quiste y fistulas branquiales y tiroglosas, atendidos en los hospitales provinciales Clínico "Abel Santamaría" y el Hospital Pediátrico "Pepe Portilla" de Pinar del Río en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero de 1986 y el 31 de diciembre de 1995. De las entidades estudiadas el 54.4% correspondió a quistes tiroglosos, 34.8%, a quistes branquiales, y las fistulas branquiales y tiroglosas el 5.4%, cada una. Los quistes branquiales y tiroglosos predominaron en el grupo de 0 a 14 años. La utilización de los medios auxiliares de diagnóstico fue limitada siendo el ultrasonido el más usado con una efectividad del 66.6%. Para todas las entidades el tratamiento fue quirúrgico.

DeCS: QUISTE TIROGLOSO/diagnóstico, BRANQUIOMA.

ABSTRACT

A retrospective study was carried out in 122 patients presenting cysts and branchial and thyroglossal fistulas. The sample was taken from Abel Santamaría General Hospital and Pepe Portilla Pediatric Hospital, both located in Pinar del Río. It took into account the period between January the 1th, 1986 and December the 31th, 1995. According to the studied entities; thyroglossal cysts and thyroglossal and branchial fistulas were responsible for 54.4%, 34.8% and 5.4% respectively. Branchial and thyroglossal cysts predominated in 15 to 29-year group, while the fistulas account for an 83.3% in 0 to 4-year group. Diagnostic aid use was restricted being ultrasound the most useful (effectivity). Surgical treatment was used in all cases.

DeCS: THYROGLOSSAL CYSTS/diagnosis, BRANCHIOMA

INTRODUCCIÓN

El cuello es una región anatómica de gran importancia en el que se agrupan órganos y estructuras que algunas le son propias y otras, perteneciendo a distintos sistemas, lo ocupan en parte y resultan vitales para el organismo.

Entre las tumoraciones que pueden encontrarse en el cuello están las anomalías congénitas que se derivan del tracto tirogloso y del primitivo sistema branquial. Estas se localizan en la línea media y región lateral en forma de trayectos fistulosos o masas quísticas.

Las anomalías de la segunda hendidura branquial son mucho más frecuentes, de ellas se derivan los quistes branquiales.¹ Las entidades derivadas de la persistencia de la primera hendidura branquial se presentan en forma de senos y fistulas, se hacen evidentes ya en el nacimiento o más tardíamente.²⁻¹³

El conducto tirogloso debe reabsorberse al final de la quinta semana del embrión, si esto no sucede y permanece permeable en toda su extensión da lugar al quiste y/o fístula tiroglosa.

Estos quistes y fistulas son tratados por diferentes especialidades, y aunque en ocasiones se han seguido diversas conductas terapéuticas, la mayoría de los autores coinciden con el tratamiento quirúrgico como elección, máxime si tenemos presente el hallazgo reportado en algunas revisiones de carcinomas papilares en las paredes de algunos quistes tiroglosos²⁻⁶ del controversial carcinoma branquiógeno a partir del epitelio de revestimiento de un quiste branquial⁷⁻⁸ así como la tendencia a infectarse que tienen estas entidades.¹

Con este trabajo nos propusimos realizar un estudio de quistes y fistulas branquiales y tiroglosas de los pacientes atendidos en los hospitales "Abel Santamaría", Clínico Quirúrgico y el Pediátrico "Pepe Portilla" de Pinar del Río para determinar cuales son los mas frecuentes, que edad y sexo son los mas afectados, la utilización y efectividad de medios auxiliares de diagnostico y técnicas quirúrgicas utilizadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de quistes y fistulas branquiales y tiroglosas tratadas y operadas en los Hospitales Clínico Quirúrgico, "Abel Santamaría" y Pediátrico "Pepe Portilla" en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1986 y el 30 de diciembre de 1995 aclarándose que por dificultades en la preservación de los informes anatomopatológicos en el Hospital Pediátrico "Pepe Portilla" solo pudo recogerse los datos de los primeros 5 años.

La muestra fue extraída de los registros estadísticos del departamento de Anatomía Patológica de los tres hospitales de donde obtuvimos el diagnóstico. Posteriormente se solicito al departamento de archivo y estadística las historias clínicas de estos pacientes de donde se recogieron los datos de interés.

Las variables estudiadas en los pacientes con tales entidades fueron: sexo, grupos etáreos, que se dividieron en intervalos de 15 años, la ubicación anatómica (hemicuello derecho, hemicuello izquierdo, línea media). Los medios auxiliares de diagnostico empleados (biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), ultrasonido, ganmagrafía, y Fistulografía) y las técnicas quirúrgicas empleadas en cada paciente.

RESULTADOS

El quiste tirogloso fue la entidad mas frecuente en 61 pacientes para un 54.4%.

La línea media fue la localización mas frecuente del quiste y fístula tiroglosa.

El quiste branquial se presento en un 34.8%.

No hubo diferencias significativas en cuanto al sexo, salvo un discreto predominio de los quistes tiroglosos en el sexo masculino.

El grupo de edad en que predominaron los quistes branquiales y tiroglosos fue el de 15-29 años con 49.6%.

El 66.6% de las fistulas se ubicaron en el grupo de 0 -14 años.

La utilización de medios auxiliares de diagnostico fue limitada, el ultrasonido fue el mas usado con una efectividad del 66.6%.

La técnica quirúrgica mas usada fue la incisión transversal con 25.9%.

En el 53.6% no se describe la técnica.

DISCUSIÓN

En la tabla 1 se presenta la distribución de las entidades estudiadas según sexo, observamos en total predominio de los quiste tiroglosos con 54.4%. El segundo lugar lo ocupan los quiste branquiales con 34.8% seguido de las fistulas branquiales y tiroglosas con 5.4% cada una. En la literatura revisada hay muchos trabajos de quiste y fistulas branquiales y tiroglosas, pero solo en los trabajos de Díaz Fernández⁹ y Otero Cruz¹⁰ de los revisados por nosotros hace una comparación de estos y sus resultados son semejantes a los nuestros excepto en los quistes branquiales que Otero Cruz solo reporto un 2%.

Tabla 1. Distribución de quistes y fistulas branquiales y tiroglosas según sexo.

Entidad	Q. Branq		Q. Tirog		F. Branq		F. Tirog		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Femenino	19	35,8	27	51,0	4	7,5	3	5,7	53	100
Masculino	20	33,9	34	57,6	2	3,4	3	5,1	59	100
Total	39	34,8	61	54,4	6	5,4	6	5,4	112	100

Fuente: Dpto. de Archivo y Anatomía Patológica Hospitales Pediátrico "Pepe Portilla", Clínico Quirúrgico y Abel Santamaría. Pinar del Río.

Con respecto al sexo observamos un discreto predominio en el masculino para los quiste tiroglosos 57.6% por 51.0% en el femenino discrepando con el estudio de Díaz Fernández realizado en Santiago de Cuba¹¹ y coincidiendo con Nathanson y Katz^{12,13} quienes no hallan diferencias sustanciales.

En la tabla 2 aparecen representados los quistes y fistulas branquiales y tiroglosas por grupos de edades observando que en el intervalo de 0 -14 años hay 19 pacientes en total para un 16.9%.

Tabla 2. Pacientes con quistes y fistulas branquiales y tiroglosos tratados según grupo de edades. 1986-1995.

Grupo etáreo	Q. Branq		Q. Tirogl.		F. Branq.		F. Tirogl.		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
0-14	3	7,69	6	9,84	6	100	4	66,66	19	16,96
15-29	19	48,72	35	57,38	-	-	1	16,67	55	49,12
30-44	12	30,77	9	14,75	-	-	-	-	21	18,75
45-59	4	10,26	7	11,48	-	-	1	16,67	12	10,71
60-75	1	2,56	4	6,55	-	-	-	-	5	4,46
Total	39	100	61	100	6	100	6	100	112	100

Fuente: Dpto de Archivos y Anatomía Patológica Hospitales Pediátrico "Pepe Portilla", Clínico Quirúrgico y Hosp. "Abel Santamaría. Pinar del Río.

Recordamos que en este grupo solo aparecieron los datos de 5 años. Lo mas revelante en este es que de 12 fistulas halladas en nuestro estudio 10 tenían menos de 14 años lo que coincide con los resultados de Díaz Fernández.¹¹ Un dato interesante lo constituye el hallazgo de una fístula branquial bilateral al nacimiento que en la literatura revisada no se hace mención a ello.

El 49.2% de los pacientes se encontraban en el intervalo de 15 -29 años con 19 portadores de quistes branquiales y 35 tiroglosos para un 48.7% y 57.3% respectivamente que coincide con otros autores revisados.¹⁴⁻¹⁷

En la tabla 3 recogemos la frecuencia de estas patologías según localización topográfica siendo la línea media la zona de mayor asiento 55.4% (9 -18-19) a expensas fundamentalmente del quiste tirogloso y en correspondencia como ya vimos del predominio de esta entidad.

Tabla 3. Quistes y fistulas branquiales y tiroglosos según ubicación anatómica en pacientes operados. 1986-1995.

Ubicación tipo de quiste	Hemicuello derecho		Línea media		Hemicuello Izquierdo		No se describe		Total
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Q. Branquial	13	33,3	-	-	19	48,7	7	18,0	39
Q. Tirogloso	2	3,3	56	91,8	3	4,9	-	-	61
F. Branquial	3	50,0	1	16,7	2	33,3	-	-	6
F. Tiroglosa	1	16,7	5	83,3	-	-	-	-	6
Total	19	17,0	62	55,4	24	21,4	7	6,2	112

Fuente: Dpto. Archivos Anatomía Patológica. Hospitales Pediátrico "Pepe Portilla", Clínico Quirúrgico y Hosp. "Abel Santamaría. Pinar del Río.

En la tabla 4 se recoge la utilización de medios auxiliares de diagnóstico siendo el ultrasonido el más utilizado. En 27 casos se utilizó y fue efectivo en 18, al analizarlo por patologías vemos que en el quiste branquial se indicó a 17 pacientes y fue efectivo en 11 mientras que en 6 pacientes se distorsionaba el diagnóstico. En los quistes tiroglosos de los 10 realizados 7 imágenes se reflejaban como quistes. Con respecto a la aspiración con aguja fina y estudio citológico se utilizó en 6 pacientes y la efectividad fue del 50%.

Tabla 4. Medios auxiliares de diagnóstico utilizados en quistes y fistulas branquiales y tiroglosas. 1986-1995.

Medios auxiliares diagnóstico	Quistes y Fistulas									
	Q. Branq		Q. Tirogl		F. Branq		F. Tirogl		Total	
	U	E	U	E	U	E	U	E	U	E
BAAF	5	2	1	1	-	-	-	-	6	3
Ultrasonido	17	11	10	7	-	-	-	-	27	18
Fistulografía	-	-	-	-	1	1	1	1	2	2
Ganmagrafía	-	-	-	-	1	1	1	1	2	2

Fuente: Archivo y Dpto de Anatomía Patológica. Hospitales Pediátrico "Pepe Portilla", Clínico Quirúrgico y "Abel Santamaría. Pinar del Río.

La Fistulografía y la ganmagrafía solo se usaron en las fistulas, 2 de cada una, siendo efectivo para el diagnostico en los 4 pacientes utilizados.

Con respecto a los medios auxiliares de diagnóstico al observar la tabla 4 comprobamos que la utilización de estos es limitada y carente de efectividad, lo que no ha ocurrido en otros estudios revisados anteriormente, donde se generalizan mejor estos procedimientos quirúrgicos para tener un diagnóstico más exacto y se revisa además el uso frecuente de la Tomografía Axial Computarizada (TAC). En general los medios más utilizados de acuerdo a los trabajos revisados son:

Ultrasonido, TAC, Citología por aspiración con aguja fina.^{1-14-20,22}

Las técnicas quirúrgicas utilizadas se presentan en la tabla 5. La técnica de Sistrunk se utilizó en 6 quistes tiroglosos y en 3 fístulas.

Tabla 5. Técnicas quirúrgicas empleadas en pacientes operados de quistes y fistulas y tiroglosas.

Tipos de quiste	Técnicas											
	Técnica Sistrunk		Incisión paral. al esternocleidomastoid.		Incisión Ridsdom		Incisión Losange		Incisión transversal		No se describe	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Quiste Branq	-	-	9	23,1	2	5,5	2	5,5	5	12,8	21	53,9
Quiste Tirogl	6	9,8	-	-	-	-	1	1,6	24	39,3	30	49,3
Fistul Branq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	100
Fistul Tirogl	3	50,8	-	-	-	-	-	-	-	-	3	50,0
Total	9	80,0	9	8,0	2	1,8	3	2,7	29	25,9	60	63,6

Fuente: Dpto. Archivo y Anatomía Patológica, Hospitales Pediátrico "Pepe Portilla" Clínico Quirúrgico y "Abel Santamaría".

En 24 pacientes con quistes tiroglosos se realizó una incisión transversal y en 5 con quistes branquiales, así como en 9 de estos se practicó una incisión paraleal al músculo esternocleidomastoideo.

Muchos autores recomiendan la técnica de Sistrunk como la universalmente conocida para los quistes y fistulas tiroglosas.^{11-13, 18-20,23-24}

Nos llama la atención que a pesar de ser la técnica más efectiva que se ha planteado para quistes y fistulas tiroglosas, se haya utilizado tan solo en 9 pacientes, pero en vistas de que todos los casos descritos son casos nuevos y no recidivas, pensamos que de los 24 pacientes a los que se le realizó incisión

transversal sin describir detalles de la técnica muchos hayan realizado realmente la técnica Sistrunk. Al igual que los 33 pacientes con quistes y fistulas tiroglosas en las que se omite todo lo relacionado con la técnica, que en total hubo 60 historias clínicas con esta diferencia para un 53.6% del total.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Colminares Arreaz G, Calderaro Di, Riggiero F, Cordivani Maloni F, Ayala JC, Centeno Media J. Quiste branquial en adolescentes. Rev Venez 1994 dic;47(4):117 - 9.
- 2- Sabiston DC. Tratado de patología quirúrgica de Devis Chistopher. II ed. T -2 Ciudad de la Habana; Editorial Científico Técnica; 1980:1423-25.
- 3- Laskin DM. Cirugía bucal y máxilo facial. Buenos Aires; Editorial Medica Panamericana; 1985:477-9.
- 4- Tews Reeve TS, Pople AC, Delbridge L. Papillary thyroid carcinoma arising in Thyroglossal duct cysts. Aust NZ Surg 1995; 65(10):117-8.
- 5- Desphande A, Bobhate Sk. Squamous cell carcinoma in Trirroglossal duct cyst. J Laryngol Otol 1995 oct;192(10): 1001 -4.
- 6- Hilger AW, Thompson SD, Smallman LA, Watkinson JC. Papillary carcinoma arising in a Thyroglossal duct cyst: a case report and literature review. J Laryngol Otol 1995 nov; 109(11): 1124-7.
- 7- Cecenas Falcón LA, Gómez Leija C, Soto Pinares ZE, Cuervo Pérez IE. Carcinoma Branquiogenicos: informe de un caso en un niño y revisión de la literatura. Patología 1994 ene-mar; 32(1):29-33.
- 8- Vera Liao R, Bernat Landoni r, Nogues Orpi JSandoval Puig M, Gongales Compta X, Dicenta Sausa M. Carcinoma branquiogénico. Realidad o ficción. Acta Otorrinolaringol Esp 1995 sep-oct; 46(5):39-40.
- 9- Díaz Fernández JM, Rodríguez Martín R. Quistes y fistulas embrionarias del cuello. Estudio estadístico de 10 años (1972 -1981). Rev Cub Estomatol 1987 ene-abr; 24(1):93-100.
- 10- Otero Cruz H, Núñez CM, Rosario Nilvio E, Vargas PR, Perez Mejias JA. Patología congénita quirúrgica benigna del cuello, análisis de 51 casos. Acta Med Domin 1992 sep-oct; 14(5):117-8.
- 11- Díaz Fernández JM, Rodríguez Martín M. Quistes y fistulas del conducto tirogloso. Análisis de 115 pacientes. Rev Cub Estomatol 1990 ene -mar; 27(1):94-100.
- 12- Nathason Les K, Cauchi R. Surgery for thyroglossal cysts; systrunk S operation remains the standard. Arest NZ Surg 1989; 59:873-5.

- 13- Katz AD Machigian. Thyroglossal duct cysts a thirty years experience with emphasis on occurrence in older patients. Am J Surg 1988 jun;15(6):741-4.
- 14- Pérez Pérez JA, Henning LE, Valencia CB, Schultz OC. Quistes de la segunda hendidura branquial, revision de 32 casos operados. Rev Med Chile 1994 jul; 122(7):782-7.
- 15- Harsont-Dupuch K, Leyret N, Pharaboz C, Robert Y, Maleh N, Keriot P, et al. Pathologie cervicale congenitale. Origine embryologique et diagnostic. Repport du Cired. J Radiol 1995 jul; 76(7):405-15.
- 16- Toph P. Vagaries of thyroglossal duct cysts. Larijergosgope 1988 jul; 98(7):740-2.
- 17- Chion HEH. Aetiology of branchial. Cysts Aust NZ J Surg 1989; 59:949-51.
- 18- Ortis de Solarsano AJ. Quistes y fistulas del conducto tirogloso. A propósito de 33 casos intervenidos. Cirugia Esp 1988 ene; 43(1):15.
- 19- Tetterdd CM. Operative treatment of median cervical cyst. Br I Surg 1988 abr; 75(4):328-30.
- 20- Duaba K, Kabre M, Saheo A, Sanche A, Diop EM. Les kystes du tractus thyreoglosse. A propos de 17 observations. Bull Soc Pathol Expt 1995; 88(3):97-100.
- 21- Ragni B, De Toma C, Adani EA, Gabriele R, Placeo M, Com pli M. Cinti e fistole laterali del collo. Diagnosi e trattamento. Minerva Chir 1995 jul -aug; 50(7-8):667-72.
- 22- Halvorson DJ, Parubsty ES. Branchial cleff cyst posterior to the carotid vessels. Ear Noce Throat J 1995 nov; 74(11):774 -6.
- 23- La Meur EP Dor. Thyroglossal cyst. Acta Chir Belg 1989 ene -feb; 88(1):1-4.
- 24- Coiffman F. Texto de cirugía plástica reconstructiva y estética. Ciudad de la Habana; Editorial Científico-técnica 1986: 515-6.

Recibido: 23 de diciembre de 1996.
Aprobado: 30 de junio de 1997.

Dra. Maria E. Marimón Torres. Rafael Morales # 358, Pinar del Río.