

CARTAS CIENTÍFICAS

El quiste tirogloso intratiroideo en el diagnóstico diferencial del nódulo tiroideo solitario: a propósito de 2 casos[☆]



The intra-thyroid thyroglossal cyst in the differential diagnosis of the solitary thyroid nodule: A presentation of 2 cases

Sr. Editor:

El quiste tirogloso es la malformación cervical más frecuente en el niño. Su localización habitual es la línea anterior medial próxima al hueso hioides, pudiéndose ubicar a nivel lingual (2,1%) o supraesternal (12,9%). Su presentación como nódulo tiroideo solitario (NTS) ha sido descrita y supone un reto en el diagnóstico diferencial de patología tiroidea infantil.

Se presentan 2 casos clínicos que ilustran la presentación clínica y el comportamiento en las pruebas complementarias de esta entidad.

El primer paciente, un varón de 2 años, presenta un nódulo laterocervical derecho, no doloroso, bien definido y adherido a planos profundos. En la ecografía se observa un nódulo quístico de 8 × 11 × 17 mm en el espesor del tiroides. En la gammagrafía I¹³¹ se objetiva un nódulo frío y captación homogénea del resto de la glándula. Las pruebas de función tiroidea fueron normales.

Para lograr un diagnóstico definitivo se interviene encontrándose un quiste de contenido mucinoso en el lóbulo superior derecho de la glándula compatible con quiste tirogloso. Se realiza la exéresis de la lesión, confirmándose el diagnóstico en el estudio anatomopatológico.

El segundo caso, un varón de 10 años, presenta un nódulo no doloroso en el borde medial del músculo esternocleidomastoideo. En la ecografía se observa una lesión quística en el lóbulo tiroideo derecho de 11 × 6 × 20 mm. La gammagrafía muestra un nódulo frío. Se realiza una punción aspiración con aguja fina (PAAF), observándose epitelio escamoso y la

ausencia de material coloidal o tejido folicular, que sugiere quiste tirogloso.

El paciente se interviene realizándose enucleación del quiste (fig. 1). El estudio histológico mostró revestimiento de epitelio escamoso no queratinizado junto con material proteináceo en el interior confirmándose el diagnóstico (fig. 2).

Los NTS afectan al 1-2% de los niños; sin embargo, el riesgo de malignidad en la infancia es mayor que en el adulto, especialmente en aquellos superiores a 1 cm. En la actualidad, se estima un riesgo entre el 14 y el 40% según las series¹.

El quiste tirogloso intratiroideo es extremadamente infrecuente; 5 casos han sido descritos en población infantil², existiendo 4 casos asintomáticos en adultos y un caso sintomático por compresión de estructuras adyacentes^{3,4}.

Tradicionalmente, el diagnóstico del NTS se realizaba a partir de pruebas de función tiroidea y gammagrafía I¹³¹. Sin embargo, dada la baja sensibilidad y especificidad de la gammagrafía, actualmente la ecografía es la técnica de imagen de elección al ser capaz de determinar la morfología de lesiones de 1 mm de tamaño, la relación con las estructuras adyacentes y su localización intra o extratiroidea, así como guiar la realización de la PAAF. Los patrones de benignidad incluyen lesiones quísticas, halos hiperecogénicos o calcificaciones periféricas. Sin embargo, la posibilidad de malignidad en las lesiones quísticas se considera del 1-7%^{5,6}.

El quiste tirogloso intratiroideo no presenta características específicas; en los casos descritos las pruebas de función tiroidea fueron normales, la ecografía mostró quistes uniloculares y la gammagrafía I¹³¹ la presencia de un nódulo frío rodeado por glándula con captación homogénea del trazador.

Tanto la presencia de un nódulo frío, así como los nódulos no funcionantes, se asocian a un mayor riesgo de malignidad en el niño a pesar del patrón de benignidad ecográfico que presentan todos los casos descritos, por lo que dadas las características debe descartarse fundamentalmente malignidad.

La realización de PAAF se considera actualmente la técnica de elección que permite distinguir entre benignidad y malignidad con una sensibilidad y un valor predictivo negativo cercanos al 96%¹, siendo su mayor limitación el diagnóstico diferencial del carcinoma folicular y el adenoma microfolicular. Su realización es muy recomendable en

[☆] Presentación previa: Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. Cádiz, 22 y 23 de mayo del 2014.

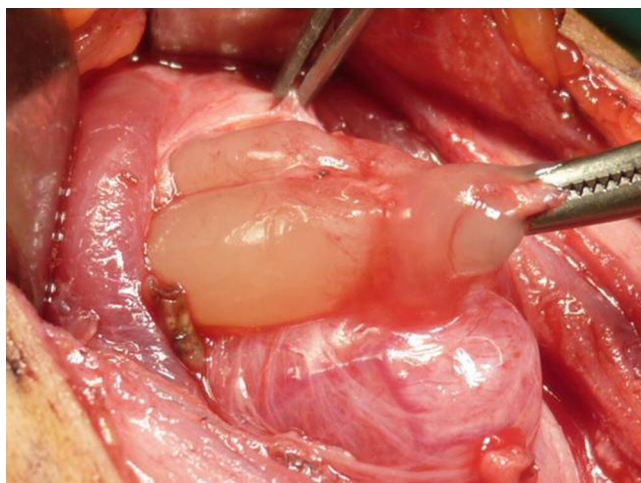


Figura 1 Exéresis de lesión cística de contenido mucinoso en espesor de la glándula tiroidea.

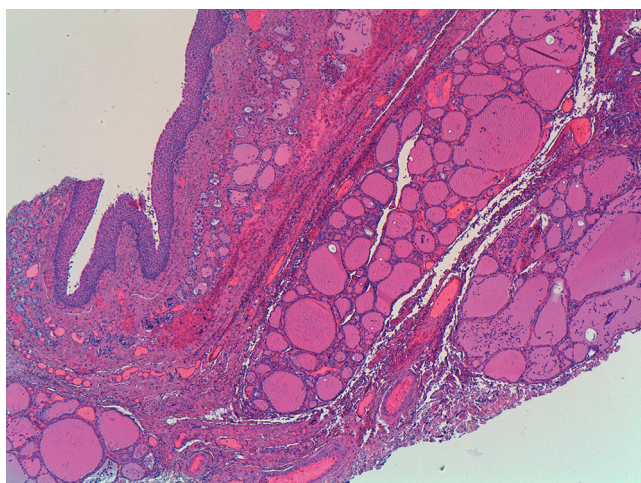


Figura 2 Anatomía patológica: H-E 40x. Quiste revestido de epitelio pavimentoso no queratinizante. Tejido tiroideo periférico.

lesiones con elevada sospecha de proceso neoplásico así como en las mayores a 1 cm¹.

En el caso n.º 2 la citología permitió un diagnóstico previo a la cirugía, a diferencia del caso n.º1, en el que se decidió exploración quirúrgica dados los hallazgos

gammagráficos y la falta de experiencia en el uso de PAAF en el momento del diagnóstico. El hallazgo de epitelio escamoso ha sido descrito por otros autores^{2,3} como definitorio de la lesión.

La enucleación del quiste es el tratamiento de elección², considerándose prioritaria la conservación de tejido tiroideo. No se han descrito recurrencias mediante esta técnica, si bien en quistes de gran tamaño la hemitiroidectomía puede ser un procedimiento adecuado. Si existe fístula transhioides, debe completarse la cirugía mediante la técnica de Sistrunk⁴.

En conclusión, el quiste tirogloso intratiroideo debe considerarse en el diagnóstico diferencial del NTS. Recomendamos la realización de PAAF, puesto que permite una aproximación diagnóstica y la realización de la exéresis de la lesión conservándose el parénquima tiroideo.

Bibliografía

1. Vasudev V, Hemalatha AL, Rakhi B, Githanjali S. Efficacy and pitfalls of FNAC of thyroid lesions in children and adolescents. *J Clin Diagn Res.* 2014;8:35–8.
2. Pérez Martínez A, Bento Bravo L, Martínez Bermejo MA, Conde Cortes J, de Miguel Medina C. An intra-thyroid thyroglossal duct cyst. *Eur J Pediatr Surg.* 2005;15:428–30.
3. Hatada T, Ichii S, Sagayama K, Ishii H, Sugihara A, Terada N, et al. Intrathyroid thyroglossal duct cyst simulating a thyroid nodule. *Tumori.* 2000;86:250–2.
4. Shifrin A, Vernick J. A thyroglossal duct cyst presenting as a thyroid nodule in the lateral neck. *Thyroid.* 2008;18:263–5.
5. Garagorri JM. Simposium: actitud ante los nódulos tiroideos. *An Esp Pediatr.* 2002;56 Supl 4:62–7.
6. Gupta A, Ly S, Castroneves LA, Frates MC, Benson CB, Feldman HA, et al. A standardized assessment of thyroid nodules in children confirm higher cancer prevalence than in adults. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;98:3238–45.

N. Álvarez García*, P. Burgués Prades,
N. González Martínez-Pardo, S. Simón Portero
y R. Fernández Atuán

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvarezgarcianatalia@gmail.com
(N. Álvarez García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.10.013>