

Cristina Alexandra Vera Moncayo ^a; Eugenio Bolívar Ponce Marcillo ^b; Oscar Alexander Enríquez Cali ^c; Diana Carolina García Alcívar ^d

Prevalencia de quiste estiloso en pediatría

Prevalence of stiloglose cyst in pediatry

*Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias. Vol. 3
núm., 2, abril, ISSN: 2588-0748, 2018, pp. 854-874*

DOI: [10.26820/reciamuc/3.\(2\).abril.2019.854-874](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(2).abril.2019.854-874)

URL: <http://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/369>

Código UNESCO: 3205 Medicina Interna

Tipo de Investigación: Artículo de Revisión

© RECIAMUC; Editorial Saberes del Conocimiento, 2019

Recibido: 15/01/2019

Aceptado: 07/02/2019

Publicado: 01/04/2019

Correspondencia: cristy1414@hotmail.com

- a. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; cristy1414@hotmail.com
- b. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; saluelaurelio2010@hotmail.com
- c. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; droscaenriquez@yahoo.com
- d. Médico Cirujano; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; dicarons@hotmail.com

RESUMEN

El quiste del conducto estilgoso representa la lesión congénita más frecuente del cuello, con una incidencia de 7 % de la población general. La presentación típica de esta patología consiste en una masa en la línea media, entre el foramen ciego y la glándula tiroideas, que asciende con la deglución o protrusión de la lengua. Esta enfermedad representa la anomalía congénita más frecuente del cuello y la segunda causa de masas no congénitas en la población pediátrica después de las adenopatías inflamatorias. Representa el 70 % de las masas cervicales congénitas 1-3. Su prevalencia alcanza el 7 % en la población general, predominando en niños y adolescentes, sin predilección por ningún sexo. Aunque por su origen congénito están presentes desde el nacimiento, pueden manifestarse a cualquier edad, pudiendo incluso ser un hallazgo casual durante una exploración rutinaria. Clásicamente se detectan cuando por su progresivo crecimiento se hacen visibles y palpables en el cuello, o lo que es más frecuente, cuando se infectan. De forma espontánea o como consecuencia de uno o más procesos infecciosos el quiste puede abrirse a la piel y transformarse en una fístula tiroglosa, que se caracteriza por la expulsión continua (drenaje) de un material mucoso o sero purulento que al secarse forma pequeñas costras blanco amarillentas alrededor del orificio fistuloso. Esta formación de fístulas también puede deberse a una cirugía incompleta. Su incidencia es representativa en niños y su tratamiento siempre es siempre quirúrgico y comprende la extirpación del quiste y de su trayecto hasta la base de la lengua. Es importante recordar que este trayecto tiroglosa atraviesa siempre el cuerpo del hueso hioides (situado en la base de la lengua) por lo que para que el tratamiento sea definitivo es preciso seccionar este hueso y quitar su segmento central.

Palabras claves: Quiste Estilgoso; Lesiones Congénitas; Tiroideas; Anomalías Congénitas; Músculo Tirogloso.

Prevalencia de quiste estilogloso en pediatría

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Cristina Alexandra Vera Moncayo; Eugenio Bolívar Ponce Marcillo; Oscar Alexander Enríquez Cali; Diana Carolina García Alcívar

ABSTRACT

The cyst of the styloglossal duct represents the most frequent congenital neck injury, with an incidence of 7% of the general population. The typical presentation of this pathology consists of a mass in the midline, between the blind foramen and the thyroid gland, which rises with swallowing or protrusion of the tongue. This disease represents the most frequent congenital anomaly of the neck and the second cause of non-congenital masses in the pediatric population after inflammatory adenopathies. It represents 70% of congenital cervical masses 1-3. Its prevalence reaches 7% in the general population, predominantly in children and adolescents, without predilection for any sex. Although due to their congenital origin they are present from birth, they can manifest themselves at any age, and may even be a casual finding during a routine examination. They are classically detected when, due to their progressive growth, they become visible and palpable in the neck, or more frequently, when they become infected. Spontaneously or as a result of one or more infectious processes, the cyst can open to the skin and transform into a thyroglossal fistula, which is characterized by the continuous expulsion (drainage) of a mucous or sero purulent material that, when dried, forms small white scabs. yellowed around the fistulous hole. This fistula formation may also be due to incomplete surgery. Its incidence is representative in children and its treatment is always surgical and includes the removal of the cyst and its path to the base of the tongue. It is important to remember that this thyroglossal path always crosses the body of the hyoid bone (located at the base of the tongue) so that for the treatment to be definitive it is necessary to section this bone and remove its central segment.

Key words: Stiloglossal Cyst; Congenital Lesions; Thyroid; Congenital Abnormalities; Thyroglossal Muscle.

Introducción.

El estiloso (Styloglossus) es un músculo de la lengua que va extendiéndose a cada lado de ella, el mismo puede ser delgado y par, y ensancha la lengua de manera tal que la lleva hacia arriba y hacia atrás. Es el músculo más corto de los tres músculos estiloideos o Ramillete de Riolano (estilohioideo, estilofaríngeo, estiloso), y se extiende desde la apófisis estiloideas hasta las partes laterales de la lengua. (Cantt, 2017).

El origen de esta patología yace en el músculo Styloglossus, pues nace en los lados anterior y externo de la apófisis estiloideas del hueso temporal, cerca de su punta; en la parte más alta de la inserción del ligamento estilo maxilar. Desde su origen, el músculo se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante, ensanchándose en su trayecto y doblándose ligeramente sobre sí mismo de manera tal que su cara anterior tiende a hacerse externa. En esa dirección pasa en medio de las arterias carótida interna y externa.

Imagen N° 1. Quiste Estiloso.



Fuente: (Cantt 2017).

Los términos médicos definen esta patología como un quiste fibroso que se forma de manera persistente en el conducto tirogloso, usualmente el medio del cuello, doloroso a la

Prevalencia de quiste estilgoso en pediatría

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Cristina Alexandra Vera Moncayo; Eugenio Bolívar Ponce Marcillo; Oscar Alexander Enríquez Cali; Diana Carolina García Alcívar

palpación, en especial si llega a infectarse. Esta protuberancia puede causar dificultades para respirar, para tragar o malestar abdominal, especialmente si la masa se torna grande. Sus ubicaciones más frecuentes son en la línea media o levemente a un lado de la línea media, entre el istmo de la glándula tiroides y el hueso hioides o justo por encima del hioides. Según (Diprntti, 2017):

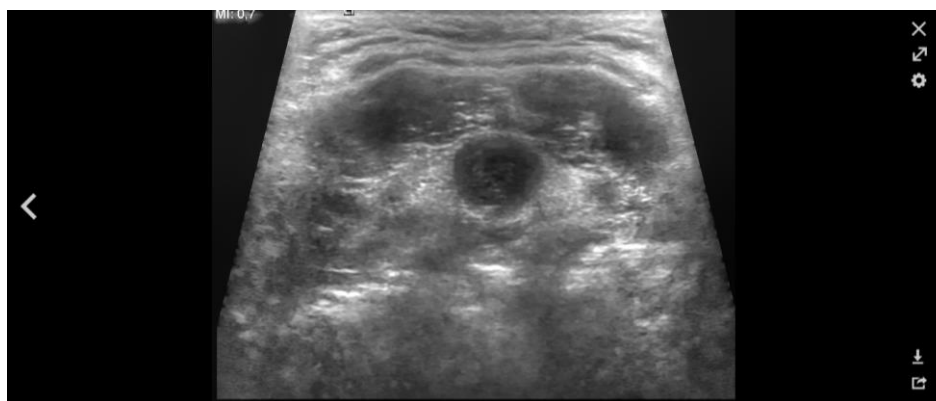
Un quiste tirogloso puede desarrollarse en cualquier punto a lo largo del conducto tirogloso, aunque los quistes en la lengua o el piso de la boca son poco frecuentes pueden moverse hacia arriba al protruir la lengua, dado que se encuentran asociados a un aumentado riesgo de tejido tiroideo ectópico; de allí, que ocasionalmente un tiroide lingual puede verse en la base de este órgano lingual, como una masa aplanada de forma de fresa. (p.32).

Lo descrito por el autor permite entender que, la embriología del quiste estiológico se origina en el conducto tirogloso y proviene del foramen caecum en el punto de unión del tercio posterior y los 2/3 anteriores de la lengua, lugar donde desapareció la constitución tiroidea, lo que lleva a suponer que cualquier porción de este tracto puede persistir formando una sinuosidad, fístula o quiste, entendiéndose con esto que, la mayoría de las fístulas se desarrollan seguido de la ruptura o incisión de un quiste tirogloso infectado, aunque nunca llegan a tener una abertura externa a la piel del cuello. (Sauwsan, 2016).

Asimismo, se debe conocer que la persistencia del conducto tirogloso, raramente puede volverse maligno, cuando es este caso, recibe el nombre de carcinoma del conducto tirogloso. En estos casos las células cancerosas son principalmente de tejido tiroideo ectópico que se ha

depositado a lo largo del conducto tirogloso, usualmente por razón de una exposición a radiación, aunque es posible el desarrollo de carcinomas de origen no tiroideo.

Imagen N° 2. Ultrasonido de Quiste en el conducto Tirogloso.



Fuente: (Sauwsan 2016).

Las características clínicas del quiste estilológico pueden ser halladas en la porción sub hioidea de la laringe y un 75% de los casos se presentan como tumefacciones en la línea media. El resto se localiza a los lados laterales a la altura de la prominencia laríngea del cuello. Por su parte, el quiste del ducto tirogloso se presenta mayormente como una masa asintomática y palpable en la porción central del cuello que por lo general se mueve al tragar, lo que se identifica a través de encontrar dolor de garganta, del cuello o disfagia.

Del mismo modo, se debe resaltar que la persistencia del ducto o sus sinosidades pueden promover secreciones orales, que pueden causar la infección del quiste. Hasta un 50% de los quistes estilógicos o tiroglosos no son diagnosticados sino en la vida adulta. El tracto puede permanecer latente por varios años o incluso décadas hasta que algún estímulo conlleve a su

Prevalencia de quiste estiloso en pediatría

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Cristina Alexandra Vera Moncayo; Eugenio Bolívar Ponce Marcillo; Oscar Alexander Enríquez Cali; Diana Carolina García Alcívar

detección. Esta infección puede causar la aparición transitoria de la masa o su agrandamiento con ocasionales recurrencias. También ocurren drenajes espontáneos del quiste.

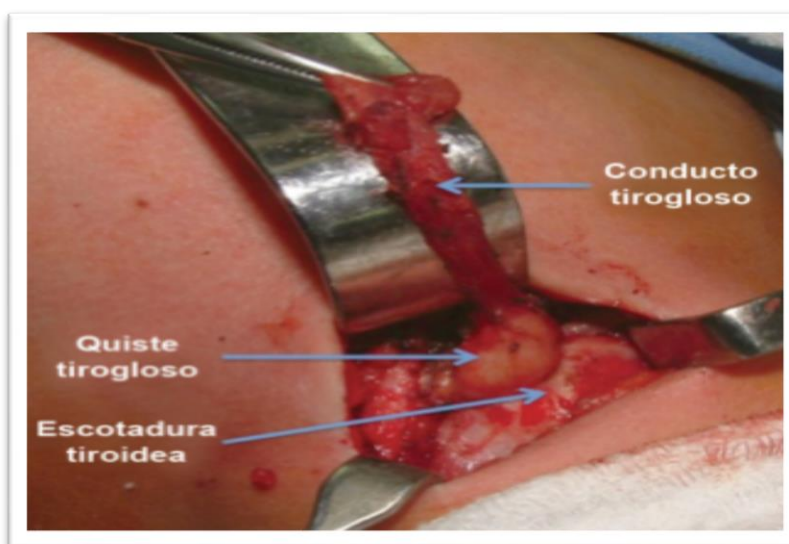
El tratamiento para el quiste estiloso consiste en la resección quirúrgica, a menudo requiriéndose la remoción de la sección media del hueso hioides. Aunque son quistes por lo general benignos, el quiste tiende a ser removido si el paciente exhibe dificultades para respirar o tragar, o si el quiste llega a infectarse. De igual manera, si estos síntomas no están presentes, puede decidirse el tratamiento quirúrgico, buscándose con ello, evitar el riesgo de su infección o la posible aparición de un carcinoma, o bien por razones estéticas, si la protrusión es notable en el cuello. En apoyo a esto, (Ranaletta, 2016), refiere:

El manejo quirúrgico requiere la escisión del quiste, así como sus conductos y ramificaciones, de existir. El remover la porción central del hueso hioides se indica para asegurar que todos los conductos sean removidos de su paso. No es probable ver recurrencias después de tal operación. Con frecuencia se indican antibióticos, en especial si hay signos de una infección. Después de la operación se recomienda evaluar la función tiroidea, así como imágenes de la tiroides para demostrar la apropiada función de los tejidos tiroideos. (p.12)

No cabe duda de que el tratamiento estándar para el quiste del conducto estiloso es la resección quirúrgica y clásicamente se ha recomendado la remoción del quiste mediante el procedimiento de Sistrunk 10-12, en el que se extrae el cuerpo del hueso hioides y un segmento muscular adyacente. Según lo reportado en la literatura científica, el obviar la resección de la porción central del hueso hioides genera una recurrencia hasta de 10 %.

De manera general, el quiste del conducto estilgoso se presenta clásicamente en la línea media del cuello como una masa entre el agujero ciego y el istmo de la tiroides, la mayoría de las veces indolora, móvil y fluctuante, que asciende durante la deglución o protrusión de la lengua, su localización más común es inmediatamente inferior al hueso hioides, resultando muy rara su presentación intra lingual, intra tiroidea o en el mediastino. (Ranaletta 2016).

Imagen N° 3. *Quiste Estilgoso o Tirogloso.*



Fuente: (Ranaletta 2016).

La cirugía de Sistrunk ha sido por muchas décadas el procedimiento de elección para el tratamiento del quiste del conducto tirogloso. La justificación para la resección del cuerpo del hueso hioides se basa en la imposibilidad para identificar el trayecto del conducto y su relación con el hueso, con el consecuente riesgo de incremento en el número de recidiv.

El tamaño promedio del quiste estilgoso generalmente oscila entre dos y tres cm, pero se han reportado quistes de hasta 10 cm de diámetro. Asimismo, se presenta neoplasia maligna en menos del 1 % de los casos, siendo más común el carcinoma papilar según series publicadas en la

Prevalencia de quiste estiloso en pediatría

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Cristina Alexandra Vera Moncayo; Eugenio Bolívar Ponce Marcillo; Oscar Alexander Enríquez Cali; Diana Carolina García Alcívar

última década 14-19. Hasta en un tercio de los casos se desarrolla un trayecto fistuloso hacia la piel o mucosa, por ruptura del quiste sobre infectado o como secuelas de la cirugía.

Especialistas confirman que, la mejor manera de evitar la recidiva es la resección completa del quiste y del conducto tirogloso, empezando en el istmo de la glándula tiroides, lo cual facilita la disección e identificación del trayecto proximal, así como la liberación del quiste; esto debido a que, al desinsectar los músculos infra hioideos se puede ejercer tracción superiormente y completar la disección del conducto bajo visión directa hasta la base de la lengua; de allí, la importancia de analizar la prevalencia de este tipo de anomalía en pacientes pediátricos.

Tipo de Investigación

Dentro de toda práctica investigativa, se precisan acciones de carácter metodológico mediante las cuales, se logra conocer y proyectar los eventos posibles que la determinan, así como las características que hacen del acto científico un proceso interactivo ajustado a una realidad posible de ser interpretada. En este sentido, se puede decir, que la presente investigación corresponde al tipo documental, definido por (Dávila, 2012), “se ocupa del estudio de problemas planteados a nivel teórico, la información requerida para abordarlos se encuentra básicamente en materiales impresos, audiovisuales y /o electrónicos”. (p.41).

En consideración a esta definición, la orientación metodológica permitió la oportunidad de cumplir con una serie de actividades inherentes a la revisión y lectura de diversos documentos donde se encontraron ideas explícitas relacionadas con los tópicos encargados de identificar a cada característica insertada en el estudio. Por lo tanto, se realizaron continuas interpretaciones con el

claro propósito de revisar aquellas apreciaciones o investigaciones propuestas por diferentes investigadores, para luego dar la respectiva argumentación a los planteamientos, en función a las necesidades encontradas en la indagación.

Fuentes Documentales.

El análisis correspondiente a las características que predomina en el tema seleccionado, llevan a incluir diferentes fuentes documentales encargadas de darle el respectivo apoyo y en ese sentido cumplir con la valoración de los hechos a fin de generar nuevos criterios que sirven de referencia a otros procesos investigativos. Para (Arias, 2010), las fuentes documentales incorporadas en la investigación documental o bibliográfica, “representa la suma de materiales sistemáticos que son revisados en forma rigurosa y profunda para llegar a un análisis del fenómeno”. (p.41). Por lo tanto, se procedió a cumplir con la realización de una lectura previa determinada por encontrar aquellos aspectos estrechamente vinculados con el análisis de la “Prevalencia de quiste estiloso en Pediatría” para luego explicar mediante un desarrollo las respectivas apreciaciones generales de importancia.

Técnicas para la Recolección de la Información.

La conducción de la investigación para ser realizada en función a las particularidades que determinan a los estudios documentales, tiene como fin el desarrollo de un conjunto de acciones encargadas de llevar a la selección de técnicas estrechamente vinculadas con las características del estudio. En tal sentido, (Arias Ob cit) refiere, que es “una técnica particular para aportar ayuda a los procedimientos de selección de las ideas primarias y secundarias”. (p. 71).

Prevalencia de quiste estiloso en pediatría

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Cristina Alexandra Vera Moncayo; Eugenio Bolívar Ponce Marcillo; Oscar Alexander Enríquez Cali; Diana Carolina García Alcívar

Por ello, se procedió a la utilización del subrayado, resúmenes, fichaje, como parte básica para la revisión y selección de los documentos que presentan el contenido teórico. Es decir, que mediante su aplicación de estas técnicas se pudo llegar a recoger informaciones en cuanto a la revisión bibliográfica de los diversos elementos encargados de orientar el proceso de investigación. Tal como lo expresa, (Arias Ob cit) “las técnicas documentales proporcionan las herramientas esenciales y determinantes para responder a los objetivos formulados y llegar a resultados efectivos” (p. 58). Es decir, para responder con eficiencia a las necesidades investigativas, se introdujeron como técnica de recolección el método inductivo, que hizo posible llevar a cabo una valoración de los hechos de forma particular para llegar a la explicación desde una visión general.

Asimismo, se emplearon las técnicas de análisis de información para la realización de la investigación que fue ejecutada bajo la dinámica de aplicar diversos elementos encargados de determinar el camino a recorrer por el estudio, según, (Arias, Ob cit) las técnicas de procesamiento de datos en los estudios documentales “son las encargadas de ofrecer al investigador la visión o pasos que debe cumplir durante su ejercicio, cada una de ellas debe estar en correspondencia con el nivel a emplear” (p. 123). Esto indica, que, para llevar a cabo el procesamiento de los datos obtenidos, es necesario establecer las técnicas que serán seleccionadas, destacándose en este caso, de manera particular: fichas de resumen, textual, registros descriptivos entre otros, los mismos se deben ajustar al nivel que ha sido seleccionado.

Resultados.

Quiste estiloso

El quiste o fístula del conducto tirogloso es una alteración del desarrollo producida por la falta de involución del conducto de descenso de la glándula tiroides. Esta patología representa alteraciones en el desarrollo de la glándula tiroides; producido por la persistencia del conducto tirogloso en la migración de la glándula tiroides, el cual debería desaparecer en la 10 semana de gestación. Es la causa más frecuente para un quiste congénito cervical en la línea media. La presentación usual es un como un tumor blando, delimitado, móvil a la deglución o como una fístula cuyo orificio exterior presenta secreción mucosa a nivel de la línea media anterior cervical. (Ranzes, 2016).

De manera usual, es utilizada la ecografía como examen inicial, a través de este estudio se localiza el quiste a nivel cervical y sobre todo permite identificar a la glándula tiroides en su localización habitual. El tejido tiroideo ectópico en el tracto tiroideo de pacientes operados es reportado en rangos entre 0,5 y 5,7%. El uso de gammagrafía es determinante para localizar tejido tiroideo ectópico en caso no se encuentre la glándula tiroides en su localización habitual por una alteración en su descenso hasta su ubicación pre traqueal. (Ranzes, 2016).

El músculo Styloglossus nace en los lados anterior y externo de la apófisis estiloides del hueso temporal, cerca de su punta; en la parte más alta de la inserción del ligamento estilo maxilar. Desde su origen, el músculo se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante, ensanchándose en su trayecto y doblándose ligeramente sobre sí mismo de manera tal que su cara anterior tiende a hacerse externa. En esa dirección pasa en medio de las arterias carótida interna y externa. Su función se centra en, dirigir la lengua hacia arriba y atrás asistiendo al movimiento de la deglución.

Prevalencia de quiste estiloso en pediatría

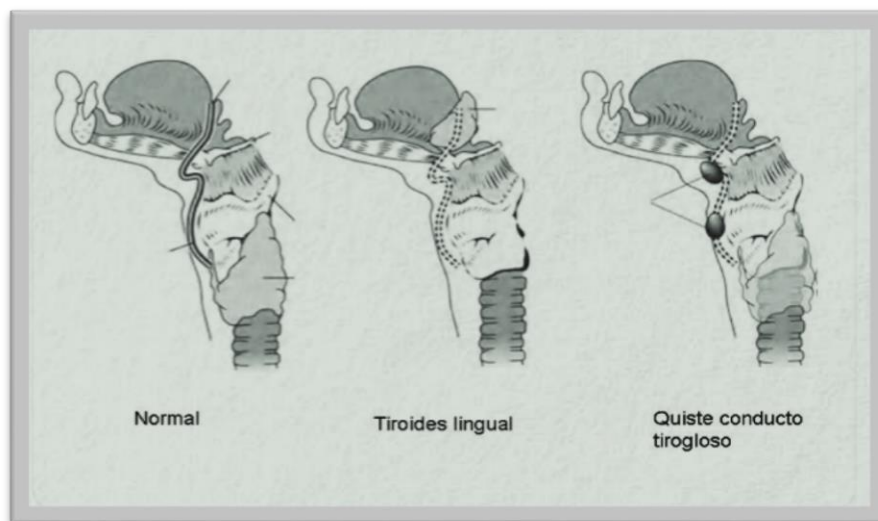
Vol. 3, núm. 2., (2019)

Cristina Alexandra Vera Moncayo; Eugenio Bolívar Ponce Marcillo; Oscar Alexander Enríquez Cali; Diana Carolina García Alcívar

En conjunto con la acción del músculo homólogo del lado opuesto, tiende a aplicar la lengua fuertemente contra el velo del paladar.

El músculo estiloso posee la innervación motora lingual dada por el XII par (hipogloso), además de recibir fibras del IX par (glossofaríngeo). La irrigación sanguínea proviene de la arteria lingual, o rama de la arteria carótida externa y de la vena lingual, que drena en la vena yugular interna por medio de la vena tiro linguo faringo facial. En las patologías de la masticación, causadas por síndromes o trastornos como el síndrome de Hutchinson, la estimulación eléctrica del músculo estiloso resulta parte del tratamiento para mejorar la calidad de la masticación, usualmente precedido por reconstrucciones mandíbulo faciales. (Vera, 2016).

Imagen N° 4. Conducto Estiloso.



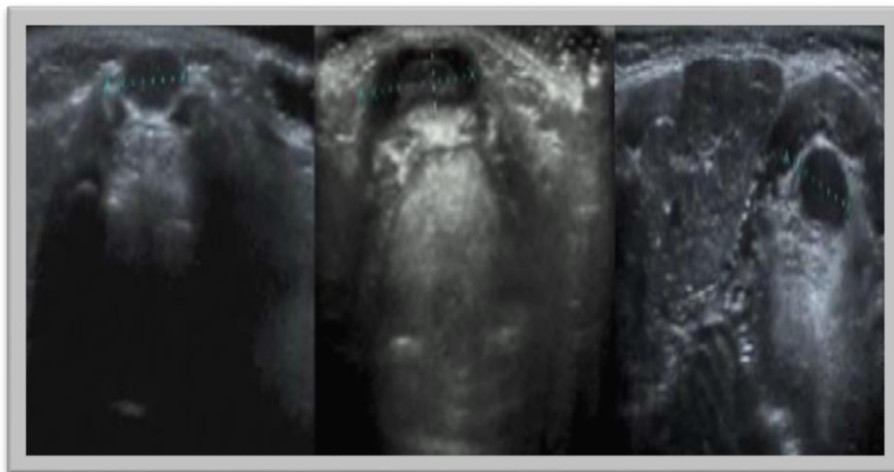
Fuente: (Vera 2016).

En su trayecto por la glándula parótida el quiste estiloso se ubica por fuera del ligamento estilohioideo, el constrictor superior de la faringe y el músculo hiogloso. Anatómicamente se ubica

en un espacio para faríngeo donde se sitúan los músculos estiloideos junto con el músculo digástrico, los cuales son también llamados diafragma estíleo, incluyendo el estiloso. El diagnóstico de los quistes tiroglosos, es fundamentalmente clínico: las características del quiste a la palpación (elasticidad, consistencia, movilidad, adhesión a los tejidos vecinos, etc.), su localización, y el hecho de que se desplaza con los movimientos de la lengua, hacen el diagnóstico casi seguro.

En ocasiones la sospecha clínica se confirma con una ecografía de la región del cuello que puede apoyar la sospecha clínica. Algunos autores sugieren la punción aspiración con aguja fina y el posterior estudio histológico para confirmar el diagnóstico, pero esto no suele ser necesario y puede aumentar el riesgo de infección del quiste. Si es recomendable realizar con anterioridad al tratamiento definitivo una Gammagrafía cervical tiroidea, pues se han descrito casos en los que el quiste era el único tejido tiroideo funcionante; dato este fundamental para los cuidados del postoperatorio. (Gant, 2016).

Figura N° 5. *Quistes del Conducto Tirogloso o Estiloso.*



Fuente: (Gant 2016).

Prevalencia de quiste estiloso en pediatría

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Cristina Alexandra Vera Moncayo; Eugenio Bolívar Ponce Marcillo; Oscar Alexander Enríquez Cali; Diana Carolina García Alcívar

Prevalencia

En general, el quiste estiloso se puede presentar y desarrollar a cualquier edad, con predominio en las dos primeras décadas de la vida, teniendo registrado que el 50% se presenta antes de los veinte años. No cuenta con predilección por ningún género. El tamaño registrado generalmente es de 3 cm, pero se han reportado hasta de 10 cm de diámetro. Clínicamente se manifiesta, a través de un aumento de volumen a nivel cervical, asintomático, móvil y fluctuante, siempre y cuando no haya sido comprometido con una infección secundaria. Si el quiste mantiene algún tipo de conexión con el hueso hioides o la lengua, es posible evidenciar movimiento de la masa durante la deglución o la protrusión de la lengua.

Figura N° 6. *Quiste Tirogloso o Estiloso*



Fuente: (Gant 2016).

Las lesiones que se presentan en base de la lengua pueden causar obstrucción laríngea. En un tercio de los casos se desarrolla un trayecto fistuloso hacia la piel o la mucosa, por ruptura del quiste sobre infectado o como secuela de la cirugía. Histológicamente se aprecia un epitelio

columnar o escamoso estratificado, ocasionalmente cuboidal e incluso un pequeño epitelio intestinal.

El quiste del conducto tirogloso es una patología frecuente en niños, pero no es raro su hallazgo en adultos. Según cierta literatura, está presente hasta en 17% de la población general. La embriología de la tiroides explica la localización de ésta y otras lesiones relacionadas con anomalías del desarrollo de la glándula, como la tiroides lingual y la presencia de tejido tiroideo ectópico.

Tabla N° 1. Características de los pacientes operados por quiste del conducto de tirogloso en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima Perú. 2008-2015.

Variables	N=167	(%)
Género		
Varón	102	(61,1)
Mujer	65	(38,9)
Edad		
0 a 5 años	96	(57,5)
6 a 11 años	52	(31,1)
12 a 17 años	19	(11,4)
Procedencia		
Lima y Callao	106	(63,5)
Provincias	61	(36,5)
Cirugía Previa*		
Sí	141	(84,4)
No	26	(15,6)

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS 2016).

La Tabla descrita demuestra que, los quistes intervenidos fueron aquellos en los cuales persistía la tumoración al momento de la cirugía, en caso de haber remitido, se difería la cirugía. Para las fístulas, el criterio para intervenirlas fue la persistencia en la salida de secreción serosa o

Prevalencia de quiste estiloso en pediatría

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Cristina Alexandra Vera Moncayo; Eugenio Bolívar Ponce Marcillo; Oscar Alexander Enríquez Cali; Diana Carolina García Alcívar

mucosa por el orificio fistuloso. Se presentaron 115 casos de quiste del conducto tirogloso frente a 36 casos de fístulas.

De los 115 casos con quistes del conducto tirogloso, el 91,3% (n=105) no tuvieron cirugías anteriores en tanto que 8,7% (n=10) si lo tuvo. Se realizó el procedimiento descrito por Sistrunk en 110 casos (95,7%); y sólo en 5 casos se realizó la resección del quiste con su fístula sin la remoción del hueso hioides, el cual ya había sido retirado en una cirugía previa. Se intervinieron 52 casos con fístula del conducto tirogloso, con 16 casos (30,8%) que ya habían tenido cirugía por la misma patología.

Se llevó a cabo la fistulectomía junto a hioidectomía central en el 86,5% de los casos con fístula (n=45); y solamente fistulectomía en el 13,5% (n=7) debido a que ya había sido retirado el hioides con anterioridad en otra intervención previa. Dentro de los casos de presentación infrahioidea, se realizó doble incisión transversal cervical en 9 casos (5,4%).

Tabla N° 2. Diagnóstico y procedimiento quirúrgico en pacientes con quiste del conducto de tirogloso operados en Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima 2008-2015.

	n	(%)
Diagnóstico		
Quiste del conducto de tirogloso	105	(91,3)
Quiste del conducto de tirogloso recidiva	10	(8,7)
Cirugía		
Quistectomía + Fistulectomía + Hioidectomía	110	(95,7)
Quistectomía + Fistulectomía	5	(4,3)
Diagnóstico		
Fístula del conducto tirogloso	36	(69,2)
Fístula del conducto tirogloso recidiva	16	(30,8)
Cirugía		
Fistulectomía + Hioidectomía	45	(86,5)
Fistulectomía	7	(13,5)

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS 2016).

En cuanto a las complicaciones presentadas en ambos grupos, 11 casos (6,6%) presentaron un seroma postoperatorio durante la primera semana, el cual que requirió drenaje y vendaje compresivo; 8 casos (4,8%) hicieron un granuloma en la incisión, el cual fue reseado y cauterizado. En dos casos (1,2%) se presentó un hematoma, uno de los cuales tuvo que ser drenado junto a una revisión de hemostasia bajo anestesia general. El 87,4% de los casos (n=146) no presentó complicación alguna.

Conclusiones.

La patología del conducto tirogloso, ya sea quiste o fístula, es una entidad frecuente en los pacientes pediátricos a nivel cervical. El tratamiento es eminentemente quirúrgico siendo

Prevalencia de quiste estiloso en pediatría

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Cristina Alexandra Vera Moncayo; Eugenio Bolívar Ponce Marcillo; Oscar Alexander Enríquez Cali; Diana Carolina García Alcívar

imperativo retirar el segmento medial del hueso hioides como lo describe la técnica quirúrgica. La formación del conducto tirogloso está íntimamente ligada al desarrollo embrionario de la glándula tiroides y a su trayecto de descenso desde el foramen cecum hasta su emplazamiento definitivo en la escotadura esternal.

La falta de involución de dicho conducto asociada a la diferenciación celular hacia epitelio respiratorio con actividad secretora y glándulas mucosas originan los QCT. Los restos normales de dicha involución constituyen el foramen cecum lingual y el lóbulo piramidal tiroideo. El número de recurrencias disminuye claramente empleando la técnica de Sistrunk en la intervención, que incluye la extirpación del quiste, de la porción central del hueso hioides y del tracto posterior en bloque hacia el foramen cecum lingual.

La patología del conducto tirogloso puede presentarse a cualquier edad, pero en la edad pediátrica es más frecuente en el niño pequeño; con mayor prevalencia en pequeños en edades menores a los 7 años de edad. La forma habitual de presentación es la de una tumoración nodular, en la línea media del cuello, entre 1-3 cm de diámetro, sobre el hueso hioides, asintomática y que se moviliza con la deglución y al exteriorizar la lengua. La evolución natural de los QCT es hacia la producción de episodios inflamatorios repetidos y fistulización externa. El contenido del quiste cuando se fistuliza es mucoso, filante, con aspecto de clara de huevo.

El diagnóstico de esta enfermedad, es fundamentalmente clínico, pudiendo ser de utilidad la práctica de una ecografía. Se recomienda la realización de gammagrafía tiroidea, no para el diagnóstico positivo de QCT, sino para demostrar la existencia de una glándula tiroidea normal y descartar las raras ectopias tiroideas, cuya extirpación inadvertida originaría un hipotiroidismo

permanente. El diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con los quistes dermoides, adenopatías y quistes tiroideos y más raramente con linfangiomas, hemangiomas y quistes salivares. Las formas de localización lateralizada deben diferenciarse de las anomalías branquiales.

La complicación más frecuente en el tratamiento de los quistes estilosos, la constituye la recidiva del mismo, con porcentajes variables en las diferentes series. Estas recidivas han sido atribuidas a la existencia de episodios inflamatorios previos a la intervención, insuficiente resección del hueso hioides, existencia de tractos epiteliales microscópicos, al empleo de material de sutura no reabsorbible y al error diagnóstico que acarrea una técnica quirúrgica inadecuada.

Bibliografía.

- Arias, F. (2010). Paradigma, Diseño y enfoque de la Investigación Científica. España: Editorial: Luces.
- Cantt, R. (2017). Músculo Estiloso e niños menores de 7 Años. Revista de Salud de la Habana Cuba, 18.
- Dávila, N. (2012). Paradigmas de la Investigación Científica. Pereire, Colombia: Editorial: Las Brisas.
- Diprntti, A. (2017). Incidencia de Quiste Tirogloso en Niños menores de 7 Años. Revista: American Journal of Emergency Medicine., 14.
- Gant, L. (2016). Cirugía del Quiste Estiloso y sus Complicaciones. Revista de Endocrinología de Argentina., 8.
- Ranaletta, G. (2016). Manejo quirúrgico de quistes Tiroglosos y sus Complicaciones Médicas. Revista: The Journal Endicronología. EEUU., 17.
- Ranzas, D. (2016). Métodos Quirúrgicos para cirugía de Quistes Estilosos. Revista: Journal of the American College of Surgeons, 11.

Prevalencia de quiste estiloso en pediatría

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Cristina Alexandra Vera Moncayo; Eugenio Bolívar Ponce Marcillo; Oscar Alexander Enríquez Cali; Diana Carolina García Alcívar

Sauwsan, C. (2016). Factores que inciden en complicaciones de quistes del Conducto Estiloso. Revista de Med Intensiva, de Buenos Aires Argentina, 24.

Vera, E. (2016). Complicaciones y factores que inciden en alteraciones del músculo Estiloso. Revista Médica de la Universidad Nacional de Colombia, 19.



**RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL
CC BY-NC-SA**

**ESTA LICENCIA PERMITE A OTROS ENTREMEXCLAR, AJUSTAR Y CONSTRUIR A PARTIR DE SU OBRA CON FINES NO
COMERCIALES, SIEMPRE Y CUANDO LE RECONOZCAN LA AUTORÍA Y SUS NUEVAS CREACIONES ESTÉN BAJO UNA LICENCIA
CON LOS MISMOS TÉRMINOS.**