



RELATO DE CASO

CISTO DUCTO TIREOGLOSSO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

THYROGLOSSAL DUCT CYST: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

João de Bona Castelan¹
João Vicente Edom Castelan²
Rafael de Oliveira Lopes³

RESUMO

O cisto do ducto tireoglosso acomete principalmente crianças em idade pré-escolar, sendo uma das lesões mais comuns da linha média do pescoço. O presente artigo apresentará um caso de paciente com cisto do ducto tireoglosso com diagnóstico realizado somente na adolescência, objetivando mostrar a importância do diagnóstico precoce desta patologia pelo risco de malignização da mesma.

Palavras-chave: Cisto Tireoglosso. Cirurgia Geral. Doenças congênitas. Doenças hereditárias. Doenças neonatais. Anormalidades.

ABSTRACT

The thyroglossal duct affects mainly children in preschool age, one of the most common injuries of the midline of the neck. This article will present a case of a patient with thyroglossal duct cyst with diagnosis performed only in adolescence, aiming to show the importance of early diagnosis of this pathology at risk of malignant transformation of it.

Keywords: Thyroglossal Cyst. General Surgery . Congenital Diseases. Hereditary Diseases. Neonatal diseases. Abnormalities

INTRODUÇÃO

O cisto do ducto tireoglosso acomete principalmente crianças em idade pré-escolar, sendo uma das lesões mais comuns da linha média do pescoço¹.

O ducto tireoglosso resulta de uma invaginação endodérmica do intestino anterior na linha média. Na 7ª semana, esse trato epitelial alcança a região anterior da cartilagem cricóide e primeiros anéis traqueais, sofrendo processo de obliteração e atrofia entre a 9ª e a 10ª semana de gestação. A falha nessa involução pode dar origem a um cisto nesse ducto^{1,2}.

¹ Cirurgião Geral e Preceptor. Residência de Cirurgia Geral Hospital São José de Criciúma/SC.

² Cirurgião do Aparelho Digestivo e Preceptor. Residência de Cirurgia Geral Hospital São José de Criciúma/SC.

³ Médico Residente. Residência de Cirurgia Geral Hospital São José de Criciúma/SC. E-mail: rolmedic2010@gmail.com.



O cisto do ducto tireoglosso situa-se na linha média do pescoço, em qualquer ponto, desde a base da língua até a glândula tireoide. Porém, na maioria dos casos, encontra-se próximo ao osso hioide ou logo abaixo dele³.

Nesses casos, torna-se importante o diagnóstico precoce pelo risco de malignização de tal patologia. O diagnóstico é feito na maioria das vezes até os 10 anos de idade (30% dos casos)⁴.

O tratamento do cisto do ducto tireoglosso consiste na ressecção completa do cisto em continuidade com seu trato, a porção central do osso hioide e o tecido adjacente ao osso, até a base da língua³.

Torna-se importante o diagnóstico precoce do cisto de ducto tireoglosso pelo risco de malignização de tal patologia que pode ocorrer em até 2% dos casos³.

O presente artigo apresentará um caso de paciente com cisto do ducto tireoglosso com diagnóstico realizado somente na adolescência, objetivando mostrar a importância do diagnóstico precoce desta patologia pelo risco de malignização da mesma.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 16 anos, acompanhado pela mãe, foi encaminhado da Unidade Básica de saúde do município de Nova Veneza- SC, ao Ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital São José da cidade de Criciúma - SC, apresentando um cisto na região cervical anterior. A acompanhante relatou que o paciente apresentava a lesão desde a infância, na época sendo diagnosticado erroneamente como cisto sebáceo. A mesma relatou também, que da infância até o momento, teve períodos intermitentes de crescimento e regressão da lesão. Durante esses períodos, o paciente referia dor, edema e presença de fístula com infecção secundária associada. Relatava também, piora do quadro associado à infecções de vias aéreas superiores. Após anamnese e exame físico, foi solicitado ao paciente Ultrassonografia (US) de região cervical, o qual mostrou lesão cística de conteúdo anecóico de paredes finas e regulares, localizados na linha média à direita na topografia do osso hioide, imagem sugestiva de cisto do ducto tireoglosso. Foi realizada cirurgia de ressecção do cisto e de todo trajeto até o forame cego, incluindo a remoção da porção central do osso hioide, cirurgia de Sistrunk. O anatomopatológico confirmou a hipótese de cisto do ducto tireoglosso.

DISCUSSÃO

Cisto de ducto tireoglosso é considerado a anomalia congênita de linha média mais comum. Ocorre devido à permanência do trato tireoglosso, após a descida da tireoide até sua posição normal⁴.



O cisto se movimenta com a deglutição ou com a protrusão da língua e, cerca de 1/3 se apresenta com processo infeccioso concomitante ou prévio, sendo mais comum nos adultos⁵.

Geralmente o diagnóstico é realizado na maioria dos casos até os 10 anos de idade em cerca de 30% dos casos, entre 10 e 20 anos, em 20%, entre 20 e 30 anos, em 15% e após 30 anos, em 35%⁴. O atraso no diagnóstico desse caso, ocorreu pelo diagnóstico prévio errôneo na infância, aos 6 anos de idade, de cisto sebáceo e pela falta de exame de imagem.

Apresentações raras podem se dar por meio de dispnéia ou mesmo morte súbita do infante para lesões na base da língua, cisto cervical lateralizado ou coexistência com anomalias branquiais. As afecções do ducto tireoglosso não ocorrem por falha no seu fechamento, sendo assim, as fístulas do ducto tireoglosso se apresentam clinicamente como afecções secundárias a um processo infeccioso ou por recidiva de tratamento cirúrgico⁵.

Na investigação diagnóstica deve-se ter certeza de que existe tireoide tópica. Em casos de dúvidas, pode-se utilizar a punção aspirativa para o diagnóstico diferencial. Este método propicia o diagnóstico correto em até 96% dos casos⁶.

O cisto do ducto tireoglosso deve ser diferenciado da tireoide ectópica, pois sua remoção inadvertida leva a quadro de hipotireoidismo⁵. A ultrassonografia é o método utilizado para o diagnóstico, com cerca de 90% de acurácia⁶. Estudos mostram que o paciente clinicamente eutireoídiano portador de cisto tireoglosso típico, mas volumoso, deve ter dosagem sanguínea de hormônio tireo-estimulante (TSH). Se esta dosagem for normal não haverá necessidade de pesquisa com radioiodo ou ultrassonografia. No entanto, a localização clássica junto do corpo do osso hioide e com tamanho de 2 a 3 cm fazem com que não haja suspeita de tireoide ectópica, dispensando a necessidade de dosagem do TSH, como no caso descrito. Nos casos com localização do cisto tireoglosso supra-hioideos ou aproximando-se da raiz da língua, pode-se incluir dosagem de TSH, pesquisa com radioiodo, ressonância magnética ou tomografia computadorizada com o objetivo de mapear a glândula tireoide. A imagem da ressonância magnética é de lesão cística com sinal de alta intensidade em T2 e a da tomografia computadorizada é de lesão bem circunscrita, com atenuação central, diferentemente da imagem da glândula tireoide que também se mostra bem circunscrita, porém com alta densidade devido a sua boa vascularização⁷. No caso apresentado foi solicitado ao paciente Ultrassonografia (US) de região cervical, qual mostrou lesão cística de conteúdo anecóico de paredes finas e regulares, localizados na linha média à direita na topografia do osso hioide, imagem sugestiva de cisto do ducto tireoglosso, não sendo necessário outro exame para diagnóstico diferencial.

Iniciada a atividade secretória do cisto, haverá continuidade e, portanto, a sua drenagem não resultará em sua obliteração, podendo piorar o quadro, ocasionando fístula traumática. Deve-se iniciar antibióticos e, posteriormente, após término do processo infeccioso, realizar a exérese cirúrgica. O



tratamento de escolha é a remoção do cisto e de todo o trajeto até o forame cego, pela operação de Sistrunk, que inclui a remoção da porção central do corpo do osso hioide⁸. No paciente descrito acima foi utilizado o tratamento de escolha, a cirurgia de Sistrunk. Esta técnica cirúrgica diminui o índice de recorrência para menos de 10%^{9,10}.

A presença de carcinoma papilífero num cisto tireoglossal não é freqüente, menor que 1%, e raramente o diagnóstico é feito no pré-operatório^{11,12}. Quando ocorre a confirmação histopatológica deste diagnóstico, há controvérsias sobre a realização ou não de tireoidectomia total nesta situação, mas se a tireoide não apresentar alterações estruturais (nódulos), a operação de Sistrunk associada à supressão com tiroxina é eficaz¹³.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Edivaldo Goudinho Lopes e Nelci de Oliveira Lopes, por tudo que sou. Obrigado pelo carinho, dedicação e compreensão.

Aos médicos, João de Bona Castelan e João Vicente Edom Castelan, pelo apoio e orientação na realização deste trabalho e por seus incomparáveis conhecimentos científicos.

A todos os funcionários do Hospital São José de Criciúma-SC, pelo acolhimento e cooperação prestados.

Aos meus amigos e colegas residentes que sempre me auxiliaram desde o início da residência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Motamed M, McGlashan JA. Thyroglossal duct carcinoma. *Curr Open Otolaryngol Head Neck Surg.*2004;12(2):106-9.
2. Mattioli LR, Reis TG, Guerra CI, Ribas MH, Fava AS. Carcinoma do ducto tireoglossal. *Rev. Bras Cir. Cabeça Pescoço.* 2008;37(3):179-81.
3. Mattox KL, Townsend CM.; Beauchamp RD. Sabiston - Tratado de Cirurgia - 18ª Edição, Elsevier, São Paulo, 2010;
4. Allard RH. The thyroglossal cyst. *Head Neck Surg* 1982; 5:134-46.
5. Todd NW. Common congenital anomalies of the neck. *Embryology and surgical anatomy. Surg Clin North Am* 1993;73:599-610.
6. Shaffer MM, Oertel YC, Oertel JE. Thyroglossal duct cysts: diagnostic criteria by fine-needle aspiration. *Arch Pathol Lab Med* 1996;120:1039-43



7. Castellote A, Vázquez E, Vera J, Piqueras J, Lucaya J, Garcia-Peña P, Jiménez JA. Cervicothoracic lesions in infants and children. *Radiographics* 1999;19:583-600.
8. Sistrunk WE. The surgical treatment of cysts of the thyroglossal tract. *Ann Surg* 1920;71:121-6
9. Gupta P, Maddalozzo J. Preoperative sonography in presumed thyroglossal duct cysts. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;127:200-2.
10. Thomas JR. Thyroglossal-duct cysts. *Ear Nose Throat J* 1979; 58:510-4.
11. Cignarelli M, Ambrosi A, Marino A, Lamacchia O, Cincione R, Neri V. Three cases of papillary carcinoma and three of adenoma in thyroglossal duct cysts: clinical diagnostic comparison with benign thyroglossal duct cysts. *J Endocrinol Invest* 2002;25:947-54.
12. Ozturk O, Demirci L, Egeli E, Cukur S, Belenli O. Papillary carcinoma of the thyroglossal duct cyst in childhood. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003;260:541-3.
13. Dedivitis RA, Camargo DL, Peixoto GL, Weissman L, Guimaraes AV. Thyroglossal duct: a review of 55 cases. *J Am Coll Surg* 2002;194:274-7.