Cisto tireoglosso

Bruna Porteño Oliveira Sales Ramos, Bruno Pinheiro Falcão,
Kalynne Rodrigues Marques, Rogério de Araújo Medeiros

DEFINIÇÃO

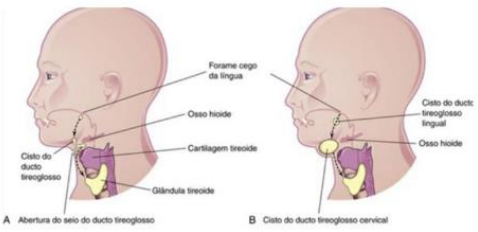
O cisto do ducto tireoglosso é a anomalia congênita mais comum da linha média do pescoço. É um cisto causado por falha de oclusão parcial ou total do trato tireoglosso e que começa no forame cego lingual, passa através do osso hioide e pode se localizar desde a região cervical mediana anterior até o esterno.

Os cistos são formados pelo acúmulo de secreção salivar, devido à sua conexão com o forame cego e, geralmente, são infectados por bactérias da cavidade oral, evoluindo com sinais de infecção e drenagem externa.

O ducto tireoglosso é resultado de uma invaginação da endoderme do intestino anterior na linha média. Na 7ª semana de gestação, esse epitélio alcança a região anterior da cricoide e primeiros anéis da traqueia, sofrendo atrofia e oclusão entre a 9ª e 10ª semana antenatal. A falha nessa involução pode originar um cisto nesse ducto.

Não há predileção por sexo e sua apresentação clínica é mais frequente em torno dos 5 anos de idade.

Figura 14.1 Trajeto do cisto tireoglosso



Fonte: Moore e Persaud (2016).

Figura 14.2 Cisto tireoglosso à inspeção



Fonte: Atlas de Cirurgia Pediátrica: Princípios e Tratamento, 2020.

ANATOMIA

O cisto do ducto tireoglosso se localiza na linha média da região cervical anterior, desde a base da língua até a glândula tireoide, em 70% dos casos. Na maioria dos casos, encontra-se perto do osso hioide ou logo abaixo dele.

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

O cisto tireoglosso frequentemente manifesta-se como uma lesão cística indolor, de 2 a 5 cm de diâmetro, na região mediana anterior do pescoço, podendo ser encontrado em qualquer lugar do trajeto antigo da descida da tireoide. Seu aumento é percebido de forma progressiva após quadros de infecções de vias aéreas superiores ou outras infecções como sarampo, escarlatina, toxoplasmose e do vírus Epstein-barr.

Ao exame físico, é melhor visualizado à hiperextensão cervical, sendo palpável e firme em região abaixo do osso hióide,

DOI: 10.59290/978-65-6029-180-5.14

em 80% dos casos. É móvel à deglutição e durante a protrusão da língua.

Raramente, o cisto pode se apresentar com dispneia ou até morte súbita da criança, para lesões na base da língua, cisto cervical lateralizado ou existência simultânea com anomalias branquiais.

EXAMES COMPLEMENTARES

A tomografia computadorizada (TC) com contraste da região cervical define precisamente o cisto e estabelece a sua relação com o osso hióide, sendo considerada o método de imagem ideal. A ultrassonografia (USG) mostra o cisto com paredes finas, conteúdo anecóico ou hipoecoico, com sombra acústica posterior. Tem 90% de acurácia e é importante para descartar malformação ou localização ectópica da tireoide. No entanto, a USG não detalha bem a relação do cisto com as estruturas adjacentes.

A tireoide ectópica deve ser diferenciada do cisto do ducto tireoglosso, já que sua remoção iatrogênica leva ao hipotireoidismo. Estudos apontam que o paciente assintomático e eutireoidiano, portador de cisto tireoglosso volumoso, deve ter dosagem sérica do hormônio tireo-estimulante (TSH). Se essa for normal, não há necessidade de ultrassonografia ou pesquisa com radioiodo.

Quando o cisto localiza-se próximo ao corpo do osso hióide, entre 2 a 3 cm, não há indicação de dosagem de TSH. Em cistos supra-hióideos ou próximos à região posterior da língua, recomenda-se a dosagem de TSH, pesquisa com radioiodo, TC ou ressonância magnética (RM) para mapear a glândula tireoide.

Na RM, a lesão tem alta intensidade em T2 e, na TC, a lesão é circunscrita, com atenuação no centro, ao contrário da tireoide, que tem alta densidade.

DIAGNÓSTICO

Para o diagnóstico do cisto do ducto tireoglosso é importante o exame físico minucioso da cabeça e pescoço, a palpação do cisto, da tireoide e da cadeia linfonodal. A dosagem dos hormônios tireoidianos e os exames de imagem da região cervical são, muitas vezes, necessários.

O diagnóstico precoce é importante pelo risco de malignidade. É realizado ao longo da vida, geralmente até os 10 anos de idade (em 30% dos casos), entre 10 e 20 anos, em 20%, entre 20 e 30 anos, em 15% e após 30 anos, em 35% dos pacientes.

Na dúvida, pode-se fazer a punção aspirativa para diagnóstico diferencial.

TRATAMENTO

O tratamento do cisto do ducto tireoglosso é cirúrgico, ao diagnóstico, pelo risco de complicações. A técnica operatória de Sistrunk é considerada a terapia de escolha. A cirurgia é realizada com anestesia geral, em posição supina e hiperextensão cervical. A incisão é transversa, na linha média do pescoço e sobre uma linha de tensão. Se existe fístula para a pele ou se o cisto foi anteriormente infectado e a pele está aderida ao cisto, a melhor opção é uma incisão elíptica.

Aprofunda-se a incisão até o subcutâneo. Superiormente, deve-se expor até o osso hioide. Separa-se a musculatura do cisto. O cisto é dissecado e separado da cartilagem tireoide, membrana tirohioidea, mas permanece aderido ao osso hioide. Em pacientes sem infecção anterior, os planos são vistos nitidamente,

permitindo a dissecção simples. É importante destacar que a cirurgia deve ser realizada pelo menos após um mês da última infecção. Isola-se o osso hioide dos tecidos adjacentes e resseca-o com um osteótomo.

É necessário cuidadosa dissecção para não adentrar na hipofaringe. O fechamento deve ser procedido por planos e pode ou não ser deixado dreno de penrose. A peça cirúrgica consiste no cisto e porção média do osso hioide e deve ir para histopatológico. O dreno permanece durante 24 a 48 horas.

Em contraposição à essa técnica, temos a simples ressecção do cisto tireoglosso, sem a dissecção e remoção do trajeto fistuloso até a base da língua e sem a parte média do osso hioide. A técnica de Sistrunk diminuiu a taxa de recidiva de 50% para 3 a 5%, sendo necessário em alguns casos, reoperar para a retirada de mais fragmentos ósseos.

Figura 14.3 Cirurgia de Sistrunk



Fonte: Cury (2016).

É necessário enfatizar que, além da possível formação do cisto, pode haver carcinogênese nos restos do ducto tireoglosso, por isso, é recomendada a remoção cirúrgica profilática do ducto.

A presença de carcinoma papilífero em um cisto tireoglosso é menor que 1%. Para o diagnóstico, é necessário o exame histopatológico e há contradições sobre a indicação de tireoidectomia total. Se a tireoide não apresentar nódulos, a cirurgia de Sistrunk associada à supressão com tiroxina é eficiente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Linfadenopatia cervical

É o termo utilizado para especificar o diagnóstico de linfonodos cervicais com mais de 1 cm de diâmetro. Geralmente ocorre devido a uma resposta transitória secundária à infecção local ou generalizada (linfadenite). Raramente é evidência de malignidade.

Cisto dermoide

Geralmente, é um cisto de conteúdo sólido-cístico, que pode ter transluminescência positiva e calcificações ao raio-X.

Lipoma

É o tumor formado de adipócitos mais frequente na pediatria e faz parte dos dois terços das neoplasias lipomatosas nos primeiros 20 anos de vida.

Hemangioma

Anomalia vascular de origem congênita que geralmente se encontra ao nascimento ou logo após. É de cor avermelhada e/ou azulada.

Nódulo tireoidiano

É definido como formação nodular de comportamento típico, em uma glândula normal ou aumentada de tamanho. Podem ser vistos durante exame físico habitual, pelo próprio indivíduo ou ser um achado

incidental durante exame de imagem da tireóide ou região cervical. Bem mais raros que nos adultos, mas com mais chance de malignidade, com uma média de 22 e 26%.

Rânula mergulhante

Rânula é um pseudocisto com retenção que se forma no assoalho bucal, originado de um extravasamento de mucina após trauma na glândula sublingual ou obstrução dos seus ductos. Apresenta-se normalmente como um alargamento translúcido, flutuante.

Classifica-se em intraoral ou mergulhante. Em geral, localiza-se unilateralmente no assoalho bucal. Porém, se for de grande volume e se estender profundamente ao tecido mole, pode atravessar a linha média e ir para o lado contralateral, provocando dificuldades de deglutição e fonação.

Cisto branquial

Geralmente é encontrado na região pré-auricular (decorrente de anomalia da primeira fenda branquial) ou ao longo da borda anterior do músculo esternocleidomastoideo (anormalidades da segunda, terceira e quarta fendas branquiais).

Cisto sebáceo

É um nódulo benigno que pode surgir em qualquer área do corpo, entretanto, é mais comum em regiões com maior acúmulo de glândulas sebáceas que são provocadas por uma alteração estrutural na composição folicular. Também pode ocorrer devido a traumas. É mais comum em adultos, sendo considerado raro em crianças.

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

Alguns pacientes manifestam fístulas, apresentando drenagem para a pele, devido à infecção do cisto ou por recidiva cirúrgica. Inicia-se terapia com antibióticos e, após dirimida a infecção, realiza-se a cirurgia para ressecção.

Outra complicação é o potencial de malignização encontrado em tecido tireoidiano disgenético, que pode ser encontrado dentro do cisto. Pode evoluir para neoplasias, como o carcinoma papilar do ducto tireoglosso (0,7-1%) e adenoma folicular no cisto tireoglosso, mais raramente.

As complicações pós-operatórias são pouco frequentes, podendo haver hematoma, seroma e infecção de ferida operatória. Pode ocorrer recidiva e carcinoma recém-diagnosticado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, I.C.P. et al. Carcinoma papilífero de cisto de ducto tireoglosso. Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, vol 41, 2, 96-98, 2012.

AMARAL, S.M.; COSTA, P.F.B.M. Um caso de massa torácica em lactente – qual o seu diagnóstico?. Residência Pediátrica. 1 ed. Vol. 7. Pgs 45-48. 2017.

CASTELAN, J.B.; CASTELAN, J.V.E.; LOPES, R.O. Cisto ducto tireoglosso: relato de caso e revisão de literatura. Arquivos Catarinenses de Medicina. 1 ed. Vol 46. Pgs 125-129. Jan-mar 2017.

CIGNARELLI M. et al. Three cases of papillary carcinoma and three of adenoma in thyroglossal duct cysts: clinicaldiagnostic comparison with benign thyroglossal duct cysts. J Endocrinol Invest, 25, pgs 947-954, 2002.

CIRURGIA, volume 4: Cirurgia Vascular, Proctologia, Cirurgia de Obesidade, Cirurgia Pediátrica, Tumores de Cabeça e Pescoço. São Paulo: Medyn, 2018. 185 p., il.

CURY, E.K. Manual de cirurgia pediátrica. São Paulo: Sarvier, p. 448, 2016.

GONÇALVES, K.K.N. et al. – Rânula mergulhante extensa em paciente pediátrico tratado com

micromarsupialização: relato de caso. RSBO. 2 ed. Vol. 16. Pgs 136-142. Jul – dez 2019.

LÓPEZ, M.C. et al. Carcinoma papilar de quiste de conducto tirogloso sincrónico con carcinoma papilar de tiroides. Revista de otorrinolaringologia y cirugía cabeza y cuello, Chile, v.74, n.3. Santiago dic, 2014.

MATOS, L.L. et al. Linfadenopatia cervical na infância. Arq Bras Ciên Saúde, Santo André, v.35, n.3, p.213-9, Set/Dez 2010

MATTIOLA L.R. et al. Carcinoma do ducto tireoglosso. Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. 3 ed. Vol. 37. Pgs 179-181. 2008.

MOORE, K.L. & PERSAUD, T.V.N. Embriologia Clínica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

MORRONE, A.R. et al. SIC RESUMÃO. 1. Ed. Vol. 2. São Paulo: Medcel, 2017

MOTAMED, M.; MCGLASHAN, J.A. Thyroglossal duct carcinoma. Curr open otolaryngol head neck surg. 2ª ed. Vol. 12. Pgs 106-109. 2004.

OZTURK, O. et al. Papillary carcinoma of the thyroglossal duct cyst in childhood. Eur Arch Otorhinolaryngol, 260, pgs 541-543, 2003.

RIBEIRO, R.L. Nódulos tireoidianos em crianças e adolescentes com hipotireoidismo congênito e tireoide ectópica. 2016. 21f. Tese (Especialização Pediátrica) em Endocrinologia – Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

TRISTAN, J. et al. Thyroglossal duct cyst: 20 years' experience (1992-2011). Eur Arch Otorhinolaryngology. 9 ed. Vol 272. Pgs 2513-2519. 2015.