

“No todo lo anecoico es inocente: carcinoma papilar en quiste tirogloso.”

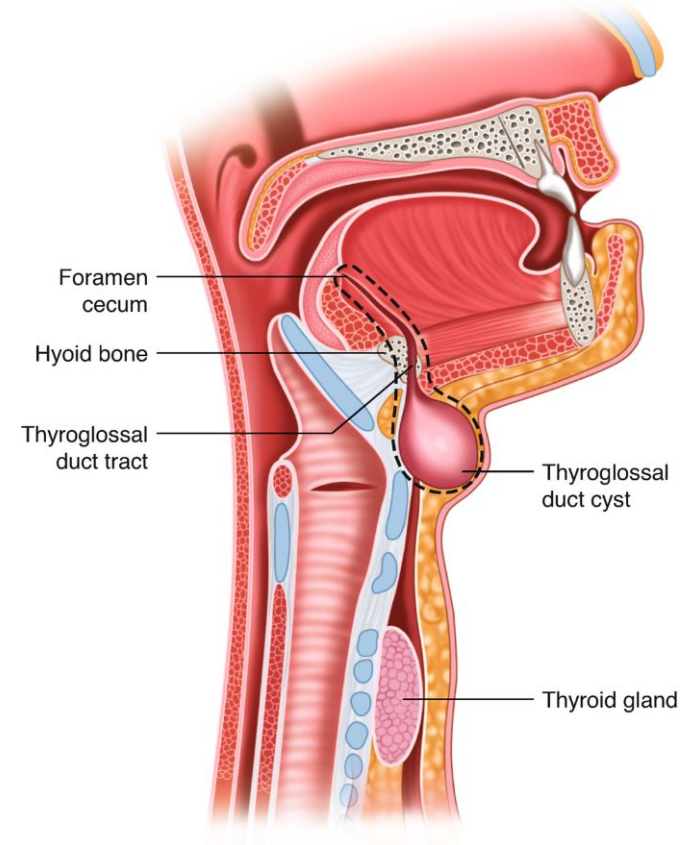
Carolina G. Galiasso¹, María M. Piovani¹, Federico Fruttero¹, Andrea M. Guerra O¹, Florencia A. Pineda, María P. Retenaga¹, Alejandra Gandini¹.

¹ Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Buenos Aires – Argentina.



Objetivos:

- Describir los fundamentos anatómo-embriológicos de la entidad.
 - Proponer un abordaje sistemático para la semiología ecográfica del quiste tirogloso.
 - Identificar diagnósticos diferenciales y posibles características radiológicas de malignidad que podrían diferenciar el carcinoma de los quistes benignos del conducto tirogloso.
 - Implementar el algoritmo de correlación cito-histológica en conjunto con el equipo multidisciplinar, teniendo en cuenta la seguridad del paciente.
 - Describir el tratamiento y el seguimiento indicado para ese paciente.
-



Durante la 5ta-6ta semana de gestación, la glándula tiroides migra desde la base de la lengua, hacia su posición final en el cuello a través del conducto tirogloso. Luego que la glándula queda en la región cervical, este conducto suele involucionar. En otras ocasiones puede persistir formando una **sinuosidad, fístula o quiste**.

- Los **quistes del conducto tirogloso** son la enfermedad congénita cervical más frecuente.
- La falta de involución de dicho conducto asociado a la diferenciación celular hacia el epitelio respiratorio con actividad secretora y glándulas mucosas generan esta formación quística.
- Se presentan en la **línea media o levemente a un lado de esta**, entre el istmo de la glándula tiroides y el hueso hioides o por encima del hioides.
- Según la relación con el hioides, el quiste puede encontrarse suprahiideo (23%), en la región hioidea (60%) (anterior o posterior a él) o infrahiideo (13%). Los quistes intralinguales representan el 3%
- Lugares menos frecuentes son el piso de la boca o en la lengua.

Epidemiología:

- ❖ Tumefacción congénita del cuello más frecuente.
- ❖ Segunda causa de tumor cervical después de las adenopatías benignas.
- ❖ Se diagnostica con más frecuencia en los niños, aunque pueden permanecer latente por varios años o incluso décadas hasta que algún estímulo conlleve a su detección.

Cuadro clínico:

- ❖ Tumefacción en la línea media del cuello.
- ❖ Asintomática o que se mueve y asciende con la deglución y al sacar la lengua.
- ❖ Son sintomáticos ante la presencia de cuadros inflamatorios repetidos.

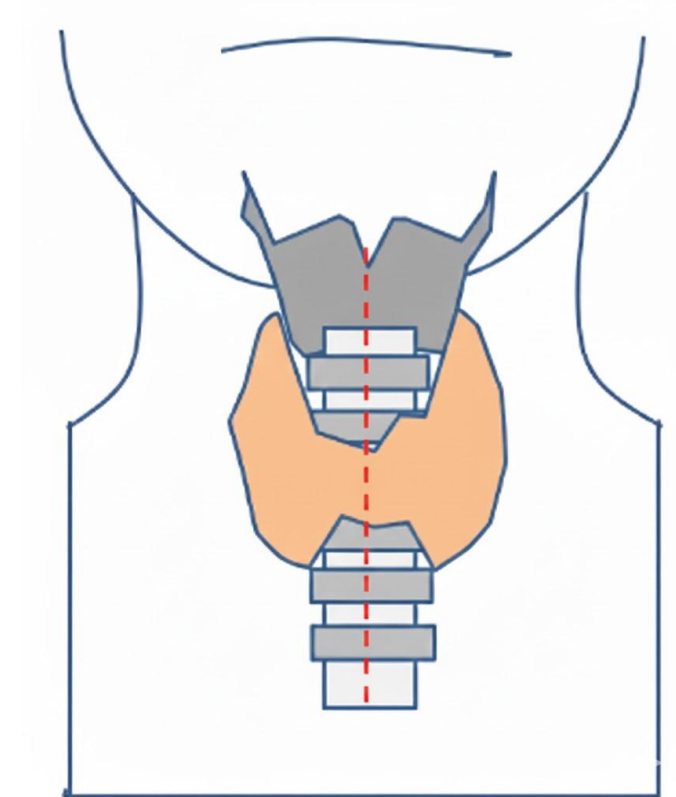
Importancia médica: pueden presentar **degeneración carcinomatosa**, generalmente como causa del tejido tiroideo ectópico que posee células cancerosas



Hallazgos por imágenes:

Técnica ecográfica:

1. Paciente en decúbito supino con el cuello en hiperextensión.
2. Barrido en plano axial: región submentoniana hacia glándula tiroides.
3. Barrido en plano sagital: línea traqueal media.
4. Pedir al paciente que realice apertura y cierre de la boca.



Sitios donde encontrarlos ecográficamente.

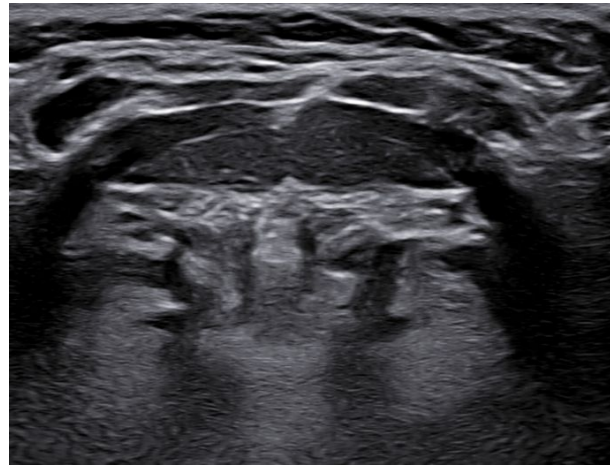


Fig. 1 Corte axial piso de la boca con boca abierta y cerrada.

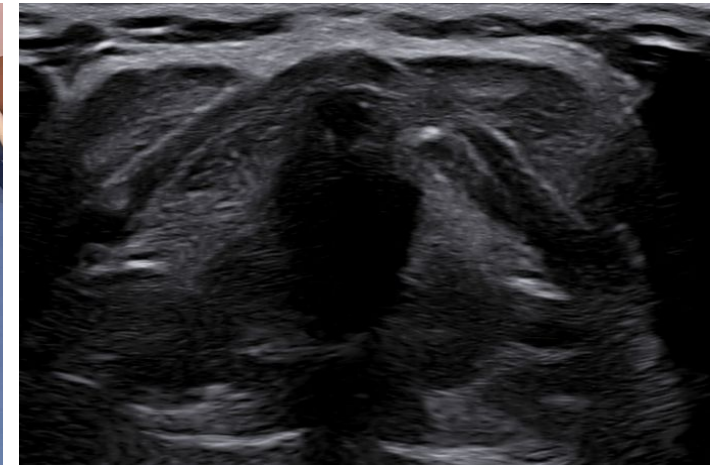


Fig. 3 Corte axial piso región infrahioidea.

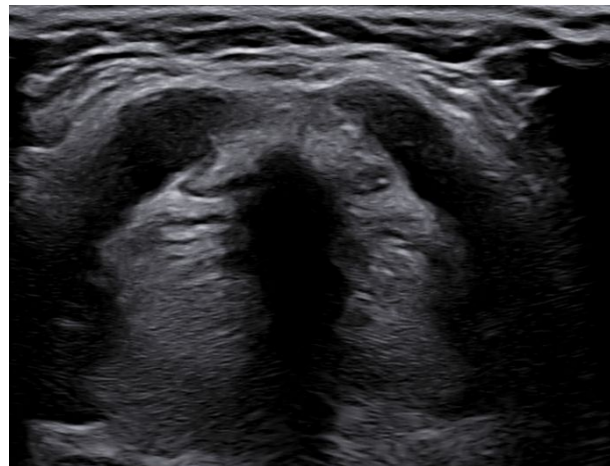


Fig. 2 Corte axial a la altura del hueso hioides.

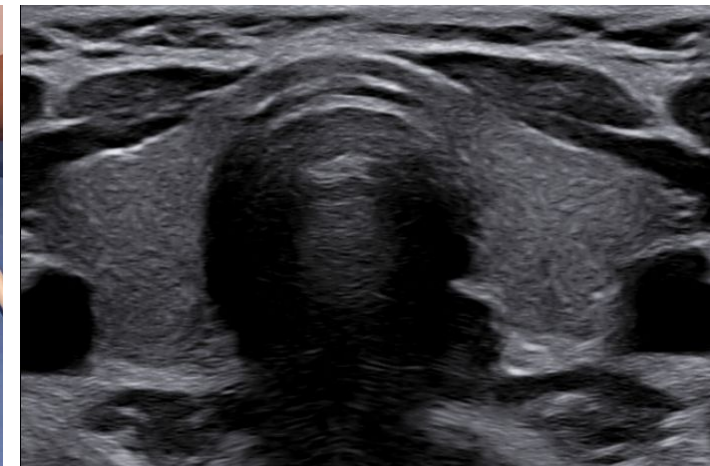


Fig. 4 Corte axial glándula tiroides.

Técnica ecográfica:

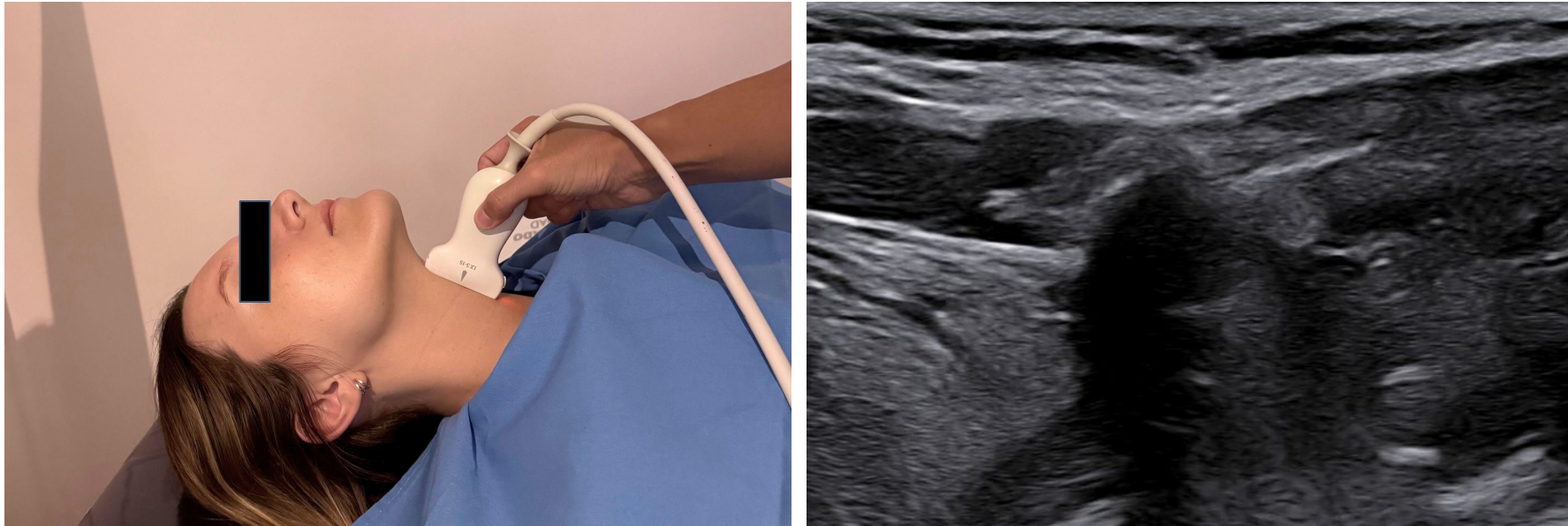


Fig. 5 Corte sagital línea media cervical anterior.

Características ecográficas: imagen redondeada, hipoecoica, de bordes netos, puede tener o no detritus internos, avascular al Doppler color y que excursiona con la deglución y la protrusión lingual.

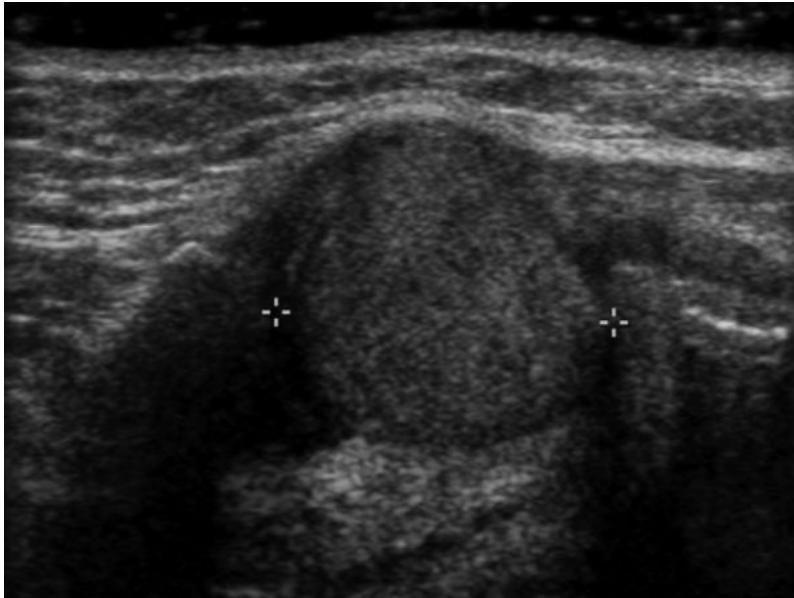


Fig. 6 Imagen típica compatible con Quiste Tirogloso (bibliografía).

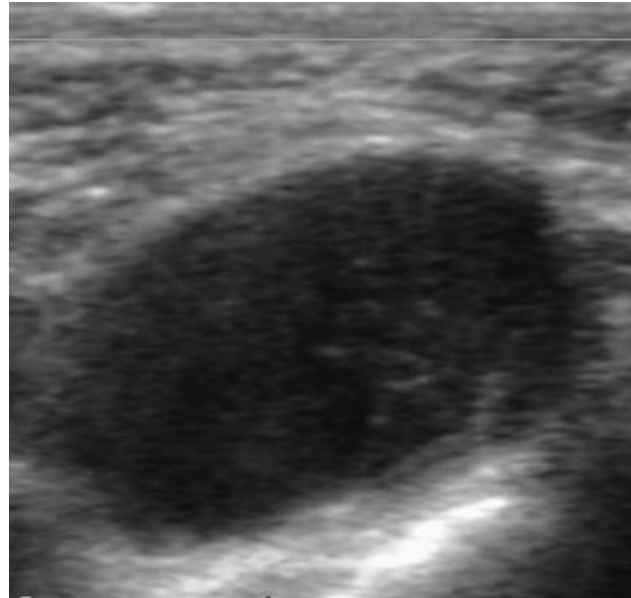
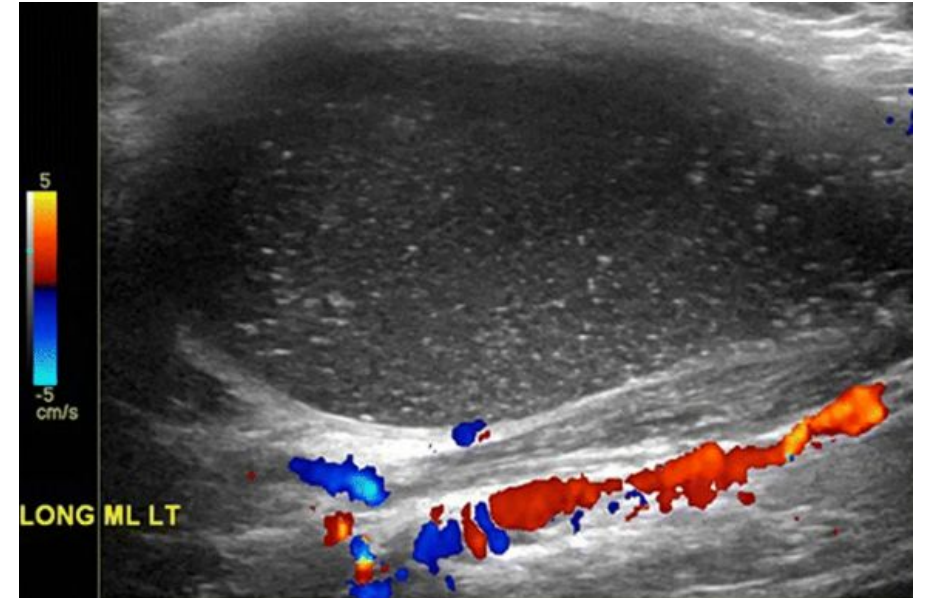


Fig. 7 Imágenes típicas compatible con Quiste Tirogloso (bibliografía).



Características sospechosas de malignidad:

- **Componente sólido mural** → es el signo más preocupante.
- **Microcalcificaciones** → muy sugerentes de carcinoma papilar de tiroides.
- **Paredes gruesas e irregulares.**
- **Vascularización interna.**
- **Contornos mal definidos** o adheridos a los tejidos circundantes.
- **Linfadenopatía asociada**



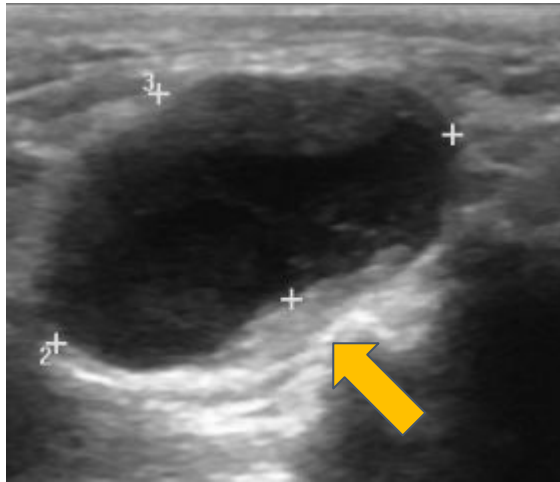


Fig. 8 Componente sólido mural.

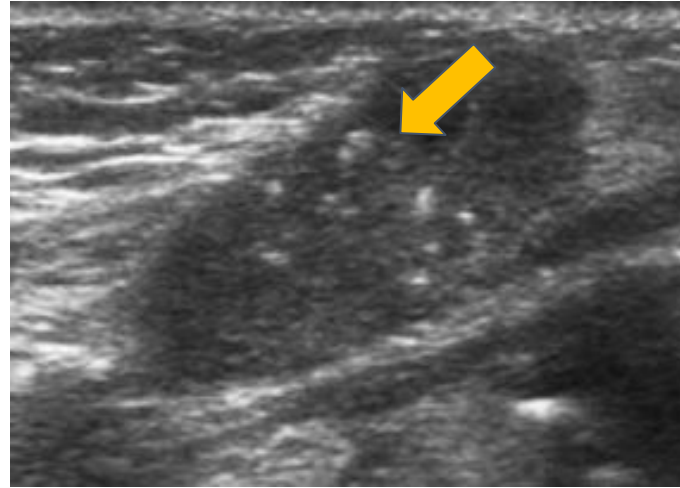


Fig. 9 Microcalcificaciones.

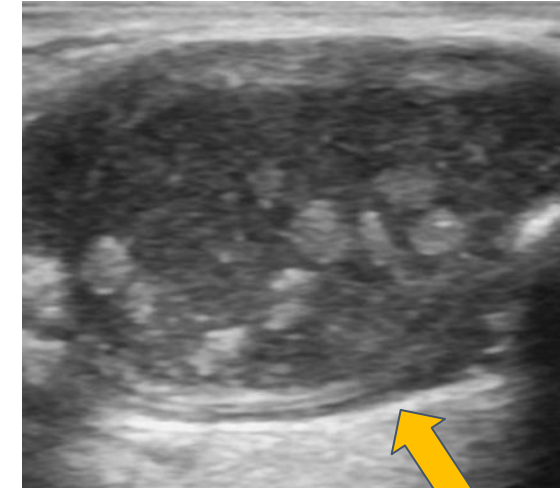


Fig. 10 Paredes engrosadas.

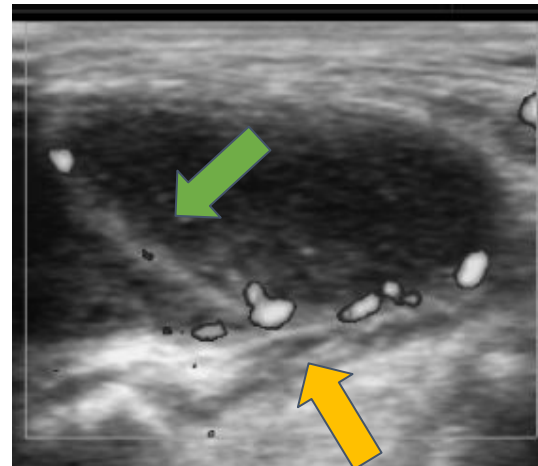


Fig. 11 Vascularización interna. Se agrega septos internos (↑).

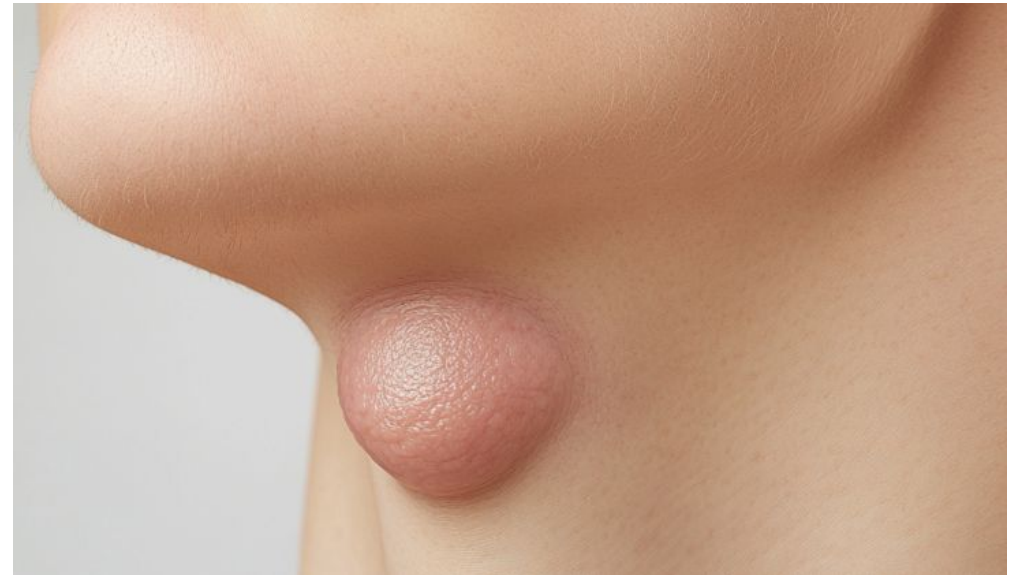
Métodos por imágenes adicionales:

- **CENTELLOGRAMA:** útil para el D/D con glándula tiroides ectópica, ya que esta presenta captación a diferencia del quiste tirogloso.
 - **TC o RM:** Se reservan para quistes muy grandes, localizaciones atípicas, o cuando se sospecha de extensión hacia estructuras profundas o malignidad.
-

¿Cómo abordamos un caso sospechoso?

Presentación del caso clínico:

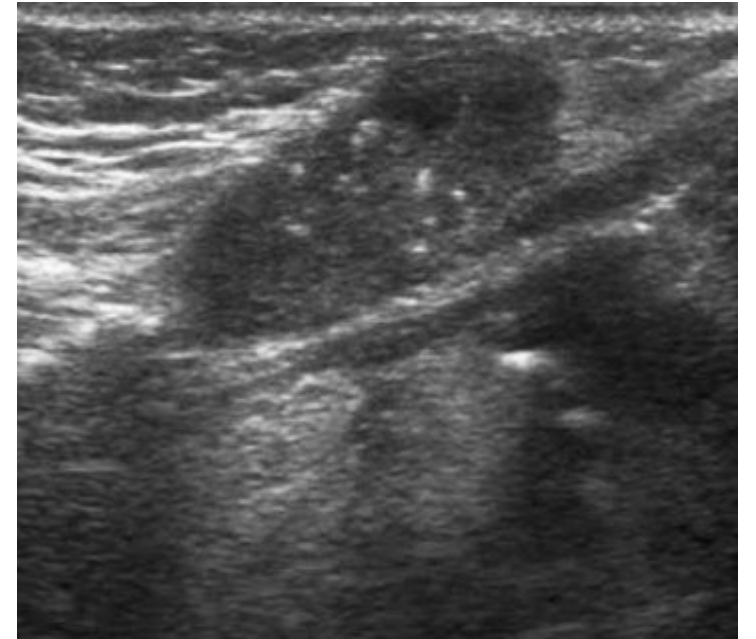
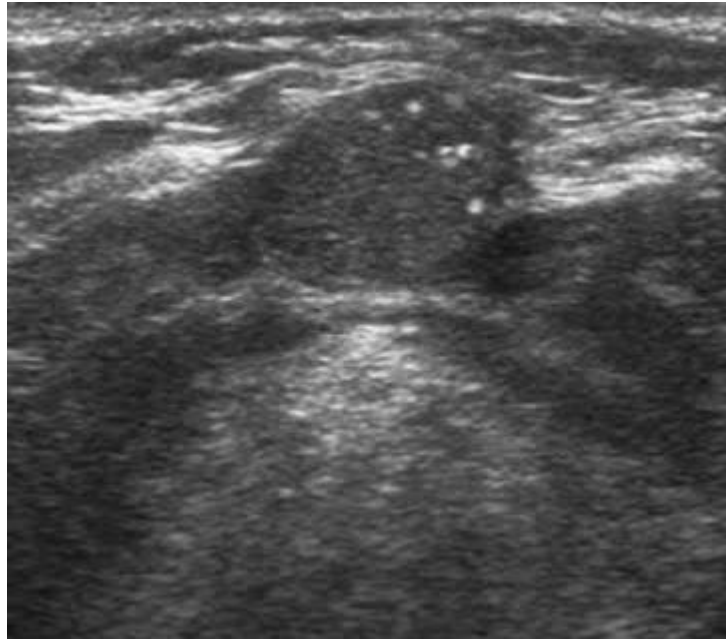
Concurre a nuestro hospital una paciente femenina de 55 años y consulta por **tumoración indolora en la región anterior del cuello**, de varios meses de evolución, dolorosa durante procesos infecciosos respiratorios intercurrentes.



¿Cómo abordamos un caso sospechoso? :

Presentación del caso clínico:

En la *ecografía*, en topografía suprahiodea en la línea media cervical, se visualizó una imagen ovalada, anecoica con contenido ecogénico puntiforme en su interior, paredes finas, sin vascularización evidente al Doppler color, que medía $2,04 \times 1,2$ cm, sugestiva de quiste tirogloso complicado.



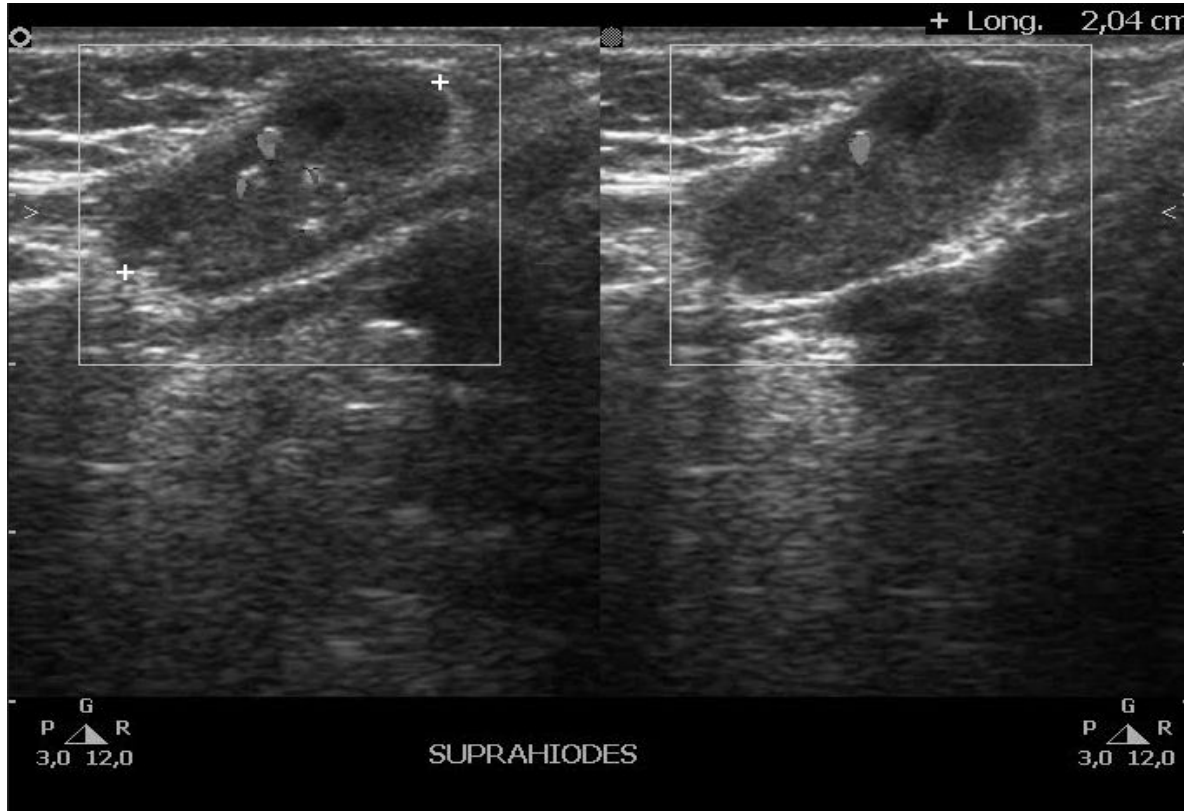


Fig. 9 Al doppler color no presenta vascularización interna.

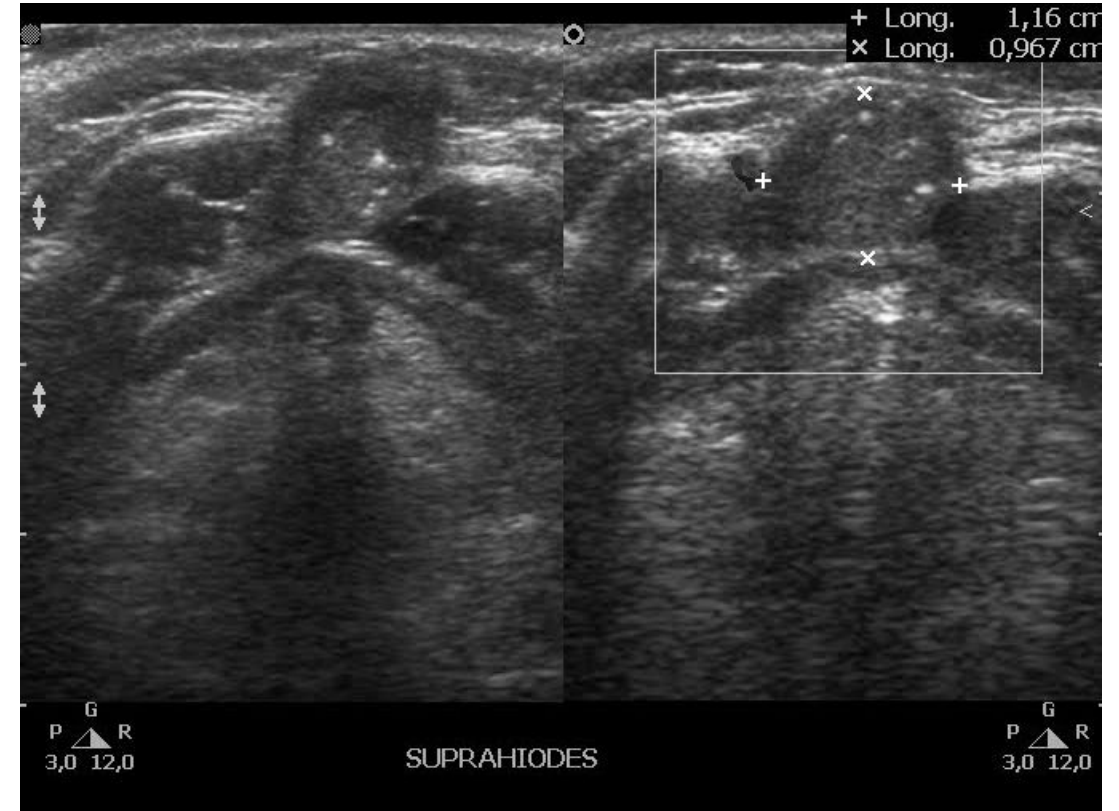


Fig. 10 Imagen en topografía suprahioidea línea media.

Diagnósticos diferenciales del Quiste Tirogloso:

- **Quiste Dermoide:** Se encuentra superficial al hueso hioides, **no se mueve al sacar la lengua** porque no tiene conexión con la base de la lengua.
 - **Tiroides Ectópica:** Es importante identificarlo, ya que en el **70-80%** de estos casos, ese es el **único tejido tiroideo** funcional que tiene el paciente. Si se extirpa por error, el paciente quedará con hipotiroidismo permanente.
 - **Linfadenopatía Submentoniana:** Suelen ser múltiples, más firmes, y a menudo se asocian a infecciones dentales o cutáneas recientes. No se mueven con la deglución.
-

Diagnósticos diferenciales del Quiste Tirogloso:

Otras Patologías menos frecuentes:

- **Ránula:** Quiste salival que "se escapa" del suelo de la boca hacia el cuello; tiene un aspecto más translúcido o azulado.
 - **Hemangioma / Linfangioma:** Masas blandas, compresibles, presentes desde el nacimiento; el linfangioma (higroma quístico) suele ser mucho más grande y multiloculado.
 - **Lipoma:** Masa de grasa, muy blanda, superficial y que no está asociada a estructuras profundas (no se mueve con la deglución).
-

¿Cómo abordamos un caso sospechoso?

- Se extirpa la lesión mediante procedimiento de Sistrunk.
 - El estudio histopatológico reveló **carcinoma papilar de tiroides originado en el quiste**, presentando márgenes libres y sin infiltración ósea por lo que se decidió completar el tratamiento con tiroidectomía total.
 - El resultado histológico de la glándula evidenció un **microcarcinoma papilar variante folicular** en el lóbulo derecho.
 - La paciente realizó tratamiento con yodo radiactivo e inició terapia sustitutiva con levotiroxina, con controles posteriores sin particularidades.
-

Discusión:

La **transformación maligna de los quistes tiroglosos** es infrecuente ($\approx 1\%$) y el carcinoma papilar constituye el subtipo más prevalente. Su diagnóstico es postquirúrgico tras exéresis (procedimiento de Sistrunk), ya que los hallazgos ecográficos como nódulos mural o calcificaciones aumentan la sospecha preoperatoria. En este caso, la coexistencia de carcinoma en el quiste tirogloso y micro carcinoma folicular en la glándula tiroidea refuerza la decisión de la tiroidectomía.

Conclusiones:

La interpretación radiológica alcanza su máxima expresión clínica cuando se valida mediante la histopatología, consolidando un diagnóstico integrado que es, en última instancia, el objetivo final.

El verdadero rol del radiólogo radica en reconocer cuándo una patología común se comporta como una excepción oncológica, utilizando el equipo multidisciplinar no para confirmar lo obvio, sino para descartar lo improbable.

Bibliografía:

1. Patel S, Bhatt AA. Thyroglossal duct pathology and mimics. *Insights into Imaging*. 2019;10:12. doi:10.1186/s13244-019-0694-x.
2. Ahuja AT, King AD, King W, Metreweli C. Thyroglossal duct cysts: sonographic appearances in adults. *AJNR Am J Neuroradiol*. 1999 Apr;20(4):579-82.
3. Bansal A, Oudsema R, Masseaux J, Rosenberg H. Ecografía de masas superficiales pediátricas de cabeza y cuello. *Radiographics*. 2018;38(4):1239-1263. doi:10.1148/rg.2018170165.
4. Glastonbury C, Davidson H, Haller J, Harnsberger H. CT and MR imaging features of carcinoma arising in thyroglossal duct remnants. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2000;21(4):770-774.
5. Smiti S, Mahmood NS. Papillary carcinoma arising from a thyroglossal duct cyst. *Indian J Radiol Imaging*. 2009 Apr-Jun;19(2):120-2. doi:10.4103/0971-3026.50828.
6. Calderón Flores EJ. Quiste del conducto tirogloso [Internet]. SlideShare; [citado 2026 Mar 16].
7. Salinas EA. Quiste tirogloso [Internet]. SlideShare; [citado 2026 Mar 16].

Muchas Gracias.