

## PERSISTENCIA DEL CONDUCTO TIROGLOSO

por José Manuel Gonzalo Cordero  
y Alfredo Escudero Díez

### INTRODUCCION

La parte posterior de la lengua se origina a partir de dos papillas simétricas que aparecen en la confluencia del segundo y tercer arco faríngeo. Al crecer éstas llegan a juntarse entre sí en la línea media de la boca, haciéndolo a su vez con la masa del tubérculo impar que da origen a la parte anterior de aquélla. De la fusión de dichas masas,<sup>9</sup> se origina al principio, entre la parte anterior y posterior de dicho órgano, un surco en forma de V que desciende a lo largo de la línea media al istmo tiroidiano, a la pirámide de Lalouette y en parte a los lóbulos laterales tiroidianos.

La extremidad proximal de este canal tirogloso, persiste por todo el resto de la vida, bajo la formación anatómica denominada «foramen-coecum». Algunas veces el canal tirogloso persiste<sup>3 10</sup> completa o incompletamente dando lugar al nacimiento de quistes embrionarios, que, caso de infección secundaria, se pueden abscesificar y fistulizar, siendo su principal característica la localización en la parte inferior y media del cuello.<sup>4 7</sup>

En medicina humana encontramos bastante bibliografía a pesar de la rareza del proceso, como vemos al revisar algunas estadísticas de grandes centros quirúrgicos; en el Hospital Central de Cirugía del Rey Carlos III, sobre 14.000 intervenciones efectuadas aparecieron siete quistes del canal tirogloso; en la Clínica Mayo (Nueva York), de 80.000 intervenciones, 36 lo habían sido por el quiste del canal tirogloso, etc., etc.

Por el contrario, en medicina veterinaria, la casuística es muy reducida. Hemos intentado buscar publicaciones concretas relativas a este problema, pero no hemos conseguido obtener referencias suficientemente claras y terminantes; en algunos casos se nos citan quistes branquiales,<sup>8</sup> pero su descripción es dudosa, y ni aun los propios autores están seguros de sus hallazgos.

La escasa bibliografía de estos problemas nos ha inducido a la publicación del presente trabajo a fin de que pueda servir de referencia a los interesados en su estudio.

## OBSERVACION PERSONAL

Ficha clínica de la consulta pública gratuita núm. 673 del Curso Académico 1967-1968.

Especie equina; hembra de dos años de edad.

**Anamnesis.**—Al practicársele un reconocimiento sanitario, hallaron un pequeño abultamiento móvil, subcutáneo, del tamaño de una avellana, situado en la parte infero-posterior del cuello y sobre la línea media. Dicha tumoración fue aumentando de tamaño hasta el momento de la intervención, en la que era como un huevo grande de paloma.

**Exploración.**—Tumoración subcutánea móvil, en el plano medio infero-posterior del cuello, de consistencia firme. Por punción exploratoria se extrae una pequeña cantidad de líquido amarillento espeso.

## INTERVENCION QUIRURGICA

**Recuerdo anatómico.**—Como ya hemos dicho el quiste intervenido estaba situado superficialmente en la parte central infero-posterior del cuello, recubierto por la piel y el músculo subcutáneo y sobre la línea de unión de los dos músculos esternomaxilares. En un plano más profundo se hallan los músculos esternohioideo y esternotiroideo y más profundamente la tráquea.

**Técnica.**—El animal es derribado por los métodos usuales,<sup>5</sup> siendo mantenida la cabeza en hiperextensión por un ayudante. Previa la desinfección de la zona a intervenir se practica anestesia local<sup>2</sup> por infiltración con Licodaina al 2 %. Seguidamente inyectamos dentro del quiste solución acuosa de azul de metileno con el fin de poder detectar algún conducto fistuloso. A continuación, incisión de la piel y tejido celular subcutáneo, hasta la tumoración, que aparece recubierta por fibras del mismo músculo subcutáneo. Realizando la hemostasia necesaria procedemos a la disección del quiste. No apreciamos la existencia de trayectos fistulosos debido probablemente a su transformación en cordón fibroso. Eliminada la formación quística suturamos la herida operatoria después de haber extendido una prudente cantidad de antibióticos dentro de ella.

**Postoperatorio.**—Sin incidencias. Se retiran los puntos de la piel a los 15 días, apareciendo la herida en franca cicatrización.

## EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO

**Estudio macroscópico.**—La tumoración presenta forma esférica de consistencia media. A la sección se observa la presencia de una cavidad central ocupada por una sustancia sebácea de color blanco amarillento.

**Técnica histológica.**—La pieza es fijada con formol, se hacen cortes por congelación y para teñirlos utilizamos hematoxilina-eosina.

**Estudio microscópico.**—El material a estudiar está constituido por una zona externa de tejido muscular de fibra estriada apreciándose en determinados puntos un ligero infiltrado de células redondas así como la hialinización de algunos grupos de fibras musculares.

La parte media de la pieza consta de una gruesa capa de tejido conjuntivo con abundancia de fibras colágenas. Es de destacar en esta zona una intensa inflamación demostrada por la existencia de linfocitos y algunos polimorfonucleares.

La parte interna, está constituida por un epitelio plano estratificado de revestimiento con un estrato basal perfectamente construido y de aspecto regular. El estrato medio presenta en algunos puntos, claros procesos degenerativos de sus células con núcleos muy retraídos, de forma de media luna y posición ligeramente excéntrica; el protoplasma de estas células aparece asimismo excesivamente claro, distinguiéndose perfectamente los límites celulares. El estrato superficial está en muchos puntos fuertemente cornificado. Debajo de la lámina propia del epitelio se observan gran cantidad de glándulas que por el aspecto de sus segmentos terminales dan la impresión de ser mixtas. La existencia de estas glándulas explica la presencia de colesteatoma en el interior de la cavidad quística. No se observan signos de malignidad neoplásica.

**Diagnóstico histológico.**—Dadas las características del material examinado, creemos se trata de un quiste originado como consecuencia de un resto embrionario epitelial del conducto tirogloso.

## CONCLUSIONES

Hemos de hacer resaltar que uno de los mayores problemas que entraña este tipo de lesiones es su diagnóstico. Ante una formación como la que hemos estudiado, se puede pensar en una adenopatía pretraqueal o prefaringiana, en una condritis de los cartílagos laríngeos, en un quiste dermoide, en un lipoma, etc. Las fistulas branquiales no suelen estar localizadas en la línea media.<sup>6</sup>

Es necesario señalar la rareza de una persistencia completa del canal tirogloso entre el quiste o fistula cervical y el agujero ciego. MACKENSIE en 1924 y VON DEN-WILDENBERG<sup>11</sup> en 1936, declaran no haber encontrado ningún caso de fistula completa. Algunos autores incluso niegan su existencia.

## RESUMEN

Estudiamos un quiste localizado en la porción media del cuello, operado en una potra de dos años, que por sus características topográficas y su estructura microscópica creemos se trata de un quiste originado por la persistencia de restos embrionarios del conductor tirogloso y debido a la escasa bibliografía dentro de la literatura veterinaria pensamos que su publicación reviste gran interés.

## RESUME

On a fait une étude sur un kyste localisé au milieu du cou d'une pouliche de deux ans, lequel fut opéré. D'après ses caractéristiques topographiques et sa structure microscopique, nous croyons qu'il s'agit d'un kyste formé par la persistance de débris embryonnaires du conduit thyroïdien. Étant donné le manque de bibliographie dans la littérature vétérinaire, nous croyons que la publication de cet article est fort intéressante.

## SUMMARY

We studied a cyst situated in the middle part of the neck, operated on a two year old filly, which, for its characteristic topography, and microscopical structure, we think is a cyst caused by embryonic remains of the «tiro-glosso» tube; because there is a very little bibliography in Veterinary literature we think that this publications will be very interesting.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) BERARD, SARGNON et EUVRARD (1933).—Fistule cervicale mediane, etc. Ann. d'otol-L., p. 1.082.
- 2) BERGE, E., WESTHVES, M. (1961).—Technica operatoria Veterinarie. Ed. Labor.
- 3) CAMBRELIN, M. (1935).—Les permanences du can. th. gl. Soc. de lar. des Hôp. de París.
- 4) DIEBOLD, JUNGHANNS, ZUKSCHWERDT, (1963).—Pat. y Clínica Quirúrgica. T. I. Salvat.
- 5) GARCIA ALFONSO, C. (1955).—Operaciones en Veterinaria.
- 6) JANKOVSKY, P. (1937).—Des fistules congenitales latérales basses du cou.—Ann. d'otolaryngologie. París et Lyon.
- 7) LOYAL DAVIS, (1961).—Tratado de Pat. Quirúrgica. E. I. A.
- 8) LUCAS, F., TISSEUR, H. y SIMINTZIS, G.—Les branchionnes, Reune de Med. vet., mayo-junio. 1944.
- 9) PUJULA, P. S. (1943).—Embriología del hombre y demás vertebrados. E. Casals.
- 10) SORU, S.; IOANITESCO, G.; POPP, L.; NEUMANN, H. (1938).—Persistance du canal Thyro-glosse, Fistule cervicale Mediane.—Ann. d'oto laryngologie.—París et Lyon.
- 11) WILDENBERG, Van den.—Fist. cong. du cou. Ann. d'Oto-L., 1926., p. 6.771.



Microfotografía a pequeño aumento, donde se observa el componente epitelial.



Microfotografía a mayor aumento en la que se ve la existencia de un epitelio claro estratificado.



Microfotografía a gran aumento, apreciándose un estrato basal y un estrato córneo muy manifiesto.