

Cisto tireoglosso e operação de Sistrunk

Thyroglobulus cyst and Sistrunk operation

Angélica dos Santos Santos¹, Brenner Rafael Nascimento¹, Cinthya Clara Silva de Sousa¹ & Acimar Gonçalves da Cunha Júnior²

1. Discente do curso de Medicina das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central (FACIPLAC); 2. Docente do curso de Medicina das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central (FACIPLAC)

*e-mail: Angel-farma@hotmail.com; Q.16 Casa 56 Setor Oeste – Gama – Brasília- DF CEP: 72420160 – (61) 98263-7354.

Schlange, em 1893, ressaltou a importância de se retirar a parte central do osso hióide como hipótese terapêutica para o cisto tireoglosso. Em contrapartida, em 1920, Walter Ellis Sistrunk, médico cirurgião nascido no Alabama e graduado pela Universidade de Nova Orleans, aprimorou a idéia de Schlange e elaborou sua teoria conhecida, a partir de então, como técnica de Sistrunk, sendo a cirurgia tradicional e o método de escolha atualmente (Balfour et al., 2006).

Na quarta semana de desenvolvimento embriológico surge a primeira glândula endócrina do corpo humano, a tireóide. Essa tem origem no assoalho da faringe primitiva a partir de um espessamento endodérmico e migra caudalmente como um divertículo bilobado, passando ventralmente ao osso hióide em formação, atingindo sua topografia habitual anterior à traquéia ao redor da sétima semana (Figura 1).

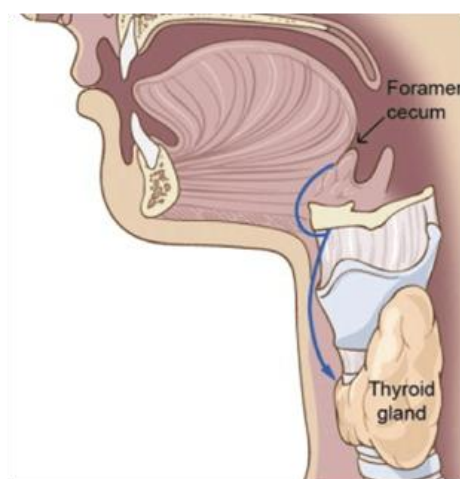


Figura 1: Trajeto embrionário da glândula tireóide e sua posição final (seta em azul mostrando as possíveis localizações da glândula tireóide ou do ducto tireoglosso). Disponível em: <<http://drdouglascaetano.med.br/novo/casos-frequentes/cisto-tireoglosso/>> Acesso em: 27/06/2017

A glândula permanece conectada à base da língua pelo ducto tireoglosso da oitava à décima semana, quando o mesmo tipicamente regride (Dedivitis & Lima, 2007)

O cisto do ducto tireoglosso resulta de uma falha dessa involução (Tubino & Alves, 2006).

Tal persistência é a lesão congênita mais frequente da região cervical (70%), podendo evoluir para neoplasias como carcinoma

Santos, AS., *et al.*

papilar do ducto tireoglosso (0,7% e 1%), além do Adenoma folicular no cisto tireoglosso, menos frequente. Todavia, tais transformações neoplásicas são raras, sendo a formação de cistos a principal complicação neste mecanismo embrionário.

Os cistos são formados pelo acúmulo de secreção salivar em vista de sua conexão com o forame cego e, frequentemente, são infectados por bactérias da cavidade oral vindo a apresentar sinais flogísticos e drenagem externa. A localização mais comum do cisto é logo abaixo do osso hióide (80%) (López, *et al.*, 2014).

A técnica operatória introduzida por Sistrunk consiste na dissecação do ducto tireoglosso até a base da língua com retirada da porção média do osso hióide (Figura 2). Essa técnica contrapõe a ressecção simples do cisto tireoglosso que não retirava o trajeto fistuloso proximal do ducto até a base da língua e tampouco retirava a parte média do osso hióide.

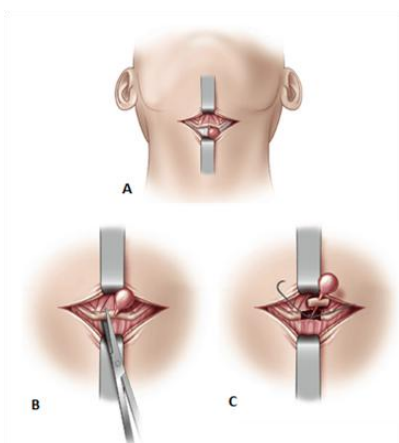


Figura 2: Trajeto_ Esquema da operação para tratamento do cisto tireoglosso (a - cisto tireoglosso; b – osso hióide; c - ligadura do cisto tireoglosso). Foto retirada da internet. Disponível em: <<http://drdouglascaetano.med.br/novo/casos-frequentes/cisto-tireoglosso/>> Acesso em: 27/06/2017

A introdução desta técnica teve como objetivo a diminuição da taxa de recidiva que era de 50% na ressecção simples do cisto versus 3-5% com a operação de Sistrunk, visto que esta era a principal complicação pós-cirúrgica. É importante salientar que a taxa de recidiva na técnica de Sistrunk está relacionada à retirada incompleta do ducto e do osso hióide, sendo necessária a reoperação para a retirada de mais fragmentos do osso (Cury, 2016).

Frente à persistência do ducto tireoglosso e formação do cisto, o tratamento padrão ouro até o momento é a técnica de Sistrunk, pois esta proporciona melhores resultados quando comparada às outras técnicas para a mesma finalidade.

É importante salientar que além da formação do cisto pode ocorrer carcinogênese nos remanescentes do ducto tireoglosso e, apesar desta não ser estatisticamente tão relevante, a mesma existe. Fazendo-se necessário a remoção cirúrgica profilática do ducto.

Referências

BALFOUR, A. M.; AL-REEFY, H. M.; DILKES, M. G. Sistrunk's 1920 description of thyroglossal cyst excision. *Grand Rounds*, v. 6, p. L1-L2, 2006.

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

DEDIVITIS, R. A.; LIMA R. F.; ROSA, G. C. Adenoma folicular em cisto tireoglosso. *Revista brasileira de otorrinolaringologia*, p. 430, 2007.

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

Santos, AS., *et al.*

TUBINO, P.; ALVES, E. *Pediatria Cirúrgica: Diagnóstico e Tratamento.* Brasília: Universidade de Brasília, p. 527, 2003.