

## CISTOS DO CANAL TIREOGLOSSO \*

Jayme Brandão de Marsillac \*\*

### I — CONSIDERAÇÕES DE EMBRIOLOGIA E ANATOMIA

Desde muito cedo, no embrião, já vamos observar pequena formação brotando de maneira ímpar na parede ventral da faringe, resultante da proliferação do epitélio endodérmico da região.

Este elemento, em desenvolvimento, prossegue sua evolução, seguindo a direção cefalocaudal e se bifurca, em sua extremidade livre, como a língua bífida de um réptil. (Figs. 1 e 2).

Forma-se espécie de ípsilon invertido, que tende a desenvolver as duas partes bifurcadas, as quais, em sua evolução, formarão o istmo e parte dos lobos da glândula tireóide.

Ao mesmo tempo, procura regressar a parte inicial, que ligava a neoformação com o ponto de origem na faringe, e que é o chamado canal ou conduto tireoglossos. (Fig. 3).

É assim chamado porque une o tecido tireoidiano em formação, à base

da língua, aí correspondendo à área denominada buraco cego.

No adulto, com certa freqüência, observamos uma formação que parte da tireóide, e se dirige segundo o trajeto primitivo do canal tireoglossos. É o lóbulo piramidal ou pirâmide de Laouette que nada mais é do que resto deste canal transformado em tecido glandular tireóideo.

Além desta diferenciação das partes mais caudais do canal tireoglossos em tecido tireóideo, pode-se perceber, também, em alguns indivíduos, a persistência deste canal, seja em todo, desde a glândula tireóide até a base da língua, ou, apenas, em parte.

Durante a vida, o trajeto do canal pode promover a formação de cistos, de tamanhos variados que podem apresentar patologia própria, infectando-se e fistulizando-se.

Estas formações patológicas podem aparecer em qualquer ponto do trajeto do canal tireoglossos, e constituirão o objetivo desta narrativa. (Fig. 4).

\* Trabalho apresentado ao Centro de Estudos e Ensino do Instituto Nacional de Câncer em 18-9-1964.

\*\* Assistente da Seção de Cabeça e Pescoço do Instituto Nacional de Câncer — Chefe — Dr. JORGE DE MARSILLAC.

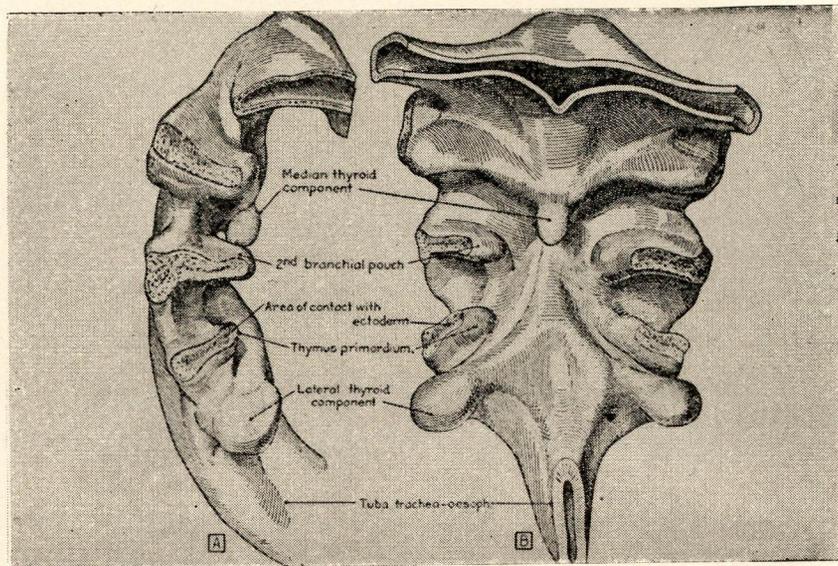


Fig. 1 — Desenvolvimento do componente mediano tireóideo na parede ventral da faringe do embrião. (Retirado de Ward and Hendrick — Tumors of the Head and Neck).

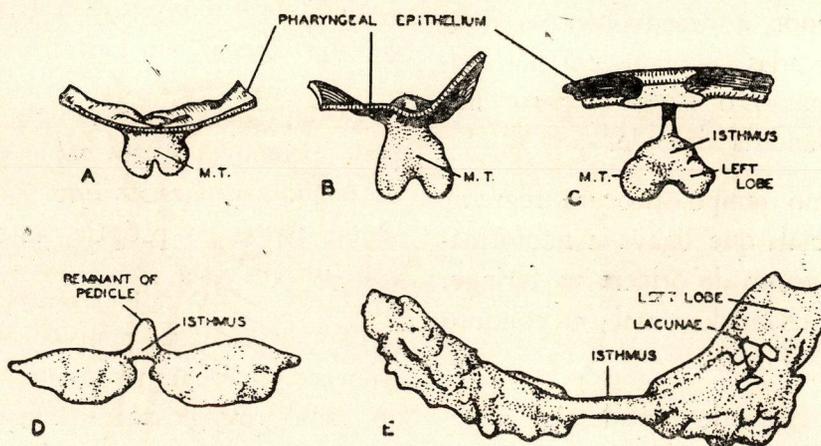


Fig. 2 — Desenvolvimento embriológico do componente mediano tireóideo. (Weller, '33, por cortesia da Carnegie Institution of Washington — citado em e copiado de Ward and Hendrick — Tumors of the Head and Neck).

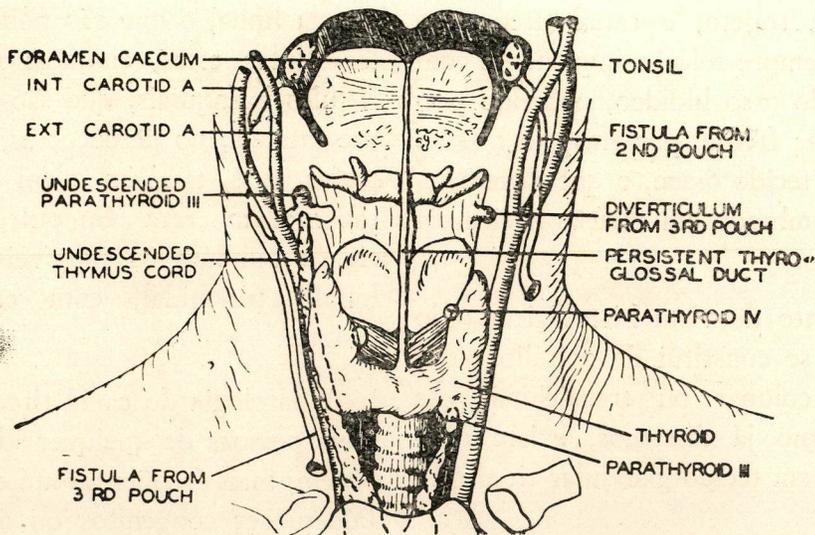


Fig. 3 — Esquema de malformações do pescoço, mostrando a persistência do conduto tireoglosso. (Retirado de Ward and Hendrick — Tumors of the Head and Neck).

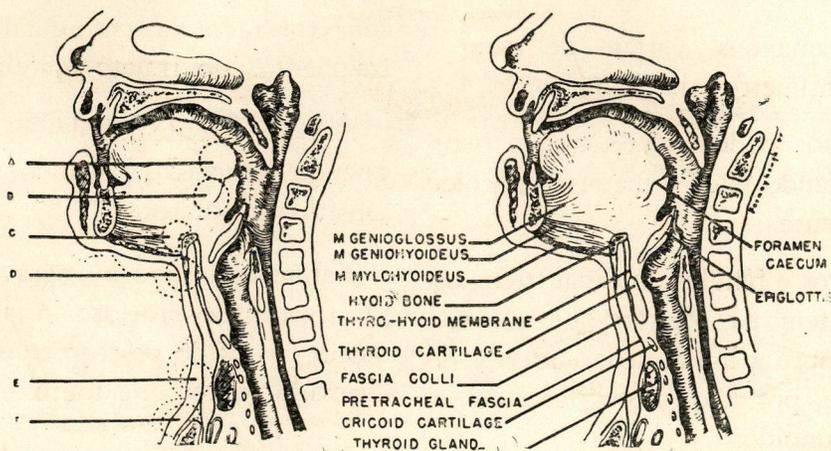


Fig. 4 — Esquema mostrando os níveis em que pode surgir a patologia do canal tireoglosso, sejam cistos ou fístulas. (Cortesia de Surgery, Gyn. and Obst. — citado em e recopiado de Ward and Hendrick — Tumors of the Head and Neck).

No seu trajeto, o canal tireoglosso mantém sempre relação importante com o corpo do osso hióideo, podendo passar por sua frente, por trás, ou mesmo através o tecido ósseo, o que deve sempre ser lembrado em relação à cirurgia do mesmo.

Do ponto de vista histológico, todo o trajeto se constitui de epitélio estratificado, colunar ou transicional. Às vezes, como já dissemos, existe diferenciação em tecido glandular tireóideo.

## II — CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

As alterações patológicas do canal tireoglosso aparecem como tumores císticos, ou em forma de fístula, sobre a linha média anterior do pescoço, podendo apresentar-se em todo o trajeto do conduto, desde a base da língua até o ôco supraesternal. Neste trajeto, podem ser submentonianos, supraióides e infraióides, sendo esta última localização mais freqüente.

Seus tamanhos, variam de meio a vários centímetros de diâmetro.

Os cistos podem infectar-se e fistular-se, dando saída a material mucóide ou purulento.

Os cistos e fístulas do canal tireoglosso consistem na afecção que acomete quase sempre a linha média anterior do pescoço e, por isto, são difíceis de serem confundidos.

Devem, entretanto, serem consideradas, para diagnóstico diferencial, as outras afecções que podem aparecer sobre

aquela linha, e que são pouco freqüentes. Entre estas, citamos: os cistos e fístulas branquiais, que são quase sempre laterais, no pescoço; as linfadenopatias, que, também, além de localização mediana rara têm outra consistência, e também os possíveis cistos do lóbulo piramidal, com característica própria.

A patologia do canal tireoglosso acomete pessoas de qualquer idade, sendo, porém, mais freqüentes até os dez anos. Podem ser congênitos ou aparecer em qualquer época, com tempo variável de evolução.

Freqüentemente, os cistos abrem-se e fistulizam-se por infecção ou, o que é também freqüente, são lancetados e drenados por médicos pouco avisados, que aí produzem uma fístula sempre desagradável.

Os cistos do canal tireoglosso recidivam após extirpações incompletas, com certa freqüência, quando restam fragmentos do trajeto epitelial.

São geralmente indolores, a não ser quando infectados, quando se tornam sensíveis e dolorosos.

Raramente, podem agravar-se com propagação do processo inflamatório às outras partes do pescoço constituindo o chamado pescoço de touro.

Não há, na literatura, nenhuma menção à alterações malignas do canal tireoglosso, que chegue ao nosso conhecimento.

### III — TRATAMENTO

O tratamento dos cistos e fístulas do canal tireoglossos é exclusivamente cirúrgico.

Consiste na remoção total de todo o trajeto epitelial, sem o que haverá grande possibilidade de recidiva.

Os tratamentos econômicos como ressecções parciais, incisões e drenagens, entre outros, revelam-se insuficientes e contraindicados.

As terapêuticas que empregam as substâncias esclerosantes e pelas irradiações, estão completamente proscritas pelos riscos e danos que podem acarretar.

A técnica cirúrgica usada mais frequentemente e que melhores resultados oferece é a que Sistrunk propôs em 1920.

Consiste numa incisão transversa sobre o cisto ou formando uma elipse, que engloba o orifício da fístula, quando existir. (Figs. 5 e 6).

Dissecção de pele, tecido celular subcutâneo e platisma, rebatendo-os.

Isolamento do trajeto fibroso, que caminha em direção ao hióide e, que, geralmente, não oferece dificuldades à dissecção.

Não cremos seja necessária a injeção de azul de metileno ou outro corante na luz do trajeto, pois sua própria consistência fibrosa já constitui um fator de distinção. (Fig. 7).

Ao chegar ao osso hióide, é necessária ressecção de sua porção mediana, o que é feito nas crianças, com simples

tesoura forte, e, nos adultos, com osteótomo. (Fig. 8).

Qualquer seja a posição do trajeto em relação ao osso hióide, seja pela frente, por trás, ou por através, a ressecção parcial do mesmo deve sempre ser executada.

Prossegue-se a dissecção com o isolamento do conduto até a base da língua, praticando-se, aí, ressecção cuneiforme, abrangendo o buraco cego e retirando-se a peça.

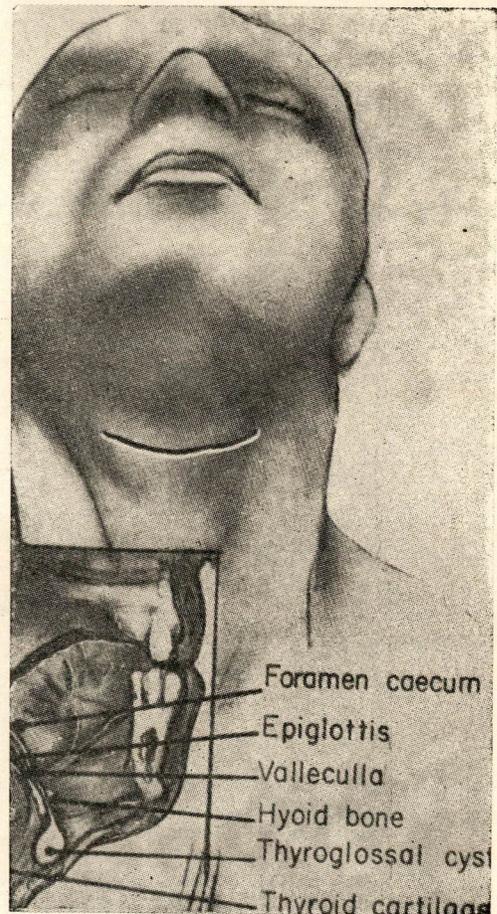


Fig. 5 — Mostrando a incisão transversa proposta por Sistrunk. (Retirado de Loré — An Atlas of Head and Neck Surgery).

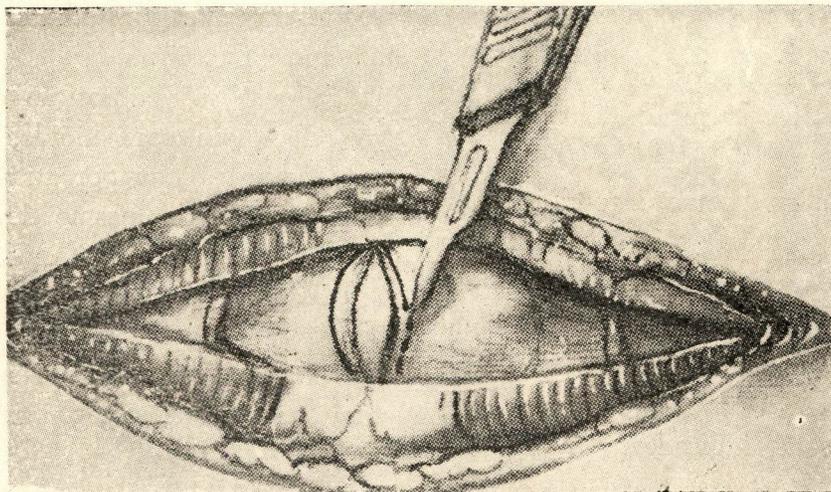


Fig. 6 — Dissecção dos planos subcutâneos para visualização do cisto. É deixada elipse de pele para facilitar a tração. (Retirado de Loré — An Atlas of Head and Neck Surgery).

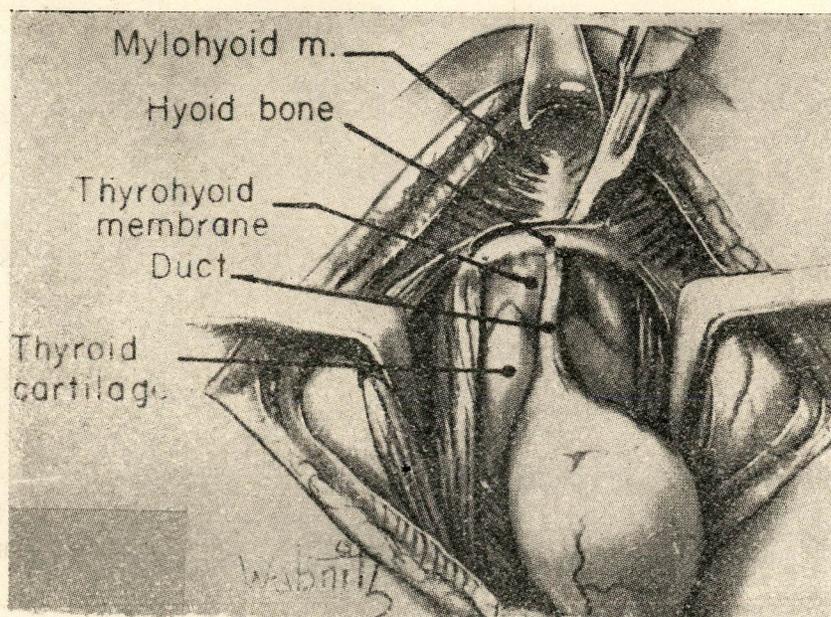


Fig. 7 — Dissecção do trajeto fibroso até o osso hioide, que é isolado. (Retirado de Loré — An Atlas of Head and Neck Surgery).

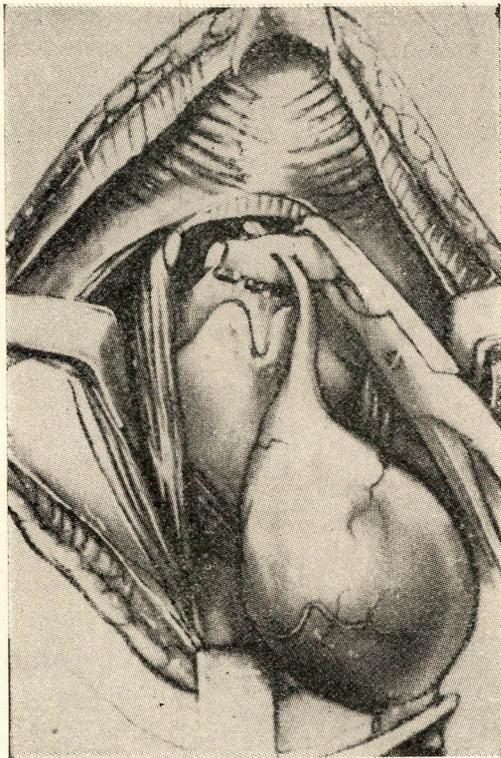


Fig. 8 — Ressecção parcial do osso hioide em monobloco com o trajeto fibroso. (Retirado de Loré — An Atlas of Head and Neck Surgery).

Este ponto de abertura da faringe é suturado com pontos em X de catgut. (Fig. 9).

Revisão hemostática, seguida de recomposição dos planos abertos, com pontos simples de catgut.

Sutura da pele com pontos separados de fio inabsorvível fino. Drenagem com delgado dreno de borracha.

Curativo compressivo.

Quando esta técnica é usada nestes termos, os resultados são bons, oferecendo poucas possibilidades de recorrência.

O ponto principal defendido por Sistrunk é o da incisão transversa.

Mesmo quando o cisto está localizado muito abaixo e a incisão transversa efetuada não facilita a dissecação do trajeto até a base da língua, propõe êle seja feita segunda incisão mais alta, e também transversa, para que seja completada a dissecação.

Advoga o autor que é preferível a prática de até duas incisões transversas, à uma longitudinal, que provoca conseqüências estéticas desagradáveis.

Os pontos são retirados quatro ou cinco dias após, deixando cicatriz de aspecto satisfatório.

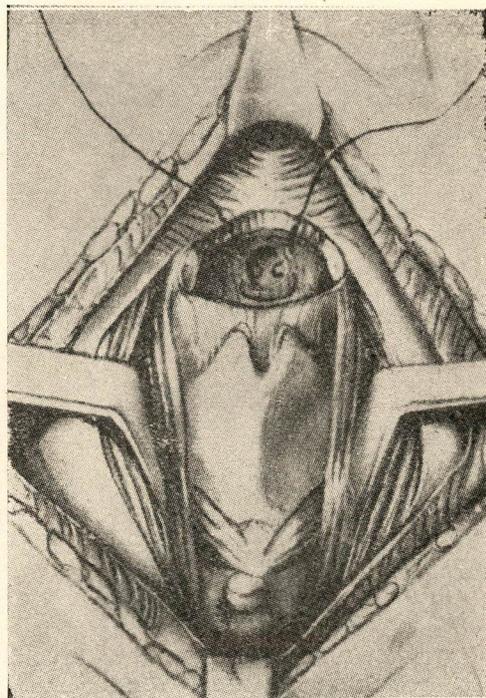


Fig. 9 — Fechamento da parede da faringe aberta com a ressecção cuneiforme da área correspondendo ao buraco cego. (Retirado de Loré — An Atlas of Head and Neck Surgery).

#### IV — CONSIDERAÇÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DO INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER

Auxiliados pela Seção de Epidemiologia do Serviço Nacional de Câncer, praticamos pequeno e inicial levantamento dos casos de cistos de canal ti-reoglossos nos quatro anos compreendidos de 1960 a 1963.

O total de casos matriculados no Instituto, neste período de quatro anos, é de 12 casos.

Nestes 12 casos, 6 acometiam crianças até dez anos de idade os outro 6 acima de dez anos, mas todos em jovens.

Todos os 12 pacientes eram brancos e 8 do sexo masculino. Não acreditamos, porém, em maior acometimento de côr ou sexo. (Quadro I).

#### QUADRO I

Levantamento de 4 anos (1960 a 1963)	
Total matriculados .....	12 casos
IDADE — de 0 a 10 anos ....	6 "
acima de 10 anos ...	6 "
CÔR — brancos .....	12 "
SEXO — masculino .....	8 "
feminino .....	4 "

Em relação aos sintomas principais, 7 nos apareceram como nódulo cístico, todos medianos e na região infraíóidea. Os demais 5 casos eram fístulas com semelhante localização. Dessas fístulas,

3 eram frutos de infecção e abertura espontânea do cisto e 2 de cistos fistulizados após incisão e drenagem. (Quadro II).

#### QUADRO II

Total em 4 anos (1960 a 1963)	12 casos
<i>Queixa principal:</i>	
Nódulo infraíóide .....	7 casos
Fístula infraíóide .....	3 "
Fístula formada após incisão e drenagem .....	2 "

Em relação ao tratamento, dos 12 casos matriculados, 5 abandonaram o Instituto antes do tratamento. Outros 5 sofreram a técnica clássica com extirpação de corpo de híóide. 1 caso sofreu cirurgia com a técnica clássica, sem, porém, ressecção de corpo de híóide, pois o trajeto fibroso do conduto foi inteiramente identificado e passava ao largo do referido osso.

Por fim, 1 caso sofreu extirpação simples sem obedecer a técnica prescrita, mas já voltou ao serviço portando cisto recidivado. (Quadro III).

#### QUADRO III

Total em 4 anos .....	12 casos
<i>Conduta efetuada:</i>	
Operados pela técnica clássica com ressecção parcial de osso híóide	5 "
Abandonaram o hospital antes de operar .....	5 "
Extirpação simples de nódulo ...	1 "
Extirpação total sem ressecção de osso híóide .....	1 "

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — BRUNO LOBO, A. — Noções básicas de Embriologia Humana — A.G.U.S.A. Editora — 1956.
- 2 — WARD and HENDRICK — Tumors of the Head and Neck — Ed. Williams and Wilkins — 1950.
- 3 — LEWIS — Practice of Surgery — Volume VI — Ed. W. F. Prior Company Inc. — 1955.
- 4 — ROB and SMITH — Operative Surgery — Volume IV — Ed. Butterworth and Co. — 1957.
- 5 — LORÉ — An Atlas of Head and Neck Surgery — Ed. W. B. Sanders Co. — 1962.
- 6 — THOREK, M. — Técnica Quirúrgica Moderna (Trad. espanhola) — Salvat Editora — 1953.