

G Chir Vol. 30 - n. 6/7 - pp. 274-275
Giugno-Luglio 2009

casistica clinica

Localizzazione inusuale di cisti del dotto tireoglosso

M. BARBARO, A. DI MARIO, D. DE SETA, G. RISPOLI, E. COVELLI, G.A. BERTOLI, A. MINNI

RIASSUNTO: Localizzazione inusuale di cisti del dotto tireoglosso.

M. BARBARO, A. DI MARIO, D. DE SETA, G. RISPOLI, E. COVELLI, G.A. BERTOLI, A. MINNI

Le cisti del dotto tireoglosso rappresentano le più comuni masse cervicali dopo le adenopatie benigne. La loro origine è legata all'incompleto riassorbimento del primitivo dotto tireoglosso e pertanto possono localizzarsi in ogni parte del suo decorso. Qualsiasi tumefazione del collo, non francamente laterale, situata al di sopra dell'istmo tiroideo è perciò da considerarsi sospetta. Il trattamento di elezione è l'asportazione con la tecnica di Sistrunk.

Presentiamo un caso di localizzazione atipica sul pavimento del cavo orale in una donna di 34 anni che va considerata una evenienza assai rara. A nostra conoscenza, nella letteratura ne sono riportati solamente due casi, entrambi in età infantile.

SUMMARY: An unusual localization of thyroglossal duct cyst.

M. BARBARO, A. DI MARIO, D. DE SETA, G. RISPOLI, E. COVELLI, G.A. BERTOLI, A. MINNI

Thyroglossal duct cysts are most common neck masses after benign lymphonodes. They originate from primitive thyroglossal duct, so they could be locate along its course. Every mass in the middle line of the neck can be considered as a thyroglossal cyst. Best treatment is surgery (Sistrunk procedure).

We present a case of unusual localization at floor of the mouth of thyroglossal in a 34 years old woman. To our knowledge in literature, only two cases, have been reported both.

KEY WORDS: Cisti dotto tireoglosso - Cavo orale - Chirurgia.
Thyroglossal duct cyst - Mouth - Surgery.

Introduzione

Le cisti del dotto tireoglosso rappresentano le più comuni formazioni cervicali nell'infanzia e nell'adolescenza. Si localizzano lungo l'asse mediano, fra ghiandola tiroidea e forame cieco, tipicamente fra l'osso ioide e la tiroide, rappresentando un residuo embrionale del dotto tireoglosso. Si manifestano come tumefazioni mobili consensualmente all'osso ioide, tese e fluttuanti, delle dimensioni di 1-3 cm, che possono causare disfonia, disfagia, talvolta dispnea. Il trattamento di elezione è la rimozione chirurgica con tecnica di Sistrunk, che garantisce una minor percentuale di recidive (4).

Ne presentiamo un caso a localizzazione atipica nel pavimento del cavo orale.

Caso clinico

P.A.R., donna 34 anni, affetta da tiroidite di Hashimoto insorta da 7 anni, in trattamento con ormoni tiroidei (levotiroxina 175 mg/die), con allergie documentate ad ASA e sulfamidici. Si presenta alla nostra attenzione a seguito della comparsa da diversi mesi di una tumefazione del pavimento del cavo orale, associata a disfagia, stomatolalia e faringodinia.

All'esame obiettivo si conferma la presenza a livello del pavimento orale di una tumefazione di forma sferoidale, delle dimensioni di circa 4 cm di diametro, a margini netti, consistenza duro-elastica, non "riducibile" (Fig. 1). Normale la motilità della lingua. Nulla a carico degli altri distretti otorinolaringoi.

La RM del massiccio facciale evidenzia la presenza della formazione linguale, nettamente delimitata, sferoidale, a segnale omogeneo, iperintenso in T2, delle dimensioni massime di 3,7x3,5 cm con scarso *enhancement*; tale reperto è compatibile con formazione cistica a contenuto fluido di tipo mucoso (Fig. 2). La scintigrafia con I¹³¹ evidenzia area di ipercaptazione a livello orale. Si procede pertanto all'asportazione della massa per via transorale, con incisione del pavimento e dissezione per via smussa (Fig. 3). L'esame istologico definitivo depone per cisti del dotto tireoglosso.

La paziente viene dimessa il giorno seguente senza complicazioni; il follow-up a 2 anni risulta negativo.

"Sapienza" Università di Roma
Dipartimento di Neurologia ed Otorinolaringoiatria
© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma



Fig. 1 - Esame endorale: risulta ben visibile la tumefazione del pavimento orale che depiazza la lingua.

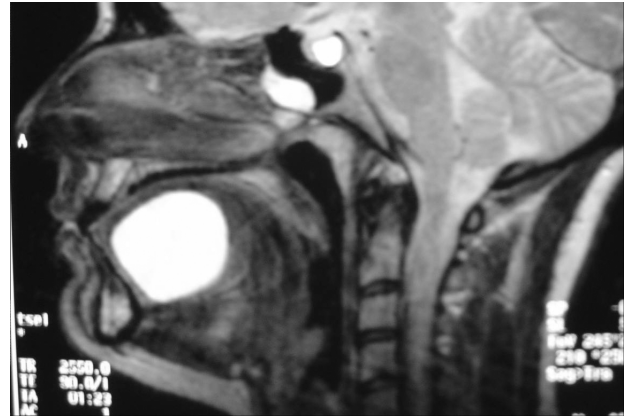


Fig. 2 - RMN proiezione sagittale che evidenzia il contenuto fluido della cisti e la sua esatta localizzazione.

Discussione e conclusioni

A livello del pavimento orale, la lesione più frequente è senza dubbio la ranula, più rare le cisti dermoidi e i tumori dei tessuti molli.

A nostra conoscenza, nella letteratura anglofona, sono riportati solamente due casi di cisti del dotto tireoglossa del pavimento del cavo orale. In entrambi i casi si trattava di soggetti in età infantile (1, 2). Drucker e Gerson (2) descrivono inoltre la concomitanza con una cisti dermoide che a loro avviso avrebbe “spinto” in avanti, verso il pavimento orale, la cisti. Né quello di Dolata (1) né il nostro caso sembrano confermare questa ipotesi.

L'intervento di Sistrunk, che associa all'asportazione della cisti la resezione della porzione mediana dell'osso ioide e di tutti i residui duttali fino al forame cieco, rappresenta il trattamento di scelta e assicura una minor frequenza di recidive (1-6). La possibilità di recidiva, anche a notevole distanza di tempo, è molto elevata (fino al 20%) ed è legata ad una chirurgia parziale, mentre la

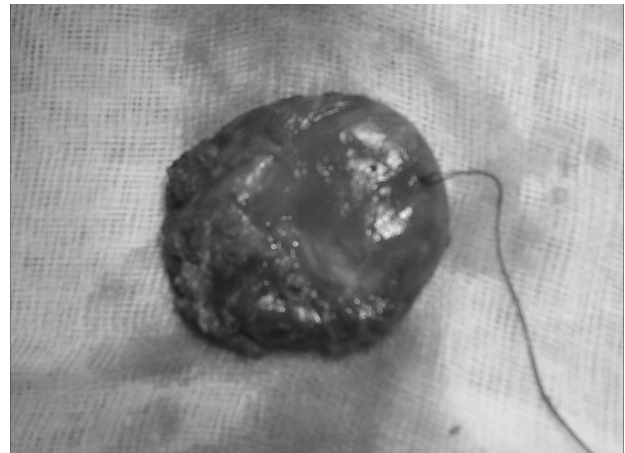


Fig. 3 - Pezzo operatorio: cisti asportata integralmente per via smussa.

degenerazione maligna è rara (0,7%) (5, 6).

Nel nostro caso si è provveduto ad una asportazione per via transorale senza resezione dell'osso ioide, poiché la paziente ha rifiutato la cervicotomia.

Il follow-up a 30 mesi, pur non evidenziando la presenza di recidiva, è ancora troppo breve per una valutazione definitiva del risultato.

Bibliografia

1. Dolata J. Thyroglossal duct cyst in the mouth floor: an unusual location. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;110(6):580-3.
2. Drucker C, Gerson CR. Sublingual contiguous thyroglossal and dermoid cysts in a neonate. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1992;23(2):181-6.
3. Prasad KC, Dannana NK, Prasad SC. Thyroglossal duct cyst: an unusual presentation. *Ear Nose Throat J* 2006;85(7):454-6.
4. Sistrunk WE. The surgical treatment of cysts of the thyroglossal tract. *Ann Surg* 1920;71(2):121-122.2.
5. Girard M, DeLuca SA. Thyroglossal duct cyst. *Am Fam Physician* 1990;42(3):665-8.
6. Lin ST, Tseng FY, Hsu CJ, Yeh TH, Chen Y. Thyroglossal duct cyst: a comparison between children and adults. *Am J Otolaryngol* 2008;29(2):83-7.