

## CISTO DERMOIDE TÍREO-GLOSSO

### Considerações em torno dum caso clínico

por **SECCO EICHENBERG**

Catedrático interino substituto da segunda cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Catedrático Titular: Professor Luis Francisco Guerra Blessmann. Docente Livre de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Diretor Interino da enfermaria "Professor Guerra Blessmann" — 18.ª da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Médico Chefe da Protectora — Cia de Seguros contra Accidentes do Trabalho — Porto Alegre.

Em princípios do ano passado tivemos ocasião de intervir num caso de tumor do pescoço, sediado alto na linha mediana da face anterior, e que apresentava um aspecto sui-generis pelo conteúdo de suas paredes.

Pelas hipóteses diagnósticas formuladas, pelo interesse que então despertou entre médicos e internos de nosso serviço, e pelo interessante achado operatório, resolvemos relatá-lo, ainda que de modo sucinto.

A 23 de Abril de 1947, baixava à Enfermaria "Prof. Guerra Blessmann" — 1.ª da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, o paciente:

"C. P. O., com 24 anos de idade, de côr mixta, de sexo masculino, brasileiro, solteiro, natural deste Estado e residente em Porto Alegre, à rua dos Coqueiros n.º 207, de profissão sapateiro. Na enfermaria ocupou o leito n.º 8, papeleta n.º 5862, caso n.º 153".

Sua história clínica se limitava ao aparecimento, em meados do ano anterior (1946), de um pequeno tumor, na face anterior do pescoço, em sua parte mais superior e na linha mediana. Este tumor, que lhe apareceu sem causa a qual o pu-

desse atribuir, era arredondado, roliço, indolor, e foi crescendo lenta mas progressivamente, conservando sempre os mesmos característicos, até atingir o tamanho que apresentava ao baixar ao nosso serviço.

Para o paciente, o maior prejuizo que o tumor lhe causava, era o estético, se bem que ultimamente, havendo progredido para a frente, invadia de certo modo o assoalho da boca, e por isso lhe vinha causando uma sensação anormal de corpo estranho. Este último incômodo o levou a procurar recursos médicos para extirpar o tumor.

Moço forte, bem constituido, de psiquê lúcida, nada mais apresentava de anormal.

À inspeção, notava-se, na linha mediana, acima do osso hióide, um tumor ovoide, de base ínfero-posterior e de ápice súpero-anterior, dirigido em direção à região sub-mentoneana, sempre guardando relação estreita com a linha mediana.

De limites nítidos e precisos, e do tamanho dum ovo de pato, era recoberto por pele de aspecto sã. Não acompanhava os movimentos de ascensão da cartilagem tiroide durante a deglutição.

Sua consistência era elástica, regular, e a palpação confirmava os limites verificados na inspeção. A pele era pregueável sobre o tumor. Este, estava mais ou me-

09-12/1948 - MED-CIRURGIA - 'CISTO DERMOIDE TÍREO-GLOSSO'

nos fixo sobre os planos profundos, especialmente parecendo aderir intimamente à parte posterior do assoalho da boca. Fô indolor à pressão.

Diante dêste aspecto, de situação mediana, mesmo que supra-hioideo, pensamos em um cisto do conduto tíreo-glosso, que por aí tem seu trajeto embrionário, e cuja soldadura insuficiente dá lugar ao aparecimento de cistos ou fistulas. Estes podem ser situados em qualquer ponto de seu trajeto, sendo chamados de cistos tíreo-glossos.

Era de caráter benigno, não inflamatório. Também a sede permitia afastar a hipótese de uma dependência branquial, pois os cistos branquiais têm sua localização mais lateral.

O elemento tireoidiano, com cisto ou adenoma, situado em parenquima da glândula tireoide, podia ser eliminado, pois o tumor, sem ser de volume apreciável ou exagerado, não obedecia aos movimentos de deglutição. Por outro lado, a posição bastante elevada e a projeção para a frente, se opunham a tal hipótese.

Ficava a possibilidade de um elemento tireoidiano aberrante, mas a situação mediana, tão regular, nos fazia inclinar mais para o cisto tíreo-glosso, afóra a regularidade do tumor e de sua consistência. Não obstante a hipótese diagnóstica de uma tireoide aberrante, era uma das mais plausíveis.

Os cistos foliculares (de origem dentária) e os salivares, dada a negatividade do comprometimento das arcadas dentárias inferiores (em homem de 24 anos, com dentição completa) e das glândulas salivares, não tinham apôio clínico.

A superfície elástica, lisa, regular, eliminava a possibilidade de um lipoma, cuja consistência seria mais mole, mais butirosa, com limites menos nítidos e de lobos palpáveis ou previsíveis.

O próprio caso clínico em si, os caracteres já apontados do tumor, o estado geral florido, falavam contra uma possível lesão neoplásica maligna.

Ficamos, pois, com o diagnóstico de um cisto do conduto tíreo-glosso, de tipo a

averiguar no ato cirúrgico, que se impunha como medida terapêutica, já que a lesão não apresentava aspecto que justificasse uma lesão neoplásica maligna, quando então a radioterapia e suas similares, poderiam encontrar justificativa.

Como tínhamos decidido intervir no caso clínico em apreço, deixamos de praticar uma punção explanadora, com medo de por meio desta instalar um processo inflamatório secundário.

Assim, a 28 de Abril de 1947, sob anestesia local pela novocaina a 1%, com adrenalina (1 cc. de solução millesimal de cl. de adrenalina Parke-Davis) e auxiliados pelo nosso colega dr. João de Almeida Antunes e pelo inntero Alfredo Pena, interviemos no caso.

Incisão semicurva, com a concavidade da curvatura aberta para cima, ao nível da base do tumor. Atravessamos pele, tecido subcutâneo e plastima. Caímos sobre o tumor, que conseguimos isolar, com relativa facilidade, preso que era aos tecidos vizinhos por um tecido conético frouxo e avascular. O tumor, mediano, apresentou-se ovoide, com uma acuminação maior superior-posterior. Neste ponto as aderências eram mais fortes e encontramos alguns pequenos vasos facilmente ligados. A posição mediana do tumor era supra-hioidea, entre os dois ventres anteriores do digástrico e sediado em parte, sobre os músculos milo-hioideos, que êle separava na sua parte inferior.

Após a exeresé, toilette do ferimento operatório, hemostasia cuidadosa e reconstituição dos planos. Sutura intradérmica.

Sutura e hemostasia com fios de algodão.

Cicatrização por primeira intensão.

Incisado o tumor, êste demonstrou ser formado por uma cápsula fibrosa de superfície interna lisa, contendo uma massa butirosa esbranquiçada (dermolde) e que no seu interior apresentava diversos fios de cabelo decorados, mas longos.

A peça foi enviada à exame histopatológico ao Serviço de Anatomia e Fisiologia Patológicas da Faculdade de Medicina,

sob a direção do Prof. Dr. Paulo de Queiroz Tibiriçá.

Dêsse serviço, recebemos em data de 19 de Maio de 1947 firmado pelo patologista dr. Gorcki Meking de Lima, o seguinte relatório:

**Qualidade da peça:** Cápsula de um tumor contendo massa butirosa esbranquiçada, na qual havia cabelo.

**Diagnóstico:** anatomo-patológico — Cisto dermoide, com inflamação crônica ligeira.

NB.: Este diagnóstico foi possível graças ao resumo clínico.

O paciente obteve alta curado em data de 3 de Maio de 1947.

REMY NERIS (1) que em interessante monografia estuda inicialmente a embriologia e anatomia do conduto tíreo-glosso, divide os cistos cervicais, segundo LANNELONGUE e ACHARD, em dois grandes grupos:

a) os cistos serosos congênitos multiloculares, considerados como verdadeiras neoplasias, e

b) os cistos uniloculares de estrutura varia, mucoides, dermoides ou mixtos.

Em relação aos cistos medianos, êle os declara ligados às noções embriológicas da evolução do conduto tíreo-glosso.

Afirma êste autor, que o mais das vezes, o cisto é unilocular (como em nosso caso clínico), de paredes lisas, no entanto, podem ser observados casos com inúmeros divertículos. A multiplicidade é excepcional. Podem, segundo REMY NERIS, apresentar aderências embrionárias com o osso hioide, ou também secundárias com os tecidos visinhos, devido a um processo inflamatório. Em nosso caso, não haviam estas aderências, pois o cisto se encontrava fixo, ou melhor, ligado aos tecidos visinhos por tecido conético frouxo.

O conteúdo no geral é de consistência colóide, às vezes límpida, às vezes turva, branca ou amarelada, mas sem certos produtos ectodérmicos.

BAILEY, segundo Rémy Nérys (1), divide os cistos tíreo-glossos, conforme a sua localização:

- 1 — da base da língua e do assoalho da boca;
- 2 — supra-hioideos (nosso caso);
- 3 — infra-hioideos;
- 4 — sôbre a cartilagem tíreoide;
- 5 — sôbre a cartilagem cricoide;
- 6 — na fúrcula esternal.

A figura abaixo, permite distinguir, esquematicamente estas localizações.

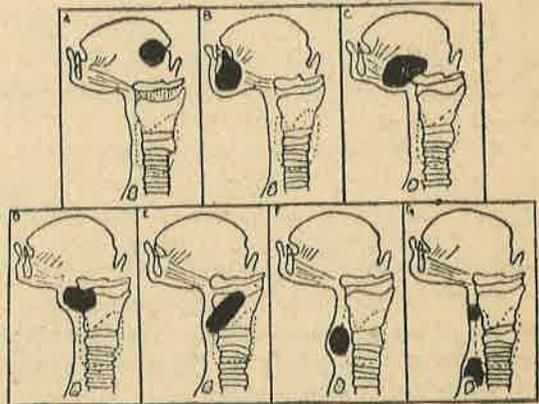


FIGURA ÚNICA

Topografia dos diversos tipos de cistos do conduto tíreo-glosso, conforme a localização.

(Reprodução da figura número 18 do trabalho de G. Rémy Nérys — Le tractus thyro-glosse — página 57).

No entanto, em obra aparte (2), BAILEY e LOVE, apresentam uma outra divisão:

- 1 — abaixo do foramen caecum;
- 2 — no assoalho da boca;
- 3 — supra-hioideos;
- 4 — infra-hioideos;
- 5 — sôbre a cartilagem tíreoide;
- 6 — sôbre a cartilagem cricoide.

O nosso caso, se enquadra como n.º 2 na classificação citada por Rémy Nérys, e sob n.º 3 na de Bailey-Love.

Comparando ambas as classificações, podemos facilmente verificar, que não existe grande diferença entre ambas, pois os itens 1 e 2 da classificação de Bailey-Love, são simplesmente o desdobramento do item n.º 1 da classificação de Bailey citada por Rémy Nérys, ao mesmo tempo que Bailey-

Love deixam de fora o último item da classificação citada por Rémy Nerys, isto é, a localização ao nível da fúrcula esternal.

Para BAILEY, os infra-hioideos são os mais frequentes e os supra-hioideos, quando são de volume mais desenvolvido, terminam dando sintomatologia bucal.

No geral, são funcionalmente assintomáticos, e se pronunciam por defeito estético, ou pela compressão dos órgãos visinhos, quando muito desenvolvidos.

Entre os elementos à diagnóstico diferencial, podemos mencionar as tireoides heterotópicas e as adenopatias bacilares pre-laríngeas e pre-traqueais.

Os cistos dermoides tíreo-hioideos, também podem trazer confusão, mas sua localização, sempre é infra-tiróidea, não permitindo, pois, confusão com o nosso caso, situado acima do osso hioide.

Também devemos pensar nos higromas da bolsa serosa tíreo-hioidea, afecção bem excepcional, bem como os lipomas e cistos cebáceos (mais superficiais).

O tratamento é cirúrgico e, como no nosso caso, a via de penetração é a própria supra-hioidea, conforme aconselha CALLANDER (3).

KARSNER (4) afirma que ao ser aberto um cisto dermoide tíreo-glosso, é encontrada uma massa semi-fluída, oleosa ou butirosa, branca ou amarelada, no geral grumosa, e que no seu interior contem longos fios de cabelo, interlaçados, e quasi sempre crescem da parte mais grossa da parede do cisto.

Tumores similares podem ocorrer em outras localizações do corpo, especialmente nas fissuras e nas regiões cervicais laterais (branquiais).

PATEL (5) descreve os cistos medianos do pescoço, dividindo-os em supra-hioideos, por sua vez incluindo os genio-hioideos ou sub-mentonianos, que se dirigem para cima; e os genio-glossos ou sub-linguais, e em infra-hioideos, aliás os mais frequentes.

ILLINGWORTH (6) também afirma que os cistos colocados acima do osso hioide, são muito menos frequentes, que os infra-hioideos, e podem, conforme o tamanho

que atinjam, fazer saliência dentro do tecido lingual ou mesmo no assoalho da boca, podendo se estender até ao mento.

HOMANS (7) cita que os cistos medianos do pescoço, são quasi sempre cheios de uma secreção mucóide, mas alguns são atapetados por um epitélio estratificado e têm os característicos de dermoides.

Quanto ao tratamento, lembra que o trato tíreo-glosso deve ser pesquisado, quando da extirpação dos cistos tíreo-glosso, pois deverá também ser excisado na sua totalidade.

WAKELEY e HUNTER (8) ao estudarem os cistos dermoides, tratando dos tubulodermoides, citam os que nascem em conexão com causas embriogênicas ou fetais, tais como o conduto tíreo-glosso.

No capítulo dos tumores do pescoço, dizem textualmente: "dermoids occur here as in any other region where congenital remains are found. . . , but may also be found in the middle line, or in connection with the thyroglossal duct".

Na literatura nacional, fomos encontrar, recentemente, interessante trabalho de SOUZA NAZARETH (9).

Declara Nazareth, que os cistos e fístulas congênicas do pescoço são via de regra, de natureza benigna e de tratamento cirúrgico fácil.

Os insucessos cirúrgicos são realmente frequentes. A estatística da Mayo Clinic, sobre 293 casos, aponta 89,1% de recidivas. Souza Nazareth cita pessoalmente, sobre 6 casos, 4 que eram recidivas. Com Guerra Blessmann, operamos um caso, o qual já tinha sido submetido sete vezes a diferentes intervenções para a cura do cisto e depois das fístulas resultantes, em várias localidades do Estado. São intervenções incompletas, que não conseguiram a extirpação completa do cisto, fístula ou do próprio conduto tíreo-glosso.

A intervenção executada no período, ou logo após o período de infecção, a conservação da parte central do osso hioide, a ressecção de sómente a parte corada do conduto tíreo-glosso (injeção prévia de co-

rante demarcador) são razões várias que explicam os insucessos.

Já em 1920 SISTRUNK (9) informava que o conduto tíreo-glossos, quasi nunca se apresenta todo permeável, e sim com septos, determinando a formação de vários segmentos estanques.

NAZARETH divide os cistos tíreo-glossos, conforme a sua situação: na língua (intra-lingual) — abaixo da língua (sub-lingual) — acima do osso hioide (supra-hioideo) — abaixo do osso hioide (intra-hioideo) e na frente da tireoide (pre-tiroidianos).

CHRISTOPHER (10) informa que os cis-

tos medianos são mais frequentes que os laterais — no entanto, em nosso serviço clínico (18.<sup>a</sup> enfermaria) a proporção tem sido de 3 laterais para um mediano.

BERNARD e ROBB-SMITH (11) ao se referirem aos tumores derivados do conduto tíreo-glossos, ao nível da base da língua dizem: "a rare tumor is one derived from remnants of the thyreoglossus duct. It is situated in the base of the tongue and is usually cystic".

Eis um rápido esboço em torno dos cistos tíreo-glossos, aproveitando o caso clínico por nós observado.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 -- REMY NERYS, G. -- Le tractus thyreoglosse -- G. Doin & Cie. -- Paris -- 1929.
- 2 -- BAILEY, HAMILTON & LOVE, R. G. MCNEIL -- A short practice of Surgery -- 7 th. ed. -- 1946. Lewis, ed. -- London.
- 3 -- CALLANDER, LATIMER C. -- Surgical Anatomy 2nd. ed. -- 1939 -- reprinted 1944. Saunders -- USA.
- 4 -- KARSNER, HOWARD T. -- Human Pathology -- 6th. ed. -- 1942 -- Lippincott -- USA.
- 5 -- PATEL, J. -- Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale -- T. III -- Pathologie de la Tête et du cou 1946 -- Masson ed. -- Paris.
- 6 -- ILLINGWORTH, C. F. W. & Dick, B. M. -- A textbook of Surgical Pathology -- 4th. ed. -- 1943 -- Churchill ed. -- London.
- 7 -- HOMANS, JOHN -- A textbook of Surgery -- 5 th. ed. -- 2nd. printing -- 1944 -- Charles C. Thomas ed. USA.
- 8 -- WAKELEY, Cecil P. G. & HUNTER, John B. -- Rose & Carless -- Manual of Surgery -- T. II -- 1943 -- 17th. ed. -- Bailliere, Tindall, ed. -- London.
- 9 -- NAZARETH, Orlando de Souza -- Cistos e Fístulas congêntas do pescoço -- I. Cistos e fístulas tíreoglossos. Rev. de Cirurgia de S. Paulo -- V. 12 -- n.º 4 -- 1947.
- 10 -- CHRISTOPHER, F. -- A textbook of Surgery -- 3rd. ed. -- 1944 -- Saunders -- USA.
- 11 -- BARNARD, W. G. & ROBB-SMITH, A. H. T. -- Kettle's Pathology of tumours -- 3rd. ed. -- 1948 -- Paul Hoeber ed. USA.