

Rubrica iconografica

S è una bambina di 10 anni che viene vista per un senso di tensione al collo in assenza di episodi flogistici a carico delle strutture cervicali. L'esame obiettivo risulta negativo, ma si decide comunque di eseguire un'ecografia del collo che mette in evidenza una formazione anecogena con diametro di 0,680 cm in sede sopraioidea, lungo la linea mediana (Figura 1).

La tiroide risulta in sede.

Qual è la vostra diagnosi?

CISTI DEL DOTTO TIREOGLOSSO

La cisti del dotto tireoglosso è la più frequente patologia malformativa della regione cervicale nei bambini. Si tratta di una formazione che origina da residui del dotto tireoglosso (presenti nel 7% della popolazione)¹.

Il tessuto embrionale che darà origine alla tiroide si sviluppa sul pavimento della faringe, in posizione mediana. La porzione maggiore di questa struttura discende nel collo e dà origine alla tiroide, mentre la parte superiore normalmente va incontro a processi involutivi per obliterarsi, di regola completamente, verso la fine del quarto mese di vita intrauterina, lasciando come unica testimonianza di sé il forame cieco della lingua².

La cisti del dotto tireoglosso si presenta solitamente come tumefazione unica nella zona cervicale anteriore, che compare più frequentemente tra la prima e la seconda decade della vita, senza differenza tra i due sessi³. Essa si può localizzare a livello intralinguale, nella regione sopraioidea, tiroidea o soprasternale, ma in generale può essere disposta in un punto qualunque di una linea immaginaria che dalla base della lingua giunge fino alla regione del giugulo⁴.

La mancata obliterazione del dotto tireoglosso in uno o, eccezionalmente, più punti lungo il tragitto cranio-caudale che compie l'abbozzo della tiroi-

FORMAZIONE IPO-ANECOGENA IN SEDE SOPRAIOIDEA

INGRID RABACH¹, ARIANNA LORUSSO¹, DOMENICO LEONARDO GRASSO², FLORIANA ZENNARO³, EGIDIO BARBI¹

¹Clinica Pediatrica, ²SOC di Otorinolaringoiatria, ³SOC di Radiologia, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

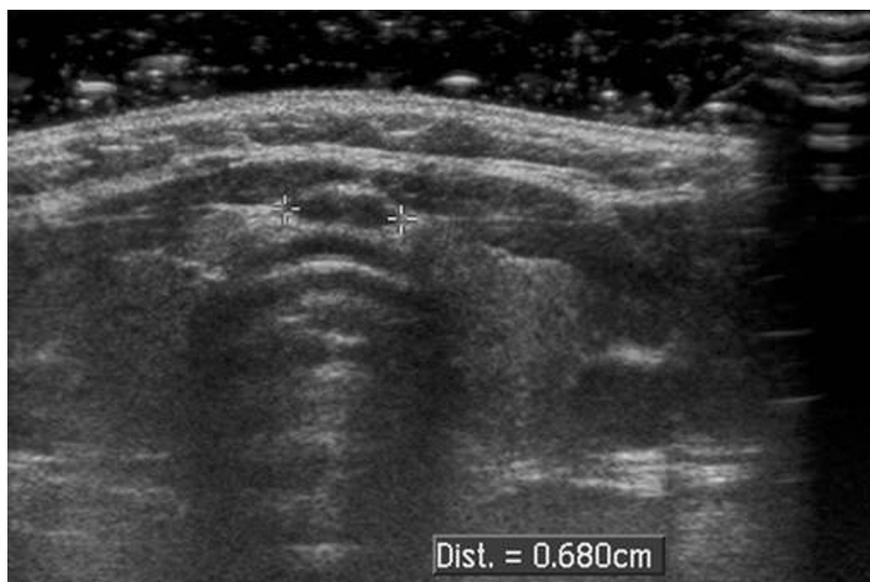


Figura 1. Formazione fusiforme ipo-anecogena con diametro di 0,680 cm in sede sopraioidea, lungo la linea mediana.

de per portarsi nella sua sede tipica, comporta la formazione di una cisti. L'epitelio di rivestimento della parete della cisti è per il 60% di tipo respiratorio e per il 40% di tipo squamoso, pur potendo trovarsi tessuto tiroideo funzionante (dal 5% al 45%)².

Clinica ed esame obiettivo

La maggior parte di queste cisti si manifesta durante l'infanzia o l'adolescenza. Sono a crescita lenta e di regola poco voluminose. Si rendono evidenti lungo la linea mediana del collo in sede iuxta-tiroidea (nel 65% le cisti sono sottoioidee, nel 20% sopraioidee, nel 15% infraioidee). Molto meno fre-

quentemente si possono trovare in sede intralinguale (Figura 2). Solitamente sono indolori, ma sono frequenti i fenomeni flogistici che ne comportano un rapido aumento di volume e la non rara fistolizzazione con la cute. Di norma questo accade dopo un'infezione delle alte vie respiratorie. Talvolta si può associare a sintomi quali disfagia, disfonia o dispnea, che possono suggerire un'estensione laringea³. All'esame obiettivo appare come una massa rotondeggiante, a superficie liscia, margini ben definiti, solidale ai piani sottostanti e mobile con gli atti della deglutizione e con la protrusione della lingua. La consistenza è molle o

Rubrica iconografica

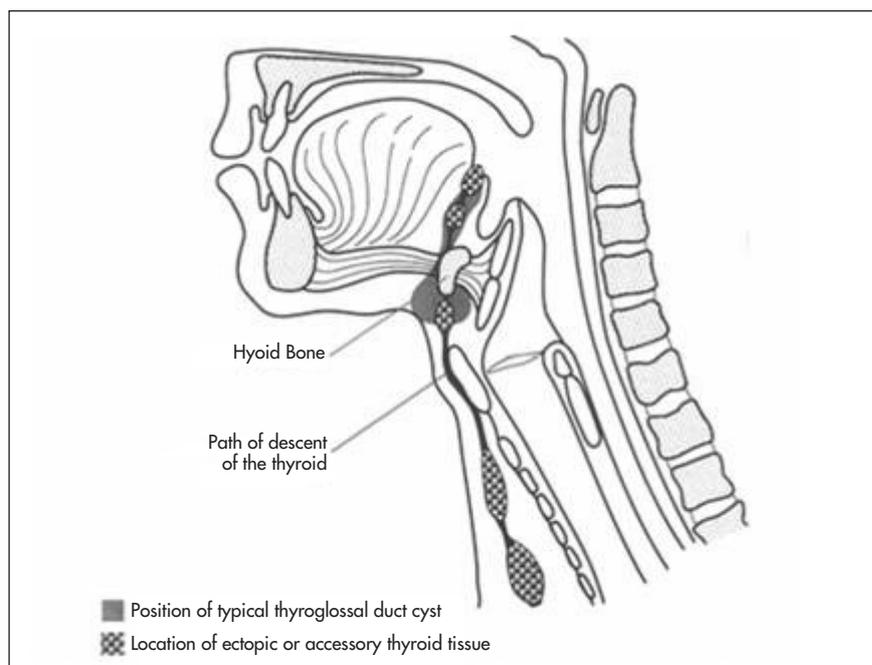


Figura 2. Possibili localizzazioni di una cisti del dotto tireoglossale (da voce bibliografica 5).

tesa-elastica o dura-elastica in caso di infezione. Le dimensioni sono variabili da pochi millimetri a 5-6 cm di diametro.

Se è presente un tramite fistoloso esterno, vi è secrezione di liquido gelatinoso, misto a pus nei casi infetti⁶.

Diagnosi

La diagnosi è principalmente clinica: si tratta di formazioni, solitamente indolenti, posizionate lungo la linea mediana del collo o prossimamente ad essa. Caratteristica è inoltre la mobilità durante la deglutizione e i movimenti di protrusione della lingua.

In casi molto rari la cisti è posizionata lontana dalla linea e non si muove in relazione alla protrusione della lingua. Talvolta la tumefazione può essere estesa a livello del collo tanto da mimare un gozzo tiroideo⁷.

Il ruolo dell'imaging è quello di confermare il sospetto clinico. L'ecografia del collo rappresenta l'indagine iniziale ideale in quanto, oltre a fornire precise informazioni riguardo al contenuto della cisti (solido o liquido), è un esame di facile esecuzione e poco costoso. L'aspetto della cisti è molto variabile, da anecogeno a pseudosolido⁸.

Nonostante l'esame clinico e le immagini ecografiche siano spesso sufficienti per la diagnosi, in preparazione all'intervento chirurgico è possibile eseguire una scintigrafia che consente di evidenziare lo stato funzionale della tiroide⁹. Nei casi di difficile diagnosi si può ricorrere alla TC e RM. Infine possono essere eseguiti un esame citologico su agoaspirato e un esame istologico sul pezzo operatorio per la diagnosi di certezza.

Le cisti supraioidee possono entrare in diagnosi differenziale con adenopatie sottomentoniere e cisti dermoidi mediane⁸. Quelle sottoioidee possono essere confuse con una patologia nodulare o ectopica della tiroide (tiroide linguale, quando l'abbozzo tiroideo mediano non discende normalmente; nella maggior parte dei casi questa può essere l'unico tessuto tiroideo presente).

Inoltre entrano in diagnosi differenziale con l'igroma cistico, cisti bronchiali, lipomi e cisti sebacee¹⁰.

Complicanze

La cisti può andare incontro a suppurazione: questo comporta un aumento di volume della cisti, comparsa di do-

lore, febbre e arrossamento della cute sovrastante. Inoltre, in alcuni casi è possibile una fistolizzazione con la cute.

L'1% delle cisti del dotto tireoglossale degenerano in età adulta. È possibile lo sviluppo di un carcinoma papillare, follicolare o misto per la degenerazione maligna del tessuto ectopico presente nella parete cistica: questo si verifica nel 75-80% dei casi di sviluppo di carcinoma, mentre nel restante 20-25% dei casi si può sviluppare un carcinoma squamoso per degenerazione maligna dell'epitelio cilindrico di rivestimento.

In età pediatrica si tratta tuttavia di un'evenienza molto rara¹¹.

Terapia

Indicazioni all'escissione chirurgica sono rappresentate da motivi estetici, infezioni ricorrenti, formazione di ascessi o fistole e rischio di degenerazione¹².

Il solo drenaggio della cisti con agoaspirazione non è sufficiente, perché vi è un elevato rischio di recidive e infezioni soprattutto in occasione di episodi flogistici delle vie aeree superiori che si diffondono alla cisti lungo il dotto tireoglossale che in questi casi rimane pervio. Tale evenienza porta ad ascesso della cisti o peggio a flemmone del collo, con formazione di cicatrici deturpanti e risultati estetici poco soddisfacenti.

La flogosi associata deve essere risolta prima dell'intervento chirurgico con antibiotico o drenaggio dell'ascesso.

L'intervento chirurgico richiede la rimozione della cisti, del suo peduncolo, della porzione centrale dell'osso ioide (intervento di Sistrunk) fino in corrispondenza del forame cieco. Usualmente il dotto tireoglossale attraversa il corpo centrale dell'osso ioide, rendendo pertanto indispensabile l'escissione della porzione centrale di questa struttura.

In caso di sospetta agenesia tiroidea va eseguito uno studio per immagini per escludere che la cisti in esame non rappresenti l'unico tessuto tiroideo funzionante del paziente⁵.

Non è indicata la chirurgia conservativa (asportazione della sola cisti) per

l'elevato rischio di recidive (1-15%) e possibilità di degenerazione maligna dei residui in situ del dotto.

Le complicanze in questo tipo di chirurgia sono rare e consistono principalmente in episodi emorragici (che richiedono la riapertura della breccia chirurgica) e infettivi. Rarissime le lesioni iatrogene a carico delle strutture vasculo-nervose del collo (carotide, giugulare, nervo vago).

In questo caso, date le dimensioni esigue della cisti e l'assenza di fenomeni flogistici a carico della stessa, si è deciso di non intervenire e di controllare la bambina periodicamente.

Indirizzo per corrispondenza:

Ingrid Rabach
e-mail: ingrid_chiocciola@hotmail.com

Bibliografia

1. Niedziela M. Pathogenesis, diagnosis and management of thyroid nodules in children. *Endocr Relat Cancer* 2006;13(2):427-53.
2. Fegiz, Marrano, Ruberti. Manuale di chirurgia generale. Terza edizione. Piccin Editore, 1996.
3. Gonzalez Pena M, Samitier Pastor A, Martinez Novoa MD, Masgoret Paulau E, Meran Gil JL, Risco Arenas J. Atypical thyroglossal cyst. *An Otorinolaringol Ibero Am* 2006;33(4):369-76.
4. Kovacic M, Nekić I. Thyroglossal duct cyst in hyoid bone. *Lijec Vjesn* 2006;128(1-2):23-4.
5. Richards PS, Ahuja AT, King AD. Clinics in diagnostic imaging (101): Multinodular accessory thyroid tissue. *Singapore Med J* 2004;45(11):542-5; quiz 546.
6. Sabiston DC Jr. Manuale di Chirurgia. Le basi biologiche della moderna pratica chirurgica. Prima edizione italiana sulla sedicesima americana. Antonio Delfino Editore, 2001.

7. Prasad KC, Dannana NK, Prasad SC. Thyroglossal duct cyst: an unusual presentation. *Ear Nose Throat J* 2006;85(7):454-6.

8. Ahuja AT, King AD, King W, Metreweli C. Thyroglossal duct cysts: sonographic appearances in adults. *AJNR Am J Neuroradiol* 1999;20(4):579-82.

9. Davenport M. ABC of General Surgery in Children: lumps and swellings of the head and neck. *BMJ* 1996;312:368-71.

10. Ward PH, Strahan RW, Acquarelli M, Harris PF. The many faces of cysts of the thyroglossal duct. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 1970;74:310-8.

11. Kaplan HJ, Tamkin JA. Invasive thyroglossal duct carcinoma in childhood. *Ear Nose Throat J* 1989;68(6):460-2.

12. Brewis C, Mahadevan M, Bailey CM, Drake DP. Investigation and treatment of thyroglossal cysts in children. *J R Soc Med* 2000;93(1):18-21.



XX CONGRESSO NAZIONALE

CONFRONTI IN PEDIATRIA 2007

La Pediatria attraverso i farmaci. Quelli facili e quelli difficili.
(Ovvero parliamo della Pediatria attraverso i farmaci che usiamo oggi)

Trieste, Palazzo dei Congressi della Stazione Marittima, 30 novembre-1 dicembre 2007

VENERDÌ 30 NOVEMBRE

- 9.00 SESSIONE PLENARIA
Antistaminici e Montelukast
La tossina botulinica
Tacrolimus-pimecrolimus: uso dermatologico
- 12.00 SESSIONI PARALLELE
I chinolonici
Le creme idratanti ed emollienti
Immunoglobuline e.v.
- 14.30 SESSIONE PLENARIA
Adrenalina
Placebo
Metilfenidato e Atomoxetina

- 17.20 SESSIONI PARALLELE
Insuline vecchie e nuove
Ursodesossicolico
Colliri

SABATO 1 DICEMBRE

- 9.00 SESSIONE PLENARIA
Cortisonici inalatori al di fuori dell'asma
Midazolam
Methotrexate

FARMABLOB: storie vere, storie belle, storie assurde di farmaci e pediatri presentate e commentate da G. Longo e A. Ventura

Sabato 1 dicembre, ore 8.30 Sessione in contemporanea

CONFRONTI "GIOVANI"

Specializzandi a confronto "senza il professore"

Per questo Congresso saranno richiesti i crediti formativi ECM

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Giorgio Longo (longog@burlo.trieste.it)
Alessandro Ventura (ventura@burlo.trieste.it)

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA Quickline Traduzioni&Congressi

Via S. Caterina da Siena n. 3, 34122 TRIESTE
Tel. 040 773737-363586 Fax 040 7606590
e-mail: congressi@quickline.it <http://www.quickline.it>

