



Quiste del conducto tirogloso: presentación y manejo de un caso pediátrico

Thyroglossal duct cyst: presentation and management of a pediatric case

Diana Mendoza Paneque¹  ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6643-1345>

Daniel Arturo Verdecia Plasencia²  ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0028-5629>

Liana Mendoza Paneque³  ORCID: <https://orcigd.org/0009-0005-2728-5696>

¹Médico Investigador Hospital Gral. Luis Milanés Bayamo, Granma. Cuba. Correo electrónico: dmendozapaneque@gmail.com

²Médico Investigador Hospital Gral. Luis Milanés Bayamo, Granma. Cuba. Correo electrónico: verdeciadaniel15@gmail.com

³Médico investigador Hospital General Provincial Carlos Manuel de Céspedes Bayamo. Granma. Cuba. Correo electrónico: lianamendozapaneque@gmail.com

*Autor para correspondencia: mendozapanequediana@gmail.com

Recibido:	20/Marzo/2026
Aceptado:	16 /Abril/ 2026



Resumen

El quiste del conducto tirogloso (QCT) es la anomalía congénita cervical más frecuente en la infancia, aunque puede diagnosticarse a cualquier edad. Se origina a partir de restos epiteliales del conducto tirogloso, un trayecto embrionario que sigue la glándula tiroides en su descenso desde el foramen caecum en la base de la lengua hasta su posición final en la región anterior del cuello. A pesar de ser una entidad benigna en su mayoría, el QCT puede presentar complicaciones como infección, formación de fístulas y, en raras ocasiones, malignización. Estudios recientes continúan confirmando que la mayoría de los QCT (aproximadamente el 70-80%) se localizan en la línea media o paramedia del cuello, íntimamente relacionados con el hueso hioides. La presentación clínica suele ocurrir antes de los 20 años en más del 50% de los casos, sin predilección clara por el sexo, aunque algunos estudios sugieren una ligera predominancia masculina. Investigaciones recientes también han explorado posibles factores moleculares implicados en la persistencia del conducto, aunque esta área aún requiere mayor profundización

Palabras clave: Quiste tirogloso, cirugía pediátrica, técnica de Sistrunk

Abstract

The thyroglossal duct cyst (TDC) is the most common congenital cervical anomaly in childhood, although it can be diagnosed at any age. It originates from epithelial remnants of the thyroglossal duct, an embryonic path followed by the thyroid gland during its descent to the anterior region of the neck. Case Presentation: A 3-year-old male patient presented with a slow-growing, painless mass in the midline of the neck. Physical examination and ultrasound confirmed a cystic lesion in close relation to the hyoid bone. Management: The patient underwent a Sistrunk procedure, which involved the complete excision of the cyst, the ductal tract, and the central portion of the hyoid bone. Conclusion: The Sistrunk procedure remains the gold standard, offering the lowest recurrence rates and a favorable prognosis for pediatric patients.

Keywords: Thyroglossal cyst, pediatric surgery, Sistrunk technique.

Introducción

El quiste del conducto tirogloso (QCT) es la anomalía congénita cervical más frecuente en la infancia, aunque puede diagnosticarse a cualquier edad. Se origina a partir de restos epiteliales del conducto



tirogloso, un trayecto embrionario que sigue la glándula tiroides en su descenso desde el foramen caecum en la base de la lengua hasta su posición final en la región anterior del cuello. A pesar de ser una entidad benigna en su mayoría, el QCT puede presentar complicaciones como infección, formación de fístulas y, en raras ocasiones, malignización (Ahmed, N., & Tostevin, E., 2020).

La comprensión de la embriogénesis del conducto tirogloso es fundamental para entender la localización y las características clínicas del QCT. Durante la tercera y cuarta semana de gestación, la glándula tiroides se desarrolla a partir de un divertículo endodérmico en el suelo de la faringe primitiva (futuro foramen caecum). A medida que el embrión crece, la tiroides desciende, conectada a la lengua por el conducto tirogloso. Este conducto normalmente involuciona entre la octava y décima semana de gestación. La persistencia de porciones de este conducto da lugar a la formación de un QCT (Gama, R. R., et al. 2021).

Estudios recientes continúan confirmando que la mayoría de los QCT (aproximadamente el 70-80%) se localizan en la línea media o paramedia del cuello, íntimamente relacionados con el hueso hioides. La presentación clínica suele ocurrir antes de los 20 años en más del 50% de los casos, sin predilección clara por el sexo, aunque algunos estudios sugieren una ligera predominancia masculina. Investigaciones recientes también han explorado posibles factores moleculares implicados en la persistencia del conducto, aunque esta área aún requiere mayor profundización. (Patel, A. K., & Gubbels, S. P. (2022), Thompson, C. F., et al. (2020)).

La manifestación clínica típica es una masa cervical anterior, indolora, lisa, móvil y que característicamente se eleva con la protrusión de la lengua y la deglución debido a su adherencia al hueso hioides y a las estructuras laríngeas. Sin embargo, si el quiste se infecta, puede presentarse como una masa dolorosa, eritematosa y fluctuante, pudiendo incluso drenar espontáneamente formando una fístula tiroglosa (Wang, K., et al. (2021)).

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, apoyado por estudios de imagen como:

Ecografía cervical: Sigue siendo el estudio de imagen de primera línea, especialmente en la población pediátrica, por ser no invasiva, accesible y no utilizar radiación ionizante. Permite confirmar la naturaleza quística de la lesión, su relación con el hueso hioides y, crucialmente, evaluar la presencia y normalidad de la glándula tiroides en su localización ortotópica. La literatura reciente enfatiza la importancia de esta última evaluación para descartar la presencia de tejido tiroideo ectópico único dentro del quiste, lo que modificaría el abordaje terapéutico.



Tomografía Computarizada (TC) y Resonancia Magnética (RM): Se reservan generalmente para casos con sospecha de complicaciones (infección profunda, absceso), recurrencias, extensión atípica o sospecha de malignidad. La RM ofrece una mejor delimitación de los tejidos blandos y la extensión del trayecto. Estudios comparativos en los últimos años han seguido evaluando la utilidad de secuencias específicas de RM para caracterizar mejor los QCT.

Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF): Su uso en el diagnóstico inicial de QCT no complicado es controvertido y no se recomienda de rutina, especialmente en niños. Sin embargo, puede ser útil en adultos, ante características ecográficas sospechosas de malignidad (componentes sólidos, vascularización interna, microcalcificaciones) o en casos de recurrencia para descartar patología neoplásica. Guías recientes sugieren un papel más definido de la PAAF guiada por ecografía en lesiones complejas o en adultos (De Riu, G., et al. (2022), Lee, J. H., & Kim, D. W. (2023))

El diagnóstico diferencial incluye otras masas cervicales de línea media como quistes dermoides, quistes epidermoides, linfadenopatías, higromas quísticos (linfangiomas), abscesos y, más raramente, neoplasias tiroideas ectópicas o metástasis. La historia clínica detallada, las características al examen físico y los hallazgos imagenológicos suelen ser suficientes para diferenciar el QCT de estas entidades (Ross, J., et al. (2024)).

El tratamiento de elección para el quiste del conducto tirogloso es la operación de Sistrunk, descrita en 1920. Este procedimiento implica la escisión completa del quiste, el trayecto del conducto tirogloso hasta el foramen caecum, incluyendo la porción central del hueso hioides.

Técnica de Sistrunk Clásica vs. Modificaciones: La literatura de los últimos cinco años reafirma la superioridad de la operación de Sistrunk sobre la simple escisión del quiste en cuanto a tasas de recurrencia. Se han discutido y evaluado modificaciones menores a la técnica original, como la extensión de la disección suprahioides o el uso de azul de metileno para identificar el trayecto, pero el principio fundamental de reseca el cuerpo del hioides y el trayecto hasta la base de la lengua sigue siendo el pilar del tratamiento (Smith, L. M., & Brown, R. S. (2023)).

Manejo de la Infección Aguda: En casos de QCT infectado, el manejo inicial suele ser conservador con antibióticos. El drenaje quirúrgico puede ser necesario si se forma un absceso. La cirugía definitiva (operación de Sistrunk) se pospone hasta que la infección se haya resuelto completamente, generalmente



tras 4-6 semanas, para disminuir el riesgo de complicaciones y recurrencia. Este enfoque sigue siendo el estándar en las publicaciones recientes.

Abordajes Mínimamente Invasivos: Se ha explorado el uso de técnicas endoscópicas o mínimamente invasivas para la resección del QCT, buscando mejores resultados cosméticos, especialmente en adultos jóvenes. Sin embargo, estos abordajes aún no son el estándar, y su eficacia a largo plazo y tasas de recurrencia en comparación con la técnica de Sistrunk abierta continúan bajo evaluación. La mayoría de la literatura reciente aún considera la técnica abierta como el "gold standard".

Alternativas a la Cirugía (Escleroterapia): Se han investigado agentes esclerosantes (como OK-432 o etanol) como alternativa a la cirugía, principalmente en pacientes no candidatos a cirugía o con recurrencias múltiples. Si bien algunos estudios han mostrado resultados prometedores a corto plazo, las tasas de éxito son variables y la recurrencia sigue siendo una preocupación. La cirugía de Sistrunk sigue siendo la opción preferente para la curación definitiva (Bailey H. (2023), Douglas J, Reinols I. (2025), Marin M, Ordoñez O, Palacios A. (2022)).

El presente trabajo está dedicado a describir las características clínicas del quiste tirogloso en la infancia, haciendo énfasis en su manejo y técnica quirúrgica de elección.

Metodología

El presente trabajo corresponde a un estudio de caso clínico de alcance descriptivo y enfoque cualitativo. El diseño se fundamenta en la observación clínica directa, la revisión de la historia clínica institucional y el análisis de los estudios de imágenes anatomopatológicas del paciente pediátrico. Se realizó una revisión bibliográfica sistemática en bases de datos científicas para contrastar el manejo del caso con los estándares internacionales actuales y la técnica quirúrgica de Sistrunk. Para la recolección de datos se contó con el consentimiento informado de los tutores legales, respetando los principios éticos de confidencialidad y beneficencia

Resultados y discusión

Presentación del caso:

Se trata de un paciente masculino de 3 años de edad nacido a término, parto eutócico, sin complicaciones



perinatales, vacunación completa según calendario, sin alergias conocidas ni enfermedades crónicas ni cirugías previas. Acude al cuerpo de guardia por un aumento de volumen en la parte anterior del cuello, indoloro, de varios meses de evolución, referido por los padres.

Los padres notaron una pequeña masa en la línea media del cuello hace aproximadamente 6 meses. Refieren que la masa ha aumentado de tamaño de forma lenta y progresiva. No asocian dolor, fiebre, cambios en la voz, dificultad para tragar o respirar. Mencionan que la masa parece moverse hacia arriba cuando el niño saca la lengua. No hay historia de infecciones recientes en vías aéreas superiores. No se recogen antecedentes familiares de patología tiroidea o malformaciones cervicales. Durante la exploración física se detecta buen estado general, afebril, hidratado, colaborador.

Mucosas: normocoloreadas y húmedas.

Cuello: Se observa una masa redondeada, de aproximadamente 2 x 2 cm, en la línea media del cuello, a nivel del hueso hioides. Piel suprayacente de aspecto normal, sin signos inflamatorios. Masa lisa, móvil, no dolorosa a la palpación, de consistencia quística (blanda/elástica). Se confirma el ascenso de la masa con la protrusión de la lengua y durante la deglución. No se palpan adenopatías cervicales significativas. Glándula tiroidea no visible ni palpable.

Respiratorio: no polipnea, no aleteo nasal, no tiraje. Murmullo vesicular normal. No estertores.

Cardiovascular: latido de la punta no visible ni palpable. Ruidos cardiacos rítmicos, audibles de buen tono e intensidad, no soplo. Pulsos periféricos presentes y normales.

Abdomen. Blando, depresible que no impresiona doloroso a la palpación superficial y profunda. No visceromegalia. Ruidos hidroaéreos presentes y normales. No sonidos vasculares.

Tejido celular subcutáneo: no infiltrado

Neurológico: consciente, alerta, cooperativo. Pupilas isocóricas y reactivas. No toma motora. no signos meníngeos.

Se indicaron estudios complementarios como:



Ecografía Cervical: Se identifica una lesión quística bien definida, anecoica, de paredes finas, localizada en la línea media, en íntima relación con el hueso hioides, de 2.2 x 1.8 cm. No se observan septos gruesos ni componentes sólidos significativos en su interior. Glándula tiroidea de ecoestructura y localización normal.

Análítica Sanguínea: Hemograma completo que se encuentra dentro de límites normales.

Función Tiroidea (TSH, T4 libre): Dentro de límites normales. En este caso, con tiroidea normal en ecografía, podría omitirse inicialmente.

Antes de establecer un diagnóstico se debe diferenciar de otras entidades como:

- * Linfadenopatía cervical
- * Quiste dermoide / epidermoide
- * Higroma quístico (Linfangioma) (generalmente más lateral)
- * Absceso cervical
- * Patología tiroidea (nódulo tiroideo, tiroidea ectópica) - *Descartado por ecografía en este caso.
- * Lesiones malignas (raro en esta edad y presentación)

Teniendo en cuenta los datos de la historia clínica, el examen físico característico y los hallazgos ecográficos se estableció como diagnóstico definitivo: Quiste del Conducto Tirogloso; por lo cual fue transferido al servicio de cirugía pediátrica para su tratamiento.

En este caso el tratamiento de elección es quirúrgico, realizándose como procedimiento la técnica de Sistrunk, que es una escisión completa del quiste, del trayecto del conducto tirogloso hasta el foramen caecum en la base de la lengua, incluyendo la porción central del hueso hioides para reducir al mínimo el riesgo de recurrencia.

Manejo Perioperatorio:

Se inicia con profilaxis antibiótica y analgesia postoperatoria. Durante la operación se identificó el quiste y el trayecto fistuloso adherido a la porción media del hioides, que se resecó en bloque hasta la base de la lengua. No hubo complicaciones inmediatas. Durante el postoperatorio inmediato el paciente presentó buena evolución, sin complicaciones. Control adecuado del dolor.



Se realizó estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica, confirmándose una cavidad quística revestida por epitelio columnar pseudoestratificado y escamoso, con folículos tiroideos en la pared. Compatible con quiste del conducto tirogloso. Márgenes de resección libres de lesión. No se observan signos de malignidad.

Al mes se evalúa el paciente en consulta externa donde se aprecia herida quirúrgica cicatrizada correctamente sin signos de recurrencia de la masa. Paciente asintomático, desarrollo adecuado.

Discusión

Los quistes y fístulas del conducto tirogloso constituyen una afección congénita desarrollada sobre la persistencia de restos epiteliales embriológicos en el trayecto de la glándula tiroidea, que sigue desde su aparición en el suelo faríngeo durante la tercera semana de vida hasta llegar en la sexta a su situación anatómica definitiva. Este trayecto, denominado conducto tirogloso de *His* o *Bochdalek*, se oblitera y se reabsorbe entre la séptima u octava semana de vida intrauterina. Cuando esto no sucede o se realiza parcialmente, o cuando por motivos desconocidos las células indiferenciadas de su tercio medio se diferencian e inician una actividad secretora, aparecen los quistes del conducto tirogloso (Díaz J, Rodríguez R. 2017).

Esta afección representa entre el 66 % y 72 % de los procesos congénitos del cuello, tiene una mayor incidencia en la edad infantil, generalmente en la primera década de la vida, la cirugía tiene una función primordial en su tratamiento, debido al riesgo de infección y neoplasia (Estrada M.(2016), Skandalakis J, Colburn G, Weidman T, Foster R, Kingsworth A, Skandalakis L, *et al.*(2015)), dato que coincide con el paciente en cuestión.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque puede ser de utilidad la práctica de una ecografía. Se recomienda la realización de gammagrafía tiroidea no para el diagnóstico positivo de QCT, sino para demostrar la existencia de una glándula tiroidea normal y descartar las raras ectopias tiroideas, cuya extirpación inadvertida originaría un hipotiroidismo permanente (Acierno S, Waldhausen J. 2016). En este caso se demostró la presencia de la glándula tiroidea por ecografía y su funcionabilidad mediante la determinación en sangre de hormonas tiroideas.

Los errores diagnósticos son la causa más frecuente de una técnica quirúrgica inadecuada, lo cual produce un elevado índice de recurrencias. Esta alta tasa de recidivas se reduce al emplear la técnica descrita por



Sistrunk en 1920 que incluye la extirpación del quiste, de 1/3 medio del hueso hioides y del tracto posterior en bloque hacia el agujero ciego lingual (Sánchez G, Cabrera E. 2017).

Sistrunk preconizó la técnica en 1920, la cual se mantiene bien codificada en la actualidad (Berty G, Gould N, Louis F. 2015). La operación se realiza bajo anestesia general, la posición del paciente es la misma que para la tiroidectomía, paciente en decúbito supino con hiperextensión del cuello, mediante el auxilio de un calzo debajo de los hombros.

Se realiza incisión cutánea horizontal, disimulada en un pliegue cutáneo entre el hueso hioides y el cartílago tiroideos, con una longitud de 5 cm aproximadamente, lo que permite la adecuada del esqueleto laríngeo y del espacio preepiglótico y la base de la lengua.

Si la piel está lesionada por un proceso séptico del quiste, se realiza una incisión en losange y si el quiste se extiende hasta el nivel de la horquilla esternal, se hará una incisión escalonada. El quiste puede estar localizado infra, supra o prehioideo, pero siempre se debe vaciar el espacio prelaríngeo medial y paramedial.

Se comienza desde abajo buscando la línea alba paramedial que separa los músculos infrahioideos a nivel del cartílago cricoides, al separar los músculos se identifica el istmo del tiroideos, se secciona la pirámide de Lalouett si está presente y se liga con sutura absorbible, se tracciona hacia abajo y el otro extremo del hilo sirve para realizar la tracción del espécimen hacia arriba (Loré J. 2016). La pirámide se extirpa con el tejido prelaríngeo llevando la disección al contacto con el cartílago tiroideos, de abajo hacia arriba hasta la escotadura (Ortiz S, Arusa J. 2015). En ese momento se seccionan los fascículos medianos del extremo superior de los músculos externo hioideos a 0,3 cm por debajo del hueso hioides a ambos lados de la línea media, y así se libera el hueso hioides en su borde inferior.

La membrana tirohioidea se secciona varios milímetros por encima del cartílago tiroideos para acceder al compartimiento tirohioepiglótico, se retira su contenido graso y se respeta la mucosa de las valéculas. No se debe raspar el hueso hioides debí a que se puede interrumpir el conducto tirogloso, se debe seccionar el cuerpo del hioides a nivel de las astas menores con cizalla de Moure o tijeras Mayo. Luego el hueso hioides se tracciona hacia abajo y se comienza la disección suprahioidea evitando separar las partes y mantener un solo espécimen (Llorente J, Fernando L, Vanessa S, Fueyob A, Carnero S, Martín C, et al. 2015).



Se realiza incisión de los músculos milohioideos con bisturí eléctrico según un trayecto triangular con base en el cuerpo del hioides resecado y ápice que apunta a la línea media a 1,5 cms más arriba.

Este triángulo es la base del cono que se talla en profundidad en los músculos genioglosos hasta el agujero ciego. Para orientarse mejor en la base de la lengua, hacia la punta de la V lingual, *Sistrunk* propuso seguir la bisectriz del ángulo recto formado por la línea horizontal y la línea perpendicular al borde superior del hueso hioides (Jordi T, Cruz P, Farré A, Vega J, Skufca J, Nogués J. 2015).

La resección se hace a la altura del agujero ciego auxiliado por el ayudante que introduce el dedo índice en la boca y proyecta la base de la lengua hacia adelante, facilitando la ligadura del extremo superior del conducto tirogloso. Esta maniobra quirúrgica no es descrita en ninguna de la bibliografía revisada, pero su práctica es común entre los otorrinolaringólogos y maxilofaciales cubanos.

Se realiza la hemostasia necesaria y el cierre por planos, primero el muscular, luego el subcutáneo y por último la piel, dejando un drenaje de Penrrouse. Se han descrito modificaciones a esta técnica como la de conservar el cuerpo del hueso hioides.

Esta técnica quirúrgica descrita por *Sistrunk* en 1920 mantiene su efectividad y a pesar de las modificaciones realizadas, sus principios continúan invariables, lo cual se evidencia en los resultados postoperatorios del paciente, el cual no presentó complicaciones ni recidivas.

Histológicamente los QCT están tapizados de epitelio escamoso estratificado o cilíndrico pseudoestratificado de tipo respiratorio con glándulas mucosas, que segregan el contenido mucinoso típico de estos quistes. La repetición de los episodios inflamatorios puede destruir dicho epitelio y hacerlo difícilmente reconocible en el estudio histológico; debido a que se trata de un paciente que no había tenido infecciones previas del tejido fue fácil el diagnóstico anatomopatológico. Es frecuente encontrar múltiples tractos epiteliales, en ocasiones discontinuos, lo que explicaría aquellas recidivas inesperadas después de intervenciones quirúrgicas técnicamente correctas (Flints P. (2012)

Algunas de las principales complicaciones que podrían presentarse en estos casos son:

- **Recurrencia:** Es la complicación más común tras la cirugía, con tasas que varían entre el 3% y el 5% cuando se realiza adecuadamente la operación de *Sistrunk*. Las tasas son significativamente mayores (hasta 20-50%) con la simple escisión del quiste. Factores de riesgo para la recurrencia incluyen una



cirugía inadecuada (no resección del hioides o del trayecto completo), infección preoperatoria y cirugías previas. Estudios recientes continúan analizando factores predictivos y estrategias para minimizarla.

- **Infección de la Herida Quirúrgica:** Ocurre en un pequeño porcentaje de casos y suele manejarse con antibióticos y cuidados locales.
- **Fístula:** Puede desarrollarse tras una infección o como complicación de la cirugía.
- **Lesión Nerviosa:** Rara, pero pueden ocurrir lesiones del nervio hipogloso o laríngeo recurrente si la disección no es cuidadosa.
- **Hipotiroidismo:** Extremadamente raro, solo ocurriría si el QCT contiene el único tejido tiroideo funcional del paciente y este es extirpado. De ahí la importancia de la ecografía preoperatoria para confirmar la presencia de una glándula tiroides normal.
- **Malignización en el Quiste del Conducto Tirogloso:** Aunque infrecuente (aproximadamente 1-2% de los QCT), la transformación maligna puede ocurrir, siendo el carcinoma papilar de tiroides el tipo histológico más común. Suele diagnosticarse de forma incidental en el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica. La malignidad es más frecuente en adultos que en niños. Características ecográficas como la presencia de componentes sólidos, microcalcificaciones, vascularización aumentada o márgenes irregulares pueden levantar sospecha. La PAAF puede ser útil en estos casos. El tratamiento del carcinoma originado en un QCT generalmente implica la operación de Sistrunk. La necesidad de tiroidectomía total y terapia con yodo radiactivo adyuvante es controvertida y se decide caso por caso, dependiendo del tamaño del tumor, la invasión extratiroidea, la presencia de metástasis ganglionares y las características histológicas. El pronóstico suele ser excelente, similar al del carcinoma papilar de tiroides confinado a la glándula. La literatura reciente sigue debatiendo la extensión óptima del tratamiento en estos casos, abogando por un enfoque individualizado (Medina J, Byers R. 2016).

Afortunadamente nuestro paciente tuvo una evolución favorable sin ninguna de estas posibles complicaciones, aunque se han descrito que pueden aparecer a largo plazo, por lo cual no está exento al desarrollo de cualquiera de ellas.

Conclusiones



El quiste del conducto tirogloso sigue siendo una patología cervical frecuente cuyo diagnóstico se basa en la sospecha clínica y se confirma mediante ecografía. La operación de Sistrunk continúa siendo el tratamiento de elección, ofreciendo las tasas más bajas de recurrencia. La investigación en los últimos cinco años ha reforzado la importancia de una adecuada evaluación preoperatoria, la técnica quirúrgica meticulosa y ha continuado explorando el papel de la PAAF en casos seleccionados, así como el manejo óptimo de la infrecuente transformación maligna. Si bien se han investigado abordajes mínimamente invasivos y terapias alternativas, la operación de Sistrunk clásica sigue siendo el estándar de oro para la mayoría de los pacientes. La investigación futura probablemente se centrará en refinar aún más los criterios de selección para diferentes abordajes y en la comprensión de los factores moleculares que predisponen a la persistencia del conducto y a la malignización.

Referencias bibliográficas

- Acierno S, Waldhausen J. (2016) Congenital Cervical Cysts, sinuses, and fistulae.
- Ahmed, N., & Tostevin, E. (2020). Recent advances in the management of thyroglossal duct cyst. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 28(6), 419-424.
- Bailey H. (2023) The clinical aspects of branqueal cyst. *Br. Surgery*. 2023;3:19.
- Berty G, Gould N, Louis F. (2015) Fistules cervico usd'origine branquiale. *Ann ORL Pediatr. París*. 2015;35:53-8.
- Díaz, J., & Rodríguez, R. (2017). Quistes y fístulas embrionarias del cuello: Estudio estadístico de 10 años (1972-1981). *Revista Cubana de Estomatología*, 24(1), 93-100.
- De Riu, G., et al. (2022). Sistrunk procedure for thyroglossal duct cysts: A single-center experience and literature review on risk factors for recurrence. *Oral and Maxillofacial Surgery*, 26*(2), 235-241.
- Douglas J, Reinols I. Cysts of the thyroglo salducts: analysis of diagnostic serrors and cause of there currence. *Ann ORL Pediatr*. 2025;36(2):121-4.
- Estrada, M. (2016). Quistes y fístulas del conducto tirogloso: Nuestra experiencia. *Revista Cubana de Cirugía*, 35(2), 14-18.



- Gama, R. R., de Carvalho-Neto, P. B., & Medeiros, A. S. (2021). Thyroglossal duct cyst: A comprehensive review of the current literature. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 87(5), 609-617.
- Flints P. (2012) Manual de Medicina y Cirugía. Edición CTO; 2012.
- Jordi T, Cruz P, Farré A, Vega J, Skufca J, Nogués J. (2015) Colgajo antebraquial radial en cabeza y cuello. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2015;65(1):27-32.
- Lee, J. H., & Kim, D. W. (2023). Minimally invasive approaches for thyroglossal duct cyst excision: A systematic review. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 33(1), 15-23.
- Loré J. (2016) Cirugía de cabeza y cuello. *Otolaryngol. Clin. North Am.* 2016;35:674-77.
- Llorente J, Fernando L, Vanessa S, Fueyob A, Carnero S, Martín C, et al. (2015) Reconstrucción de cabeza y cuello mediante colgajos libres microvascularizados. Indicaciones, aspectos técnicos y resultados. *Rev Colombiana de Cirugía.* 2015;65(1):33-42.
- Marin M, Ordoñez O, Palacios A. (2022) Manual de urgencias de pediatría. Madrid; 2022.
- Medina J, Byers R. (2016) Supraomohyoid neck dissection: rationale, indications and surgical technique. *Head Neck Surg, Bélgica.* 2016;32(6):16-31.
- Ortiz S, Arusa J. (2015) Quiste y fistulas del conducto tirogloso. A propósito de 36 casos intervenidos. *Rev. Cir. Esp.* 2015;43(1):67-73.
- Patel, A. K., & Gubbels, S. P. (2022). Thyroglossal Duct Cysts and Ectopic Thyroid. **Otolaryngologic Clinics of North America*, 55*(4), 735-746.
- Ross, J., et al. (2024). Management of Infected Thyroglossal Duct Cysts: A Review of Current Guidelines and Practices. **Pediatric Infectious Disease Journal*, 43(2), e55-e60.
- Sánchez, G., & Cabrera, E. (2017). Resección del quiste tirogloso con preservación del hueso hioides. *Revista Colombiana de Cirugía*, 29, 12-17.



Skandalakis, J., Colburn, G., Weidman, T., Foster, R., Kingsworth, A., & Skandalakis, L. (2015). *Skandalakis' Surgical Anatomy: The embryologic and anatomic basis of modern surgery* (6.^a ed.). Paschalidis Medical Publications.

Smith, L. M., & Brown, R. S. (2023). Ectopic Thyroid Tissue and Thyroglossal Duct Cysts: An Update on Diagnosis and Management. **Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 108*(7), 1625-1637.

Thompson, C. F., et al. (2020). Thyroglossal duct cyst carcinoma: A systematic review of clinical features and outcomes. *Head & Neck*, 42(10), 3033-3041.

Wang, K., et al. (2021). Ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy in the management of thyroglossal duct cysts: A retrospective study and literature review. **Clinical Otolaryngology*, 46*(3), 586-592

Apéndices





Fig. 1 - Incisión en el cuello para el comienzo de la operación.



Fig. 2 - Proceder para vaciar el espacio prelaríngeo medial y paramedial.

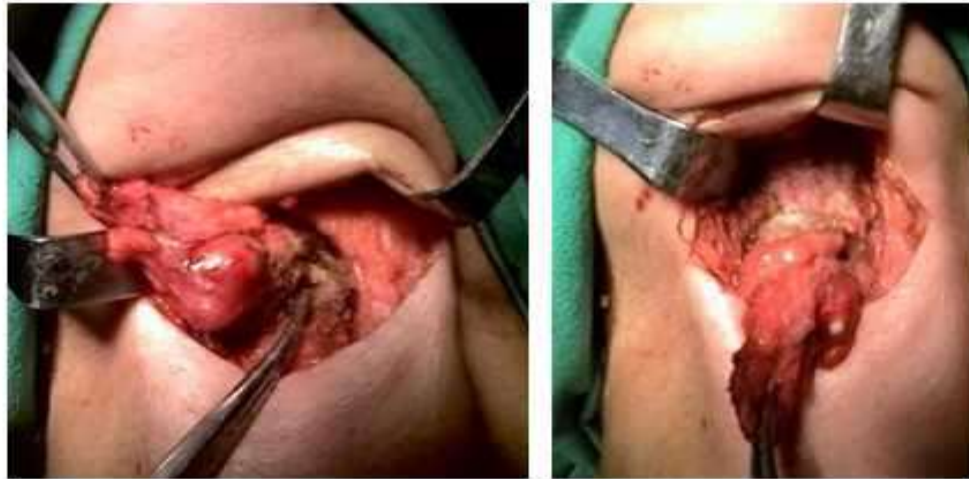


Fig. 3 - Sección de los fascículos medianos del extremo superior de los músculos externo hioideos a ambos lados de la línea media.



Fig.4 - Sección de la membrana tirohioidea. **Fig. 5** - Resección del quiste a la altura del *foramen caecum*.



Fig. 6 - Cierre de la piel por planos.