

CASO CLÍNICO

Quiste remanente del conducto tirogloso en un paciente pediátrico: reporte de caso

Thyroglossal duct remnant cyst in a pediatric patient: case report

Leda Ninoska Zúniga Alfaro^{1,2}  <https://orcid.org/0009-0007-3060-0452>.

¹Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital de Especialidades, Servicio de Pediatría, Tegucigalpa, Honduras.

²Secretaría de Salud, Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Pediatría, Tegucigalpa, Honduras.

RESUMEN. Introducción: El quiste del conducto tirogloso es la anomalía congénita cervical más frecuente y la masa pediátrica más común. Se forma en el cuello por persistencia de partes del conducto tirogloso primitivo o por falla de cierre. La mayoría son solitarios y se localizan por debajo del hueso hioides, con pocos casos en la base de la lengua. **Descripción del caso:** Masculino 12 años de edad, con historia de una semana de evolución de presentar faringoamigdalitis aguda manejado con amoxicilina 500 miligramos cada 12 horas por 5 días, y al finalizar tratamiento madre observó aumento de volumen en región submandibular, por lo que fue evaluado. Al examen físico se palpa masa submandibular, dolorosa, caliente, sin eritema, bordes bien delimitados, mide 6 x10 centímetros, presencia de exudado e hipertrofia amigdalina grado IV, no dificultad para tragar o respirar. Estudios laboratoriales: Hemoglobina 14.9 mg/dL, hematocrito 43.5 mg/dL, plaquetas 381,000 U/L, leucocitos 24,900 U/L, neutrófilos 18,400 U/L, procalcitonina 0.046, proteína C reactiva 40.70 mg/L. Ultrasonido de cuello al ingreso: lesión quística en nivel VI superior al lóbulo tiroideo izquierdo probable adenopatía abscedada, contenido 6.5 mililitros. Manejo: ceftriaxona, clindamicina y dexametasona, sin remisión del cuadro. Seguimiento a las 4 semanas con ultrasonografía doppler, reportando quiste remanente del conducto tirogloso. **Conclusión:** El diagnóstico de quiste remanente del conducto tirogloso en niños se debe establecer de forma rápida mediante estudios de imagen para descartar enfermedad sistémica o malignidad y prevención de complicaciones.

Palabras clave: Anomalías congénitas; Linfadenopatía, Quiste tirogloso.

INTRODUCCIÓN

Los quistes del conducto tirogloso, son remanentes que se forman en la región cervical por persistencia de partes del conducto tirogloso primitivo o por falla en el cierre del mismo, se extiende desde el agujero ciego en la lengua hasta la ubicación de la tiroides en el cuello.¹⁻⁴ El conducto generalmente involuciona hacia la décima semana de gestación, pero si persiste, la secreción del revestimiento epitelial causa inflamación y formación de quistes.¹⁻³ Es la anomalía congénita cervical más frecuente y la masa pediátrica más común, con una prevalencia del 7% en la población mundial;⁵⁻⁷ y representan hasta el 70% de todas las masas cervicales en pediatría.⁸ Alrededor de uno de cada 1,000 niños tiene un quiste del conducto tirogloso asintomático.^{4,8} En la mayoría de los casos se presentan antes de los cinco años de edad;¹ aunque, muestran una distribución de edad bimodal en la primera y quinta décadas de la vida;^{6,7} con predominio de varones.⁶ Se estima que más del 60% de los quistes remanentes del conducto tirogloso se diagnostican en la edad pediátrica;^{2,7} histológicamente, están revestidos por epitelio respiratorio, escamoso o una combinación de ambos, y presentan infiltrado inflamatorio asociado con tejido de granulación.^{3,6} En el 70% de los casos se observan focos microscópicos de tejido de glándula tiroides ectópica dentro de la pared del quiste o del tejido blando adyacente.⁶


Clínicamente, se identifica una masa blanda localizada en la línea media del cuello, móvil e indolora que se mueve en protrusión de la lengua y la deglución;^{6,7} además, podría presentar estridor laríngeo, obstrucción respiratoria y disfagia.⁷ La mayoría de los quistes se diagnostican mediante estudios de imagen, los cuales permiten identificar con precisión el sitio de la afectación, o mediante citología por aspiración.^{1,6} El método de tratamiento más común es la resección completa mediante el procedimiento *Sistrunk*, técnica con la cual se asegura la eliminación de toda la longitud de los restos del conducto incluyendo la porción media

Recibido: 23-05-2025 Aceptado: 19-01-2026 Primera vez publicado en línea: 26-02-2026
Dirigir correspondencia a: Leda Ninoska Zúniga Alfaro
Correo electrónico: ledazuniga@hotmail.com

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Zúniga-Alfaro LN. Quiste remanente del conducto tirogloso en un paciente pediátrico: reporte de caso. Rev Méd Hondur. 2026; 94(1): 57-60. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v94i1.22178>

© 2026 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

del hueso hioides junto con un cilindro de tejido en la base de la lengua, así como reducir las tasas de recurrencia.⁶

Las complicaciones agudas en niños son principalmente la formación de fístulas en 10% de los casos;⁶ infecciones orofaríngeas, defectos estéticos y malignidad; y en menor frecuencia aunque grave la obstrucción de las vías respiratorias por un rápido crecimiento del quiste.⁵ El diagnóstico diferencial es difícil e incluye quiste de hendidura branquial, broncogénico, epidérmico, de inclusión o dermoide,⁶ así como linfadenopatías, higromas quísticos, tiroides ectópica glandular, hemangiomas, lipomas, y linfadenitis tuberculosa.⁷ El objetivo del presente estudio es reportar el caso de un paciente pediátrico con quiste remanente del conducto tirogloso, reforzar los criterios diagnósticos y uso de estudios complementarios.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 12 años de edad, procedente de área urbano marginal del Distrito Central. Antecedentes personales: pólipo rectal a los 4 años de edad; rinitis alérgica desde los dos años manejado con antihistamínicos y mometasona furoato spray nasal, un puff cada día intermitente; hace 6 meses proceso respiratorio superior. Esquema de vacunación completo para la edad, niega contacto con animales, mordeduras o arañazos. Historia actual de una semana de evolución de presentar faringoamigdalitis aguda manejado con amoxicilina 500 miligramos vía oral cada 12 horas por 5 días. Al finalizar el tratamiento, la madre observa aumento de volumen en región submandibular por lo que decide acudir al servicio de urgencias, donde fue evaluado. Al examen físico se encontraba afebril, frecuencia cardíaca y pulso 130 por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto. Faringe: presencia de exudado e hipertrofia amigdalina grado IV, faringe hiperémica; sin dificultad para tragar o respirar. Cardiopulmonar: sin alteraciones. Cuello: lado izquierdo se palpa masa submandibular (**Figura 1**), dolorosa, caliente, sin

eritema, bordes bien delimitados, mide 6X10 centímetros, con movilidad a la deglución, por lo que se ingresa para manejo.

Estudios laboratoriales al ingreso: Hemograma: hemoglobina 14.9 g/dL (normal, valor de referencia 11.5-14.5), hematocrito 43.5 % (normal, valor de referencia 38-45), plaquetas 381,000 u/L (normal, valor de referencia 150,000-500,000), leucocitos 24,900 u/L (aumentado, valor de referencia 5,000-10,000), neutrófilos 18,400 u/L (aumentado, valor de referencia 2,000-7,000). Química sanguínea: Antiestreptolisina (ASO) 595 IU/mL (aumentado, valor de referencia 0-150) procalcitonina 0.046ng/ml (normal; valor de referencia <0.5 ng/ml), proteína C reactiva 40.70 mg/L (normal; valor de referencia 40-200 mg/L). Ultrasonido de cuello al ingreso: reporta lesión quística en nivel VI superior al lóbulo tiroideo izquierdo probable adenopatía abscedada con volumen de 6.5 mililitros (**Figura 2**).

El manejo fue con ceftriaxona 100 miligramos/kilogramo/día intravenoso (IV), clindamicina 600 miligramos IV/8 horas; dexametasona 8 miligramos IV/8 horas por 6 dosis, observando disminución del tamaño de la masa a 5.5 x 4 centímetros, por lo que se decide alta con vigilancia y seguimiento en consulta externa de otorrinolaringología a los 7 días posterior al ingreso.

Evaluación en consulta externa de otorrinolaringología (4 meses después del alta): Al examen físico de cuello se palpa masa submandibular lateralizada izquierda que mide aproximadamente 1 x 0.5 centímetros con movilidad a la deglución sin cambios inflamatorios. Cultivo de exudado faríngeo reporta que no fueron aisladas bacterias patógenas. Se solicitó ultrasonido Doppler de cuello (para evaluar vascularización y descartar malignidad); que reportó a nivel de la línea media cervical anterior y en la base de la lengua se observa lesión con borde capsular, lisa y definida, sin vascularidad interna con dimensiones de 7 x 4 x 6 milímetros, y al aplicar Doppler color se observa lesión quística localizada en línea media ligeramente a la izquierda hacia la base de la lengua compatible con remanente del conducto tirogloso (**Figura 3**). El tratamiento fue con mometasona



Figura 1. Paciente con masa cervical superficial submandibular. Se observa inflamación en línea media del cuello.



Figura 2. Ultrasonografía de cuello al ingreso. Se observa lesión quística compatible con adenopatía abscedada.



Figura 3. Ultrasonografía Doppler de cuello a los 4 meses de seguimiento. Se observa con lateralidad izquierda imagen ovalada, infrahioides, anecoica de bordes lisos, definidos, sin ecos, ni tabiques en el interior, avascular al Doppler color.

furoato spray nasal un puff cada 12 horas y penicilina benzatínica 1,200,000 unidades intramuscular cada 21 días y vigilancia mediante seguimiento.

DISCUSIÓN

El presente caso corresponde a un adolescente con diagnóstico inicial de adenitis cervical superficial con probable adenopatía abscedada. Aunque la masa disminuyó de tamaño después del tratamiento con antibióticos, no desapareció, por lo que se solicita manejo y vigilancia en consulta externa por otorrinolaringología, quien confirma mediante ultrasonografía Doppler la presencia de un quiste único remanente del conducto tirogloso, localizado en la base de la lengua. Hallazgos similares al caso reportado por Walsh J. et al., sobre un niño de cinco años que acudió a consulta para la evaluación de una masa cervical anterior en la línea media; el cual una semana antes de su presentación, se observó la masa por primera vez y, en el momento de la evaluación, el único síntoma reportado fue dolor en el sitio de localización de la masa;⁹ aunque difiere de este caso respecto a que el diagnóstico se realiza a los 12 años de edad; y no antes de los cinco años como se reporta en la literatura; probablemente esté relacionado con el hecho de que el diagnóstico del quiste remanente del conducto tirogloso en la infancia es incidental, generalmente es asintomático y deben ser diferenciados de un amplio espectro de patologías entre las que se incluyen las linfadenopatías.^{9,10}

Particularmente, en este caso, se destaca el antecedente de infecciones del tracto respiratorio superior, así como la presencia de una masa localizada en la región submandibular, mayor de 3 centímetros y dolorosa a la palpación. El reporte del ultrasonido al ingreso apoyaba la sospecha de adenopatía abscedada, coincidiendo con lo expuesto en la literatura por Del Rosal T. et al., respecto a que las adenitis infecciosas son adenopatías de tamaño mayor a 2 ó 3 centímetros, de presentación aguda, dolorosas a la palpación y con signos inflamatorios locales en la mayoría de los casos. Además, los niños pueden presentar fiebre, aunque no es habitual una afectación importante del estado general; los ganglios más afectados son los submandibulares, y la complicación más frecuente es la abscesificación, que aparece en el 10% a 25% de los casos.¹¹ Estos hallazgos coincidieron con la presentación clínica de este paciente, por lo que el tratamiento se dirigió a la adenopatía abscedada; sin embargo, no se logró la remisión completa del cuadro clínico.

La presentación clínica incluyó una masa submandibular dolorosa y caliente, sin eritema, de bordes bien delimitados y con movilidad a la deglución. Estos hallazgos no concuerdan con lo descrito por Malka L. et al., quienes señalan que el quiste remanente del conducto tirogloso se presenta como una masa cervical en la línea media, palpable y no dolorosa, con antecedente infeccioso en hasta el 42 % de los pacientes;¹² este aspecto sí estuvo presente en el caso reportado, dado que el paciente llegó con un quiste tirogloso complicado por un proceso infeccioso, aunque no fue posible identificar el agente causal.

Autores como Tapasak B. et al. reportan que las complicaciones más frecuentes son infecciones por organismos orofaríngeos, siendo las más comunes *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus epidermidis*, las cuales deben tratarse con antibioticoterapia antes de la cirugía según la sensibilidad del agente infeccioso;^{5,13,14} sin embargo, si hay un absceso formado, está indicada la aspiración o drenaje.

En este paciente, durante la fase de seguimiento, se encontró que el quiste aún persistía, aunque de menor tamaño. Según Houas J. et al., los quistes remanentes del conducto tirogloso generalmente son benignos; no obstante, es necesario realizar vigilancia de seguimiento, ya que la degeneración neoplásica puede presentarse entre el 1 % al 1.5 % de los casos, siendo el primer caso documentado a principios del siglo XX por Brentano. Desde entonces, se han informado aproximadamente 250 casos en la literatura, por lo que la malignidad se presenta con frecuencia de forma latente, con manifestaciones clínicas similares a las de los quistes que no han degenerado.¹⁰

Es fundamental identificar tempranamente las características clínicas que sugieren posible degeneración, entre las cuales se incluyen la naturaleza firme, inmóvil o irregular de la masa cervical, el rápido crecimiento no asociado a episodios infecciosos y la presencia de linfadenopatía cervical. Además, signos radiológicos que contribuyen a la sospecha de neoplasia, como consistencia sólida, calcificaciones o vegetaciones intraquisticas y la invasión de la pared del quiste.

La única confirmación preoperatoria definitiva de degeneración se obtiene mediante la aspiración con aguja fina, procedimiento con relevancia diagnóstica.¹⁰

Precisamente, durante el seguimiento con el apoyo de ultrasonografía Doppler, se confirmó el diagnóstico de quiste remanente del conducto tirogloso; sin embargo, se decidió manejo conservador, siempre con vigilancia para alertar sobre posibles complicaciones o signos clínicos de malignidad. En una revisión sistemática llevada a cabo por Rayess H. et al., sobre carcinoma del conducto tirogloso, reportaron que clínicamente el 95.1% de los pacientes presentaron una masa cervical asintomática, el 1.8% refirió dolor y el 3.1% refirió disfagia; los estudios de imagen comúnmente utilizados para el seguimiento y evaluar la masa cervical incluyeron tomografía computarizada o ecografía, aunque el diagnóstico de carcinoma se realizó con mayor frecuencia mediante el análisis patológico final;¹⁵ similares características clínicas al reporte de este caso, con diagnóstico confirmatorio mediante estudios de imagen y la importancia del seguimiento para prevención de complicaciones.

Para el diagnóstico del quiste remanente del conducto tirogloso, se deben considerar todos los aspectos clínicos, incluyendo la edad de presentación, la ubicación de la lesión, la asociación con las estructuras circundantes y la arquitectura interna, para lograr un diagnóstico preciso.⁵ Aunque la edad de presentación de este paciente (12 años) es atípica, se han reportado casos en pacientes menores de un año,⁵ como describe Tapasak B.; por lo tanto, la forma y edad de presentación en niños pueden ser variables, lo que dificulta aún más el diagnóstico.

El diagnóstico de quiste remanente del conducto tirogloso en niños se debe establecer de forma rápida mediante estudios de imagen, para descartar enfermedad sistémica o malignidad e iniciar el manejo de forma oportuna para prevenir complicaciones. Se recomienda el apoyo diagnóstico con estudios de imagen Doppler, que permiten evaluar vascularidad y descartar malignidad en todo niño con masa en la línea media del cuello de inicio agudo y con antecedente reciente de enfermedad del tracto respiratorio superior, independientemente de la edad.

Se comunicó a los padres la experiencia del caso clínico del menor y se obtuvo el consentimiento informado, firmado por la madre.

DETALLES DEL AUTOR

Leda Ninoska Zúniga Alfaro, médica general, especialista en pediatría, ledazuniga@hotmail.com

REFERENCIAS

- Mettias B, Cole S, Valsamakias T. Preoperative investigations in thyroglossal duct cyst surgery: a 9-year experience and proposed practice guide. *Ann R Coll Surg Engl.* 2023;105(6):554-60. Doi: 10.1308/rcsann.2022.0060
- Pradeep PV, Jayashree B. Thyroglossal cysts in a pediatric population: apparent differences from adult thyroglossal cysts. *Ann Saudi Med.* 2013;33(1):45-8. Doi: 10.5144/0256-4947.2013.45.
- Thompson LD, Herrera HB, Lau SK. A clinicopathologic series of 685 thyroglossal duct remnant cysts. *Head Neck Pathol.* 2016;10(4):465-74. Doi: 10.1007/s12105-016-0724-7.
- Barbour AE, Penman D, Kubba H. What is the annual risk of infection in congenital midline neck cysts in children? Thyroglossal duct cysts versus dermoid cysts. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2024;176:111842. Doi: 10.1016/j.ijporl.2023.111842.
- Tapasak B, Nguyen DK, Cervantes SS. Infected thyroglossal duct cyst in a neonate: a report of a rare case. *Am J Case Rep.* 2022;23:e936659. Doi: 10.12659/AJCR.936659.
- Thompson LD. Thyroglossal duct cyst. *Ear Nose Throat J.* 2017;96(2):54-5. Doi:10.1177/014556131709600204
- Guo Y, Huang Q, Chen H, Xu C. Uncommon insidious dumbbell-shaped double thyroglossal duct cyst. *J Craniofac Surg.* 2024;34(2):e122-e4. Doi: 10.1097/SCS.00000000000008844.
- Frauenfelder C, Shelmerdine SC, Simcock IC, Hall A, Hutchinson JC, Ashworth MT, et al. Micro-CT imaging of pediatric thyroglossal duct cysts: a prospective case series. *Front Pediatr [Internet].* 2021 [citado 9 abril 2025];9:746010. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34557462>.
- Walsh J, Clausen S, Degiovanni J, Carr MM. Double Thyroglossal duct cyst: a case report. *Cureus [Internet].* 2023 [citado 23 abril 2025];15(6):e40660. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37485128>.
- Houas J, Ghammam M, Laabidi E, Khalfi O, Bellakhder M, Abdelkefi M. Malignant degeneration of thyroglossal duct cysts: Clinical aspects, imaging findings and management: case series. *Int J Surg Case Rep.* 2024;115:109325. Doi: 10.1016/j.ijscr.2024.109325.
- del Rosal Rabes T, Fernández Cooke E, Muñoz Ramos A. Adenitis cervical superficial y abscesos cervicales profundos. *Protoc diagn ter pediatr. [Internet].* 2023 [citado 16 agosto 2024];2:125-137. Disponible en: https://static.aeped.es/8_adenitis_cervical_5a31767b96.pdf
- Malka Yosef L, Lahav Y, Hazout C, Zloczower E, Halperin D, Cohen O. Impact of age on surgical outcomes and failure rates in patients with thyroglossal duct cysts. *Am J Otolaryngol [Internet].* 2021 [citado 11 enero 2025];42(3):102902. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33482563>
- Wang Y, Yang G. Optimal age of surgery for children with thyroglossal duct cysts: a single-institution retrospective study of 340 patients. *Front Pediatr*

ABSTRACT. Introduction: Thyroglossal duct cysts are the most common congenital cervical anomaly and the most common pediatric mass. They form in the neck due to the persistence of parts of the primitive thyroglossal duct or due to its failure to close. Most are solitary and located below the hyoid bone, with a few cases occurring at the base of the tongue. **Case description:** A 12-year-old male with a 1-week history of acute pharyngotonsillitis managed with 500 mg of amoxicillin every 12 hours for 5 days. At the end of treatment, his mother watched an increase in the submandibular region, for which he was evaluated. On physical examination, a painful, warm, non-erythematous submandibular mass was palpated, with well-defined borders, measuring 6 x 10 centimeters, with the presence of exudate and grade IV tonsillar hypertrophy. He did not have difficulty swallowing or breathing. Laboratory studies: Hemoglobin 14.9 mg/dL, Hematocrit 43.5 mg/dL, Platelets 381,000 U/L, Leukocytes 24,900 U/L, Neutrophils 18,400 U/L, Procalcitonin 0,046, C-Reactive Protein 40.70 mg/L. Neck ultrasound on admission: Cystic lesion in level VI superior to the left thyroid lobe, probable abscessed adenopathy, content 6.5 milliliters. Management: ceftriaxone, clindamycin and dexamethasone, without remission of the condition. Follow-up at 4 weeks Doppler ultrasound reports remnant cyst of the thyroglossal duct. **Conclusion:** The diagnosis of thyroglossal duct remnant cyst in children should be established quickly by imaging studies to rule out systemic disease or malignancy and to prevent complications. **Keywords:** Congenital abnormalities; Lymphadenopathy, Thyroglossal cyst.

[Internet]. 2023 [citado 16 agosto 2024];10:1038767. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36776677>

- Lekkerkerker I, van Heurn EL, van der Steeg AF, Derikx JP. Pediatric thyroglossal duct cysts: post-operative complications. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol [Internet].* 2019 [citado 16 agosto 2024];124:14-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31153090>
- Rayess HM, Monk I, Svider PF, Gupta A, Raza SN, Lin HS. Thyroglossal duct cyst carcinoma: a systematic review of clinical features and outcomes. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2024;156(5):794-802. DOI: 10.1177/0194599817696504.