



REPORTE DE CASO

QUISTE BRANQUIAL. TRATAMIENTO

Ferreira Rosa, Pederzoli Rodrigo, Ferreira Jesús, Agüero Ángel, González Eduardo, Sosa Ever, Rodas Julio

Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. II Cátedra de Clínica Quirúrgica

INTRODUCCIÓN

Los quistes branquiales se producen por el desarrollo anormal embrionario del aparato faríngeo o branquial (1). Se caracterizan por la aparición de una tumoración latero-cervical y el tratamiento debe ser quirúrgico con extirpación completa (2). El diagnóstico se basa en la historia clínica, el examen físico y estudios de imagen como la ecografía o la tomografía computarizada. Estas modalidades permiten identificar una masa quística bien delimitada, lo que es clave para diferenciar los quistes branquiales de otras lesiones del cuello. En casos complejos, puede ser necesario complementar con estudios histopatológicos para confirmar el diagnóstico (3). El tratamiento estándar es la resección quirúrgica completa, ya que esto minimiza la recurrencia, que puede alcanzar hasta un 20% si la extirpación es incompleta. Es fundamental realizar un seguimiento postoperatorio prolongado, especialmente en casos con características inusuales como

Autor de correspondencia:

Prof. Dra. Rosa Ferreira
rferreirapederezoli@gmail.com

Recibido: 30/07/2024

Aceptado: 29/09/2024

la calcificación. La resección oportuna y precisa generalmente ofrece excelentes resultados a largo plazo, con tasas de recurrencia significativamente bajas (4).

REPORTE DEL CASO

Mujer de 22 años, consulta por tumoración en región lateral derecha del cuello, en el tercio superior del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, de crecimiento progresivo, móvil, de consistencia líquida, indolora, de 6 meses de evolución, con antecedente de cuadro infeccioso – inflamatorio de esa tumoración, con drenaje en forma espontánea de líquido purulento, tratado con curaciones y antibioticoterapia, superado el proceso dos meses, consulta ante persistencia del tumor, se realiza ecografía cervical que informa imagen ecogénica de 4 x 2 cm. de diámetro, con bordes definidos, no adherido a planos profundos, se realiza la excéresis tumoral.

Figura 1. Tumoración en la región lateral del cuello en una paciente de sexo femenino. Se observa una zona protruida en el tercio superior del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.



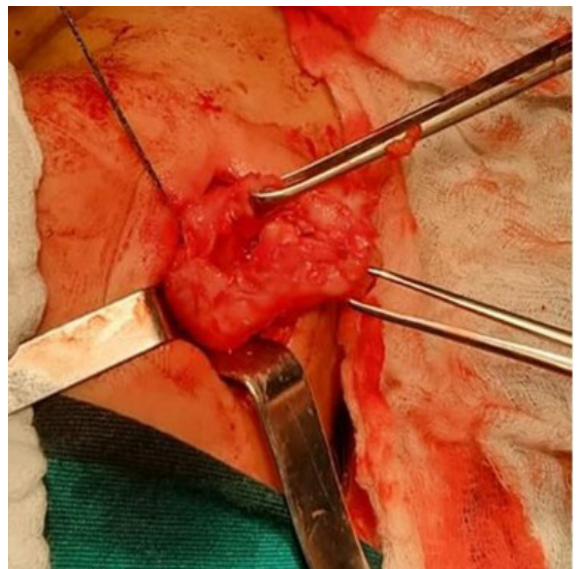
La anatomía patológica informó quiste branquial con inflamación crónica asociada. No reportamos recidiva a los 24 meses..

DISCUSIÓN

Los tumores cervicofaciales son un conjunto de lesiones diversas de acuerdo al origen, evolución y tratamiento. Se describe en la literatura: adenopatías de tipo inflamatorio, malformaciones congénitas y los tumores de partes blandas de cabeza y cuello (5,6). La persistencia de las estructuras epiteliales transitorias en la embriogénesis de la cabeza y cuello da origen a los quistes de la hendidura branquial. Se reporta en estudios científicos que su aparición es frecuente en adultos jóvenes y que el 90% de la formación de estos quistes, ocurre en el 2° arco branquial, datos coincidentes con la paciente estudiada (5,6).

Los quistes del primer arco son muy infrecuentes (5-8% del total de quistes de los arcos branquiales), al igual que los quistes del 3er y 4° arco branquial, los quistes del 1er arco branquial se localizan cerca del pabellón auricular y la parótida, los de la 3er y 4to

Figura 2. Procedimiento quirúrgico de exéresis tumoral.



arco son de localización posterior (7,8).

Se reportan casos bilaterales y casos hereditarios, aunque lo más frecuente es que sea unilateral y sin antecedentes familiares. 8

La presentación clínica depende del arco branquial afectado, en el caso del segundo arco, se caracterizan por la aparición de una masa cervical indolora, lisa, redondeada y móvil; se pueden localizar desde la amígdala palatina hasta el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo (9,10).

Pueden presentar un aumento de tamaño por una hemorragia intraquistica o infección, con una colección purulenta que llega a fistulizar. En el caso reportado, el quiste presentó datos clínicos similares, con el drenaje espontáneo por la fístula (5).

También pueden provocar compromiso respiratorio, tortícolis y disfagia. La ubicación más frecuente es en el espacio submandibular contiguo al músculo esternocleidomastoideo (10).

Los quistes del segundo arco se clasifican en cuatro tipos (Bailey I a IV) según su ubicación entre la amígdala palatina y el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y su relación con la vaina carotídea. El tipo I es superficial al músculo esternocleidomastoideo, sin contactar la vaina carotídea; tipo II es adyacente a la vaina carotídea; tipo III se ubica entre la carótida interna y externa y tipo IV es medial a la vaina carotídea y contacta la pared faríngea a nivel de la fosa tonsilar (10).

El diagnóstico certero se obtiene del estudio histopatológico, los estudios imagenológicos como la ecografía y tomografía axial computarizada son fundamentales, otorgan datos sobre la localización y características de la lesión quística (11).

El tratamiento es siempre quirúrgico, se debe realizar la excéresis total del quiste preservando las estructuras nerviosas adyacentes, como el nervio hipogloso, espinal o vago, rama marginal del nervio facial y las vasculares como la arteria carótida junto a sus ramas y la vena yugular interna

(12,13,14,15).

La complicación más frecuente es la recurrencia en un porcentaje de 3% si es la primera intervención quirúrgica, 14% si ha sufrido infecciones y de un 21% si se ha intervenido varias veces (10,16). En este estudio de caso, el tratamiento consistió en la extirpación de todo el quiste, a los 24 meses no reportamos recidiva.

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Regauer, S., M. Gogg-Kamerer, H. Braun, y A. Beham. «Lateral Neck Cysts--the Branchial Theory Revisited. A Critical Review and Clinicopathological Study of 97 Cases with Special Emphasis on Cytokeratin Expression». *APMIS: Acta Pathologica, Microbiologica, et Immunologica Scandinavica* 105, n.o 8 (agosto de 1997): 623-30.
2. Olsen, K. D., N. E. Maragos, y L. H. Weiland. «First Branchial Cleft Anomalies». *The Laryngoscope* 90, n.o 3 (marzo de 1980): 423-36. <https://doi.org/10.1002/lary.5540900309>.
3. «A case series on branchial cleft cyst in young adults: Dr.Rajeshwari Nachiyar, Dr M K Rajasekar Department of ENT, Sree Balaji Medical College and Hospital. | IARS' International Research Journal. <https://research.iars.info/index.php/curie/article/view/226>.
4. Thomaidis, V., K. Seretis, D. Tamiolakis, N. Papadopoulos, y I. Tsamis. «Branchial Cysts. A Report of 4 Cases». *Acta Dermatovenerologica Alpina, Panonica, Et Adriatica* 15, n.º 2 (junio de 2006): 85-89.
5. Altuna-Mariezkurrena X, Luqui-Albisua I, Veá-Orte JC., J. Algaba-Guimerá, M. Echenique-Elizondo. Quiste branquial. A propósito de dos casos. *Gac Med Bilbao* 2005; 102: 92-94
6. Mandell DL. Anomalías de cabeza y cuello relacionadas con el aparato branquial. *Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica*. 2000,6:1209-29
7. Williams and Wilkins. *Langman's Medical Embriology*. Baltimore, Maryland. Panamericana, 5ª

ED. 1991.

8. Gilabert R, Berenguer B, González B, Marín C, de Tomás Palacios E et cols. Quiste de primer arco branquial intraparotídeo: complejo proceso diagnóstico y terapéutico. *Cir Pediatr* 2013; 26: 44-47. La Riviere CA, Waldhausen JH. Congenital cervical cysts, sinuses, and fistulae in pediatric surgery. *The Surgical Clinics of North America* 2012; 92(3): 583-97.

9. Aguirre BG, Araneda F, Celedón C, Gac P, Cabane P. Caracterización epidemiológica y clínica de pacientes operados con diagnóstico de quiste branquial. *Rev Hosp Clin Univ Chile* 2013; 24: 188-92.

10. Veloz M, Pacheco A. Presentación de quiste de segundo arco branquial como masa orofaríngea: Reporte de un caso. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2015; 75: 157-160.

11. Friedman ER, John SD. Imaging of pediatric neck masses. *Radiologic Clinics of North America* 2011; 49(4): 617-32.

12. Luis Antonio García González, "Carcinoma branquiogénico", *Hospital Universitario de Canarias ORL – DIPS* 2004;31(1):41-43

13. D'Souza AR, Uppal HS, De R, Zeitoun H. Updating concepts of first branchial cleft defects: a literature review. *Int J Pediatric Otorhinolaryngol.* 2002; 62: 103-9.

14. Isaacson G, Martin WH. First branchial cleft cyst excision with electrophysiological facial nerve localization. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000; 126: 513-6.

15. Castro Pérez F, Rodríguez González R, Flores Contreras J, Álvarez Díaz V, Cordero Ledesma M. Quiste branquial tipo I: presentación de un caso. *Rev Ciencias Médicas.* 2010;14(4):108-118.

16. Díaz-Manzano JA, Sánchez-Martínez N, IniestaAlcazar J, Medina-Banegas A. Conservative surgical treatment of pharyngeal branchial cyst. *Auris, Nasus, Larynx* 2008; 35(1): 161-4.