

Quiste branquial con tejido glandular heterotópico en su interior Branchial Cyst with Heterotopic Glandular Tissue Inside

Otto Alemán Miranda^{1*} <http://orcid.org/0000-0001-8275-0259>

¹Hospital General Docente “Orlando Pantoja Tamayo.” Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia: oaleman@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El quiste branquial o quiste linfoepitelial cervical es una malformación blanda, lisa o lobulada, situada en el cuello, por delante del músculo esternocleidomastoideo, a la altura del hueso hioides.

Objetivo: Describir el procedimiento médico-quirúrgico en paciente con quiste branquial con tejido glandular heterotópico en su interior

Caso clínico: Paciente femenina, 72 años de edad con antecedentes de salud. Asiste a consulta del departamento de cirugía maxilofacial del Hospital “Orlando Pantoja Tamayo”, por presentar una masa en el cuello que le provocaba dificultad para realizar los movimientos. Fue intervenida quirúrgicamente y se realizó resección de la tumoración. La evolución posquirúrgica fue satisfactoria.

Conclusiones: El quiste branquial no es frecuente en esta edad, pero puede aparecer en ocasiones y de forma excepcional con tejido glandular en su interior. Por lo que su seguimiento debe ser exhaustivo, dado que pueden recidivar y/o malignizarse.

Palabras clave: quiste branquial; tumor; tumoración del cuello.

ABSTRACT

Introduction: The branchial cyst or cervical lymphoepithelial cyst is a soft, smooth or lobulated malformation, located in the neck, in front of the sternocleidomastoid muscle, at the level of the hyoid bone.

Objective: To describe the clinical surgical procedure used in a patient with brachial cyst with heterotopic gland tissue inside.

Clinical Case report: This is the case of a 72 year-old female patient with previous health history, who attended the consultation of the department of maxillofacial surgery at Orlando Pantoja Tamayo Hospital, for having a mass in her neck that caused her difficulty in performing movements. She underwent surgery and the tumor resection was performed. The postoperative evolution was satisfactory.

Conclusions: Branchial cysts are rare at this age, but they can occasionally appear and exceptionally with glandular tissue inside. Therefore, the follow-up must be exhaustive, since they can recur and or become malignant.

Keywords: branchial cyst; tumor; neck mass..

Recibido: 14/06/2021

Aceptado: 12/08/2021

Introducción

El quiste branquial (QB) o quiste linfoepitelial cervical, es una malformación blanda, lisa o lobulada, situada en el cuello, por delante del músculo esternocleidomastoideo, a la altura del hueso hioides.^(1,2)

En la embriogénesis de la faringe, la primera hendidura branquial permanece abierta hacia el exterior, y la segunda, tercera y cuarta desembocan en el seno cervical. Después, el seno cervical, que es separado de la superficie, se hunde y oblitera. El QB se forma por proliferación de los restos epiteliales del seno

hundido. Cuando por falta del cierre de una hendidura branquial se establece una comunicación entre la faringe y la piel, se origina una fístula branquial.^(1,2)

Su diagnóstico es generalmente fácil, siempre que se realice un interrogatorio y examen físico adecuado. Existen algunos medios diagnósticos que ayudarían a confirmarlo, como son: el ultrasonido de partes blandas, la tomografía axial computarizada (TAC) y hasta la Resonancia Magnética Nuclear (RMN). Estos estudios ayudan a confirmar el diagnóstico, pero aplicando consecuentemente el método clínico, realizando un interrogatorio adecuado y examen minucioso del cuello, se puede prescindir de ellos.⁽³⁾

Lo primero que se debe señalar es que el tamaño del quiste lo hace algo significativo, siendo señalado por diversos autores^(1,3) como tamaño máximo el de una naranja; algunos autores plantean que pueden ser muy voluminosos, con localización dentro de lo registrado por la literatura médica, que categorizan al señalar que los quistes tiroglosos son medios y los branquiales laterales.^(3,4)

El cuello es una estructura con un complejo desarrollo embrionario en el que pueden ocurrir varios defectos, algunos de ellos secundarios a un desarrollo anormal de los arcos branquiales. Debido a que estas anomalías congénitas ocurren desde el período uterino, se deben tener siempre presentes dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones en cuello en pacientes pediátricos y ocasionalmente en pacientes adultos.⁽²⁾

Por la relevancia del tema se decide hacer esta presentación con el objetivo de describir el procedimiento médico-quirúrgico de una paciente con quiste branquial con tejido glandular heterotópico en su interior.

Caso clínico

Paciente femenina de 72 años de edad con antecedentes de salud. Asiste a consulta del departamento de cirugía maxilofacial del Hospital “Orlando Pantoja Tamayo”, por presentar una masa en el cuello que le provocaba dificultad para realizar los movimientos. Se le indicaron exámenes de laboratorio,

imagenológicos, e histopatológicos, y se decide su ingreso para mejor estudio y tratamiento.

Examen físico

Se evidencia un aumento de volumen en la porción lateral izquierda del cuello de aproximadamente 10 centímetros de diámetro, redondeada, móvil, de consistencia duro elástica, con piel que la cubre normocoloreada, no dolorosa a la palpación. (Fig. 1)



Fig. - 1. Lesión en porción lateral del cuello, vista frontal y de perfil.

Estudios diagnósticos

- Técnicas de imagen
 - Ecografía: Imagen ecolúcida, bien delimitada, que no guarda relación estrecha con los grandes vasos del cuello, pero si está en cercanía. Glándula tiroides sin alteración. No se evidencian adenopatías.
 - Rayos X de tórax posteroanterior y lateral: sin alteración.
- Estudios de laboratorio clínico: todos dentro de parámetros normales

La paciente es llevada al quirófano he intervenida quirúrgicamente. Se le realizó resección del quiste (Fig. 2).



Fig. - 2. Imagen macroscópica del quiste.

En la cirugía programada se realizó una incisión cervical que se extendió desde la región submaxilar hasta mastoides, el colgajo se desplazó subplatismal desde ahí se realizó disección roma manteniendo constantemente la hemostasia para tener un campo quirúrgico exangüe. Se lavó la cavidad con solución antiséptica, una vez que se logró la exéresis total de la lesión sin que se vertiera contenido de la misma en el lecho. Después se procedió a la síntesis de los tejidos internos con sutura reabsorbible y la piel con nylon 4.0, previo a la colocación de dos drenajes por fuera de la herida quirúrgica. El posoperatorio de la paciente fue satisfactorio (Fig. 3).



Fig. - 3. Evolución postquirúrgica.

El resultado histológico arrojó macroscópicamente una pared lisa y redondeada, con contenido líquido amarillento, espeso, de color grisáceo. La pared suele ser gruesa y estar en ocasiones tabicada. Microscópicamente, está revestido de un epitelio escamoso estratificado o cilíndrico estratificado, o por una combinación de ambos. En la pared del quiste, por debajo del epitelio, hay abundante tejido linfoideo con centros germinativos.

Discusión

Según Arcas y otros,⁽⁴⁾ a nivel del cuello, aparecen fístulas o quistes de origen branquial (60 - 65 %) con carácter uni o bilateral, situados a nivel del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.

El quiste branquial aparece en cualquier edad, pero es más común entre los 20 y 30 años. Afecta por igual a ambos sexos, aunque en la experiencia de este autor se encuentra una mayor incidencia en las mujeres. Se observa como una tumefacción indolora y con la piel normo coloreada. Es movable y se halla situado en la parte lateral del cuello, por debajo del ángulo mandibular y por delante del músculo esternocleidomastoideo, por lo común, a la altura del hueso hioides. De cada 10 QB por lo menos 8 están situados en este sitio, pero, ocasionalmente, pueden estar cerca de la apófisis mastoides o muy bajos, cerca de la clavícula.^(1,4,5)

Cuando se infecta secundariamente puede causar dolor, supurar y fijarse a la piel y a planos profundos. El QB puede estar situado profundamente sin que se desplace con la deglución.

El faringocele es una formación extremadamente rara que debe diferenciarse del QB por la similitud de su localización topográfica en el cuello, constituida por una protusión herniaria de la faringe; la alteración sacciforme, con la piel normocoloreada, limitada, blanda, sin crepitación, no se desplace con la

deglución y la maniobra por biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), solo manifiesta aire.⁽¹⁾

El tejido salival heterotópico cervical también se ha descrito asociado con el quiste branquial al parecer por la asociación que tienen ambos durante la embriogénesis de las estructuras cervicales.⁽⁶⁾

Las masas cervicales en los adultos jóvenes responden a adenopatías inflamatorias, malformaciones congénitas o menos frecuentemente a neoplasias. El tejido salival heterotópico es una anomalía rara, pero constituye un diagnóstico posible donde puede asentar una lesión benigna (tumor de Wharting, adenoma pleomorfo) o maligna (tumor mucoepidermoide, adenocarcinoma, tumor de células acinares), afecciones tiroideas lateralizadas, quistes tiroglosos, etc.^(6,7,8) Por las características y la edad de la paciente hubo que descartar lesión maligna, así como de glándula salival mayor.^(9,10)

La aparición de la heterotopía salival cervical (HSC) está en relación con el desarrollo embrionario, y el número de casos publicados va en aumento, probablemente por la existencia de mejores métodos diagnósticos. Las HSC se manifiestan como una masa, quiste o fístula generalmente en personas jóvenes, en la región anterior del músculo esternocleidomastoideo y con preferencia por la región cervical derecha. El diagnóstico definitivo lo da el estudio histológico, aunque la clínica y la valoración por la imagen pueden ser de gran valor. El tratamiento debe ser quirúrgico y sin gran demora para evitar su posible malignización.^(6,11,12)

En relación con el tratamiento es también importante conocer si está o no asociado con un quiste branquial, ya que la cirugía de la HSC sola es menos compleja, atendiendo a que los tractos fistulosos cuando existen son más cortos y pueden no extenderse en dirección ascendente hacia los vasos mayores del cuello.^(6,13)

Se plantea que 8 de cada 10 quistes branquiales están situados por delante del esternocleidomastoideo a la altura del hueso hioides, pero ocasionalmente pueden estar cerca de la apófisis mastoidea o muy bajos cerca de la clavícula. Se han encontrado en la región anterior del cuello, que se confunden con una tumoración de la glándula tiroides y reportado casos diagnosticados como masas tumorales de la faringe.⁽¹³⁾

El ultrasonido es el medio auxiliar de diagnóstico inicial de elección en el estudio de las masas cervicales tanto en adultos como en niños, por ser un método inocuo. El quiste branquial se observa como una formación ecolúcida bien delimitada, de paredes finas muy próxima al músculo esternocleidomastoideo y adyacente a los vasos carotídeos.^(2,6)

Es poco frecuente la asociación entre el tejido salival glandular heterotópico y el quiste branquial, lo que alerta a tenerlo en cuenta ante una tumoración cervical para planificar el tratamiento quirúrgico adecuado. El tejido glandular aberrante con origen en la bolsa faríngea puede migrar caudalmente con las glándulas tiroides y paratiroides o hacia el área del seno cervical, y podría ser el origen del tejido salival heterotópico.⁽¹⁾

Se coincide con las características histológicas planteadas en la literatura.⁽¹⁾ que el tratamiento de elección es el quirúrgico, y el cirujano debe estar familiarizado con la anatomía de la zona para evitar cualquier complicación intraoperatoria. Se concluye que el quiste branquial no es frecuente en esta edad, pero puede aparecer en ocasiones y de forma excepcional con tejido glandular en su interior. Por lo que su seguimiento debe ser exhaustivo, dado que pueden recidivar y/o malignizarse.

Referencias bibliográficas

1. Santana Garay JC. Enfermedades que afectan el componente mucocutáneo. En: Atlas de patología del complejo bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p.144.
2. García V, Ochoa M, González C, Isaza S, Uribe R. Seno del segundo arco branquial en un paciente adulto. CES Med. [Internet]. 2018 [acceso 21/01/2021];32(2):159-66. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052018000200159&lng=en. <http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.9>.
3. Alfonso Morejón D, Durán Parra D, López Rodríguez D. Quiste branquial de presentación inusual. Rev. cubana Otorrinolaringol. Cirug. Cabeza Cuello [Internet]. 2013 [acceso 21/01/2021];1(2). Disponible en: <http://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/22>
4. Arcas Ermeso G, Taboada Lugo N, Fernández Ceballos M. Síndrome branquio-oto-renal: A propósito de una familia. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2005[acceso 21/01/2021];77(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000200009&lng=es.
5. Cantero Ronquillo A, Mederos Curbelo OI, Valdés Jiménez J, Romero Díaz C, Barreras Ortega J. Quiste branquial de localización anterior: Presentación de 1 caso. Rev Cubana http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932002000100009&lng=es.
6. Viñas García M, Algozaín Acosta Y, Capote Leyva E, Urbizo Vélez J, Contreras Rojas I, Delgado Fernández R. Presentación de un caso de tejido salival heterotópico cervical asociado con un quiste branquial. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2009 [acceso 21/01/2021];46(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000200010&lng=es.
7. Contreras Álvarez PJ, Calderín Sharp B, Hernández Armstrong LR, Venereo Sánchez A. Tiroiditis de Hashimoto en tiroides aberrante. Rev Cubana Otorrinolaringología Cirugía Cabeza Cuello [Internet].2020 [acceso

21/01/2021];4(1). Disponible en:

<http://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/127>

8. González Gómez J, Rodríguez Fernández Y, Ledo de la Luz A, Naranjo Amaro A. Técnica quirúrgica del quiste tirogloso. Rev. cubana Otorrinolaringología Cirugía Cabeza Cuello [Internet].2019[acceso 21/01/2021];3(1).Disponible en:

<http://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/79>

9. García Díaz M, Cintra Castro Y, Alfonso Rodríguez J, Carbot Morales D. Litiasis de glándula submaxilar. Rev. Cubana Otorrinolaringología Cirugía Cabeza Cuello [Internet].2020 [acceso 21/01/2021];4(3). Disponible en:

<http://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/165>

10. Rodríguez Regalado LA, Delgado Juan I, Álvarez Carrazana LM, Ventura MM. Adenocarcinoma de las glándulas salivales accesorias de la fosa nasal. Rev. cubana Otorrinolaringología Cirugía Cabeza Cuello [Internet]. 2019 [acceso 21/01/2021];3(2). Disponible en: <http://www.revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/94>

11. Panadés Ambrosio LE, Díaz Ramírez BC. Morbilidad por cáncer en Otorrinolaringología. Rev. Cubana Otorrinolaringología Cirugía Cabeza Cuello [Internet].2020 [acceso 21/01/2021];4(3). Disponible en:

<http://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/173>

12. Rodríguez Fernández Y, Maestre Cabello JR, Naranjo Amaro A, Martínez Revol Y. Manejo del paciente oncológico con cáncer de suelo de boca. Rev. Cubana Otorrinolaringología Cirugía Cabeza Cuello [Internet].2019 [acceso 21/01/2021];3(3). Disponible en:

<http://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/100>

13. Quintana Díaz J, Miranda Tarragó J, Quintana Giralt M. Comportamiento del quiste branquial en pacientes del Hospital General Docente "Ciro Redondo García", Artemisa, 1993-2009. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2012 [acceso 21/01/2021];49(1). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000100006&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000100006&lng=es)

Conflicto de intereses

El autor refiere no existencia de conflictos de intereses.