

PRESENTACIÓN DE CASOS

Quiste branquial de presentación inusual

Branchial Cyst of unusual presentation

Dr. Eduardo Alfonso Morejón ^I, Dra. Irmaylín Durán Parra ^I, Dra. Georgina López Rodríguez ^I

I Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 55 años, con antecedentes de ingestión de bebidas alcohólicas y fumador que acude a consulta por presentar aumento de volumen de la región lateral derecha del cuello de 4 meses de evolución, con crecimiento lento y progresivo, presentando una semana después crecimiento brusco, razón por la cual acude a la consulta especializada de cabeza y cuello; se le indican estudios de laboratorio y tratamiento con antibioticoterapia para mejorar el cuadro séptico tumoral, planteándose el diagnóstico presuntivo de adenopatía abscedada, luego de recibir los resultados de las investigaciones que sugieren la existencia de un proceso inflamatorio, se decide realizar una disección radical de cuello con conservación del nervio espinal. El análisis anatomopatológico evidenció la presencia de un quiste branquial abscedado. La importancia radica en la forma inusual de su cuadro clínico y evolución, donde ningún estudio diagnóstico fue concluyente, ni el tratamiento médico ayudó a la mejoría del caso, siendo fundamental el tratamiento quirúrgico para detener la tórpida evolución de la enfermedad.

Palabras clave: Quiste branquial, adenopatía cervical, tumor

ABSTRACT

It shows up the case of a 55 year-old masculine patient, with antecedents of ingestion of alcoholic drinks and smoker that he goes to consultation to present increase of volume of the

region lateral right of the neck of 4 months of evolution, with slow and progressive growth, presenting later one week abrupt growth, reason for which goes to the specialized consultation of head and neck; they are indicated laboratory studies and treatment with antibioticoterapia to improve the square septic tumours, thinking about presumptive diagnosis of abscess adenopathy, after receiving the results of the investigations that suggest the existence of an inflammatory process, decides to carry out a radical dissection of neck with conservation of the spinal nerve. The analysis anatomopathologically evidenced the presence of a abscess branchial cyst. The importance resides in the unusual form of its clinical square and evolution, where no diagnostic study was conclusive, neither the medical treatment helped to the improvement of the case, being fundamental the surgical treatment to stop the torpid evolution of the illness.

Key words: branchial cyst, cervical adenopathy, tumours

INTRODUCCIÓN

El quiste branquial propiamente dicho no es más que una tumoración ubicada en la región lateral del cuello, situada en el triángulo superior, detrás del ángulo de la mandíbula y emerge por delante del músculo esternocleidomastoideo.^{1, 6}

Su diagnóstico es generalmente fácil, siempre que realicemos un interrogatorio y un examen físico adecuado. Existen algunos medios diagnósticos que ayudarían a confirmarlo, como son: el ultrasonido de partes blandas, la TAC y hasta la Resonancia Magnética Nuclear (RMN). Consideramos que estos estudios ayudan a confirmar el diagnóstico, pero aplicando consecuentemente el método clínico, realizando un interrogatorio adecuado y un examen minucioso del cuello, podemos prescindir de ellos.^{1, 6}

Lo primero que debemos señalar es que el tamaño del quiste lo hace algo significativo, siendo señalado por diversos autores 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.

El segundo arco branquial de la segunda, tercera y cuarta hendidura pueden mantener su comunicación con la superficie por medio de un conducto estrecho, denominado fístula branquial. Estos quistes son restos del seno cervical. Por lo general no resulta visible en el nacimiento, sino que se manifiesta más adelante al producirse su crecimiento. Estas anomalías desarrolladas en el aparato branquial representan la causa más frecuente de tumores en las regiones laterales del cuello.^{1, 6}

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 55 años de edad, de la raza blanca, remitido a nuestro servicio de Otorrinolaringología con antecedentes de ser fumador y de ingerir bebidas alcohólicas, que hace 4 meses se había detectado un aumento de volumen en la región lateral derecha del cuello que le molestaba sobre todo cuando dormía de ese lado pero sin otra sintomatología asociada, y que desde hace 2 meses aproximadamente empezó a crecer de forma lenta y progresiva, aumentando bruscamente de tamaño una semana después, razón por la cual acude a consulta, niega cualquier otra sintomatología como fiebre, pérdida de peso, disfonía o disfagia.

Interrogatorio por aparatos: Todos los Aparatos: Nada a señalar

Positivo al Examen físico: Cuello: Tumor de \pm 6 cm de diámetro, duro pero no pétreo, indoloro, no rubicundez, no calor local, poco movable, profundo, adherido a planos profundos, que impresiona metástasis cervical derecha. Resto del Examen físico, General, Regional y por aparatos negativo.

Complementarios: Ultrasonido de partes blanda del cuello; donde se observa imagen voluminosa entre 40 y 45 mm de diámetro, irregular con imagen predominante de ecogenicidad. Se realiza B.A.A.F. donde se constata predominio de linfocitos los que sugiere la existencia de un proceso inflamatorio, no se evidencia presencia de células malignas.

Complementarios hematológicos dentro de límites normales, al igual que la Radiografía de Tórax, ultrasonido de abdomen y EKG.

Conducta: Por todo lo anterior se decide ingreso con tratamiento de antibioticoterapia para mejorar el cuadro de la posible sepsias tumoral antes del tratamiento quirúrgico, se comenzó con tratamiento de Rosephin 1gramo endovenoso cada 12 horas por 10 días sin cambios en el cuadro tumoral, posteriormente se le prescribe ciprofloxacina 250 mg 2 tabletas cada 12 horas por 7 días más. Después de casi 20 días de tratamiento se espero una semana más se realizó ultrasonido evolutivo con iguales resultados por lo que se decide realizar tratamiento quirúrgico.

Técnica quirúrgica: Previa anestesia general, asepsia y antisepsia se realiza incisión transversa del cuello decolando por planos y localizando el esternocleidomastoideo rechazando en su extremo inferior la vena yugular interna y la arteria carótida primitiva siguiendo las mismas hacia arriba, decolando en planos profundo. Al ascender encontramos que la vena yugular interna esta englobada en el extremo medio por el tumor, conjuntamente con el musculo esternocleidomastoideo, razón por la cual se realiza ligadura de la vena yugular interna y resección del músculo esternocleidomastoideo, decolando en profundidad el tumor que cabalgaba sobre la arteria carótida primitiva la cual estaba al infiltrada por la parte abscedada del tumor. Se extirpa en su totalidad, conservando el nervio espinal. Se realiza una disección radical de cuello con conservación del nervio espinal, de forma similar al proceder que se realiza en los tumores metastásicos cervicales.

Resultado anatopatológico: Quiste branquial abscedado.

Evolución: El paciente evolucionó satisfactoriamente y sin complicaciones, siendo seguido en consulta externa de la especialidad.

DISCUSIÓN

En nuestro trabajo se presentó en un paciente de 55 años que no es lo más frecuente; Cantero et al. 2002, reporta un caso de edad avanzada que muestra un enfermo de 63 años de edad, con un tumor voluminoso en la cara anterior del cuello, que se moviliza a la deglución. ([Fig. 1](#))^{7,8}



Fig. 1. Quiste Branquial.

Importante a señalar de este caso es lo atípico de su comportamiento clínico manifestándose como un tumor maligno, un quiste branquial malignizado o una metástasis ganglionar, demostrándose cierto grado de coincidencia con la bibliografía revisada pero sin registro de un caso similar hasta el momento, donde se define al quiste branquial como una falla de la completa obliteración de uno de los arcos branquiales que aunque constituyen estructuras benignas en raras ocasiones se asocian a alguna forma de cáncer, siendo por lo general benignos y tienden a ser confundidos con un tumor maligno de las glándulas salivales. ([Fig. 2](#))



Fig. 2. Quiste branquial, excéresis en bloque

En este caso al realizar el acto quirúrgico se detecta la infiltración de la arteria carótida primitiva por lo se tuvo que realizar un vaciamiento radical de cuello derecho con conservación de nervio espinal y resección del musculo esternocleidomastoideo y de la vena yugular interna debido a que estas estructuras estaban englobadas en el tumor. (Fig. 3)



Fig. 3. Quiste branquial, pieza quirúrgica

El diagnóstico de esta entidad es un reto que pone a prueba los conocimientos adquiridos por cada profesional, y donde un buen interrogatorio, examen físico, así como el empleo de medios auxiliares de diagnóstico como el ultrasonido, radiografías con contraste, tomografía, biopsia aspirativa o tradicional, juegan un rol fundamental; sin embargo nos encontramos en presencia de un caso donde los exámenes realizados no fueron concluyentes y la tomografía no fue accesible, de aquí que tengamos en cuenta que cada paciente es un reto médico.

CONCLUSIONES

Se presenta un paciente con comportamiento inusual de un quiste branquial, al comportarse como una tumoración maligna, un quiste branquial malignizado o una metástasis cervical sin primitivo, donde ningún estudio fue concluyente, ni los tratamientos médicos mejoraron el cuadro, solamente el tratamiento quirúrgico agresivo llevó a la resolutivez del mismo y evitó la muerte del paciente.

REFERENCIAS

1. Basterra Alegría J. Otorrinolaringología y patología cervicofacial. Publicado por Elsevier España. 2004; p: 400.
2. Langman, Embriología médica con orientación clínica, 9ª Ed. Buenos Aires: Médica Panamericana. 2004
3. Koch BL. Cystic malformations of the neck in children. *Pediatr Radiol* [revista en internet] 2005 [citado 24 de febrero, 2009]; 35(5): 463-77. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15785931>
4. Altuna Mariezkurrena X. y col. Quiste branquial. A propósito de dos casos. *Gac Med Bilbao* [revista en internet] 2005 [citado 24 de febrero, 2009]; 102(4):92-94. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=35383&id_seccion=2219&id_ejemplar=3659&id_revista=136
5. Moore Keith L., Persaud T. V. N., Martínez Á.C. Embriología clínica. Publicado por Elsevier España. 2004; p: 212.
6. Quiste branquiógeno. Enciclopedia médica en español. [serie en internet] 2007 oct. [citado 24 de febrero, 2009]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001396.htm>
7. Cantero Ronquillo A, Mederos Curbelo O.N y Col. Quiste branquial de localización anterior. Presentación de 1 caso. *Rev. Cubana* [revista en internet] Ciudad de la Habana abr. 2002

[citado 24 de febrero, 2009]. 41(1): 47-64. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol41_1_02/cirug%EDa.pdf

8. Cristian García B, Andrés O´Brien S y Col. Anomalías congénitas del aparato branquial: Estudio de imágenes. Revista Chilena de Radiología. 2007; 13(3): 147-153

Recibido: 12 de abril de 2013.

Aprobado: 15 de mayo de 2013.

Dr. Eduardo Alfonso Morejón. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. La Habana, Cuba. Correo electrónico: eduardo.alfonso@infomed.sld.cu