



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 14, Núm. 1 • Enero-Abril 2018 • pp. 12-18

Quiste linfoepitelial cervical: descripción de un caso clínico

J Ernesto Miranda Villasana,* Carlos Alberto Ramos Montoya**

RESUMEN

El quiste linfoepitelial cervical es una anomalía del desarrollo del aparato branquial; el más frecuente es el del segundo arco. Localizado en la pared faríngea, su aparición es muy rara, por lo que en su diagnóstico diferencial se deben incluir lesiones tumorales benignas y malignas en la pared de la faringe. El tratamiento debe ser la extirpación quirúrgica completa del quiste vía externa cervical para evitar recidiva de la lesión. Se reporta un caso de quiste linfoepitelial cervical de tres meses de evolución, diagnosticado en un varón de seis años de edad. La lesión se presentó como una masa asintomática de aproximadamente cuatro centímetros de diámetro ubicada debajo de la piel, delante del tercio medio del músculo esternocleidomastoideo, adherida a planos profundos, fluctuante, sin evidencia clínica de secreciones. El diagnóstico preoperatorio se basó en el estudio de una tomografía axial computarizada y examen citológico de una punción por aspiración de aguja fina. Se revisa la literatura en relación con la histogénesis, aspectos clínicos e histológicos, y posibilidades de malignización del epitelio quístico.

Palabras clave: Quiste, quiste branquial, quiste linfoepitelial.

SUMMARY

The cervical lymphoepithelial cyst is a developmental abnormality of the branchial apparatus; the most frequent one occurs on the second arc. Located in the pharyngeal wall, its occurrence is very rare; therefore, the differential diagnosis should include benign and malignant tumor lesions in the wall of the pharynx. Treatment is complete surgical excision via external cervical cyst to prevent recurrence of the injury. We report the case of a cervical lymphoepithelial cyst of three months of evolution, diagnosed in a six-year-old boy. The lesion presented as an asymptomatic mass of approximately four centimeters in diameter located under the skin in front of the middle third of the sternocleidomastoid muscle, attached to the deeper planes, fluctuating, with no clinical evidence of secretions. Preoperative diagnosis was based on the study of a computerized axial tomography and fine-needle aspiration cytology. We review the literature regarding histogenesis, clinical and histological aspects and possibilities of malignant cystic epithelium.

Key words: Cyst, branchial cyst, lymphoepithelial cyst.

www.medigraphic.org.mx

* Jefe de servicio.

** Residente de cuarto año.

Departamento de Cirugía Maxilofacial del Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza», ISSSTE, Ciudad de México.

Correspondencia:

Carlos Alberto Ramos Montoya

Tel: 5567880308

E-mail: maxilofacial.ramos@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/cirugiabucal>

INTRODUCCIÓN

Las fístulas branquiales se producen cuando el segundo arco faríngeo no crece caudalmente sobre el tercero y el cuarto, y los restos de la segunda, tercera y cuarta hendidura mantienen su comunicación con la superficie por medio de un conducto estrecho. Esta fístula se presenta en la porción lateral del cuello, directamente por delante del músculo esternocleidomastoideo y sirve de drenaje de un quiste cervical lateral. Estos quistes son vestigios del seno cervical y suelen estar ubicados precisamente por debajo del ángulo mandibular. Sin embargo, pueden hallarse en cualquier sitio del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. A menudo, el quiste cervical lateral no resulta visible al momento del nacimiento, sino que se hace evidente al crecer.¹

Cuadro I. Clasificación de Bailey/Proctor de los quistes de segundo arco branquial.

- Tipo I. Quiste superficial al borde anterior del esternocleidomastoideo por debajo de la fascia cervical y el platismo.
- Tipo II. El más frecuente, aparece adyacente a los grandes vasos, puede estar adherido a la vena yugular externa.
- Tipo III. Pasa entre las arterias carótidas externa e interna, extendiéndose a la faringe.
- Tipo IV. Crece en la pared de la faringe.

INCIDENCIA

Dentro de los quistes cervicales congénitos, el quiste linfoepitelial cervical es el segundo en frecuencia, sólo después del quiste del conducto tirogloso, representando el 24% de ellos. El quiste de primer arco branquial corresponde al 5-8% de este grupo de patologías. Se localiza cercano a la glándula parótida y al oído externo. Puede estar asociado con fístulas que drenan a piel o a oído externo. El tipo I se ubica frecuentemente en la parte posteroinferior del lóbulo de la oreja y presenta un trayecto que usualmente es lateral al curso del séptimo par craneal. El tipo II se localiza en el ángulo de la mandíbula y presenta un trayecto íntimamente relacionado con el séptimo par. Los tipos III y IV son raros, alrededor del 1%, y tienen relación con el seno piriforme (*Cuadro I*). El quiste de segundo arco es la variante más común, correspondiendo al 90-95% de los quistes de arco branquial. El quiste se hace presente al final de la niñez o al principio de la edad adulta.

FISIOPATOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN

El quiste linfoepitelial cervical surge del aparato de la hendidura branquial, que se desarrolla entre la tercera y séptima semana de vida intrauterina. Son cinco los arcos branquiales de origen mesodérmico; cada uno de ellos da lugar a estructuras específicas de cabeza y cuello (*Cuadro II*).¹ Entre cada arco existe una ranura o hendidura que surge del ectodermo; la formación de un quiste linfoepitelial cervical (quiste branquial) se piensa que es atribuible a la

Cuadro II. Derivados de los arcos faríngeos y su inervación.

Arco	Nervio	Músculos	Esqueleto
1	V Trigémino, división mandibular (V3)	De la masticación, milohioideo, vientre anterior del digástrico, periestafilino externo y del martillo.	Cartílago de Meckel, yunque, martillo, mandíbula, maxilar, malar
2	VII Facial	De la expresión facial, vientre posterior del digástrico, estilohioideo, del estribo.	Estribo, estiloides, ligamento estilohioideo, asta menor y porción superior del cuerpo del hioides
3	IX Glossofaríngeo	Estilofaríngeo	Asta mayor y porción inferior del cuerpo del hioides
4-6	X Vago, • Rama laríngea superior (nervio hacia el 4° arco) • Rama laríngea inferior o recurrente (nervio hacia el 6° arco)	• Cricotiroideo, elevador del paladar, constrictores de la faringe • Intrínsecos de la laringe	Cartílagos laríngeos

obliteración incompleta de los tractos branquiales. Es imperativo que el cirujano esté familiarizado con las estructuras asociadas con cada arco, porque las extensiones de los quistes siguen un camino entre los derivados de los arcos.

Clasificación

El quiste de la primera hendidura se clasifica en **tipo 1** (que tiene contribución solamente de ectodermo) y **tipo 2** (que tiene contribuciones del primer y segundo arco branquial y, por tanto, tiene algunos elementos mesodérmicos).

Tipo 1: son quistes que típicamente cursan de forma paralela al conducto auditivo externo, superior y lateral al nervio facial, y pueden terminar en la unión hueso-cartílago del conducto auditivo externo; si se infectan, pueden presentar una fístula en la región posterior, anterior o inferior al lóbulo de la oreja.

Tipo 2: estos quistes pueden contener cartílago y estructuras anexas, y además piel; si se infectan, pueden presentar drenaje en el ángulo de la mandíbula o internamente al conducto auditivo externo, con otorrea.

Quistes de la segunda hendidura branquial: son quistes que pueden confundirse con patología de la glándula parótida; son la más frecuente de las anomalías branquiales, aproximadamente el 95%; de ellos, el 63% será asociado a fístulas. El curso de este quiste está relacionado con el nervio glossofaríngeo y el nervio hipogloso, entre la carótida externa y la carótida interna; generalmente se presenta como una masa a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y el ángulo de la mandíbula; se han reportado casos muy raros de masas parafaríngeas. Puede ser asintomático o mostrar infecciones recurrentes, amigdalitis o disfagia; es necesario descartar malignidad en pacientes con masas tumorales en el cuello.²

Quistes de la tercera hendidura branquial: suelen presentarse por delante del músculo esternocleidomastoideo, cerca del polo superior del lóbulo tiroideo; pueden relacionarse profundamente con el nervio hipogloso y la arteria carótida. Es importante siempre realizar diagnóstico diferencial con patologías tiroideas.

Quistes de la cuarta hendidura branquial: son quistes raros, representan aproximadamente el 2% de los quistes branquiales. La extensión de la hendidura del cuarto arco branquial es diferente a cada lado del cuello; su aparición es más frecuente del lado izquierdo. Sólo su relación con el nervio laríngeo superior lo distingue del tercero, y que éste

se presenta con cierta intimidad al lóbulo inferior de la glándula tiroides. Es necesario realizar diagnóstico diferencial con patología tiroidea.³

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trató de un paciente masculino de seis años de edad, que fue referido de su clínica médico-familiar con aumento de volumen en la región cervical del lado derecho; se presentó con la misma coloración de los tejidos circundantes; a la palpación, se mostró fluctuante, delimitado, desplazable, con un tamaño aproximado de 4 centímetros de diámetro, por lo que el diagnóstico de presunción fue de quiste branquial (*Figuras 1 y 2*).

Se realizó tomografía de cuello, en donde se observó una zona hipodensa delimitada en el plano cervical profundo, por lo que se solicitó resonancia magnética, y se presentó una lesión delimitada de aproximadamente 3.9 mm de diámetro lateromedial y 2.6 mm de diámetro anteroposterior (*Figuras 3 a 5*).

Se realizó biopsia por aspiración de aguja fina, que dio como resultado citológico un quiste linfoepitelial cervical, por lo que se comenzó con el protocolo quirúrgico, planificando la escisión quirúrgica de la lesión quística y esperando obtener un diagnóstico anatomopatológico de la lesión más contundente (*Figura 6*).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Con previa asepsia y antisepsia, bajo protocolo quirúrgico e intubación orotraqueal, se procedió a realizar el marcaje quirúrgico con violeta de genciana, tomando como referencia el borde basal y el ángulo de la mandíbula, y el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo (*Figura 7*). Subsecuentemente, se infiltró lidocaína con epinefrina al 2% con fines hemostáticos y de hidrodissección (*Figura 8*), antes de la incisión primaria con bisturí conforme al marcaje quirúrgico antes mencionado (*Figura 9*); en seguida, se llevó a cabo una incisión secundaria con ayuda de electrobisturí para mejorar la maniobra hemostática, hasta llegar al plano muscular superficial (*Figuras 10 y 11*). Luego, se efectuó la disección del músculo platismo y se abordó el quiste; se hizo hemostasia con ayuda del electrobisturí y seda tres ceros, se enucleó completamente la lesión quística y se mostró el lecho quirúrgico totalmente libre de lesión, observándose músculos suprahioides (*Figuras 12 a 14*). Se suturó la herida quirúrgica con ayuda de Vicryl tres ceros para la colocación de puntos internos; para plano superficial, se llevó a cabo la sutura subdérmica con



Figura 1. Se observan las características clínicas de la lesión quística.



Figura 2. Detalle de la lesión.

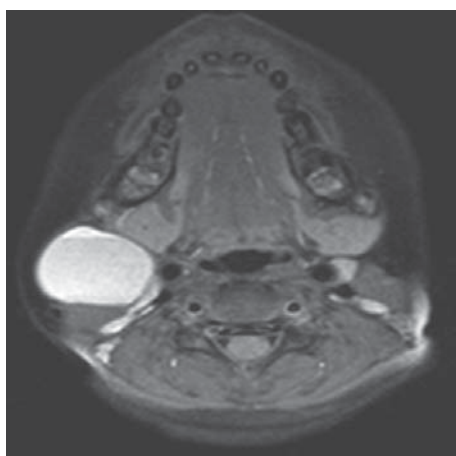


Figura 3. Resonancia magnética, corte axial.

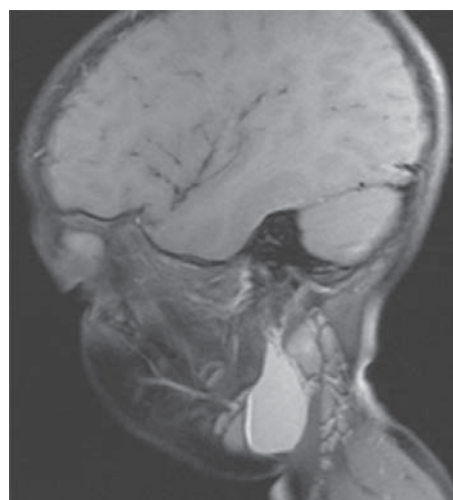


Figura 4. Resonancia magnética, corte sagital.

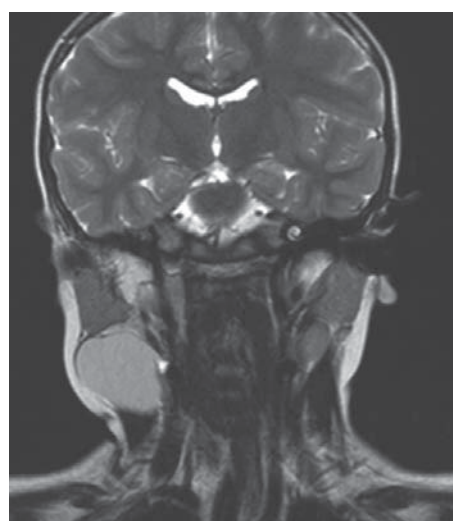


Figura 5. Resonancia magnética, corte coronal.



Figura 6. BAAF de la lesión.



Figura 7. Marcaje quirúrgico.



Figura 10. Incisión secundaria con ayuda de electrobisturí.



Figura 8. Infiltración de lidocaína con epinefrina al 2%, con fines hemostáticos y de hidrodissección.



Figura 11. Presentación del plano muscular superficial.



Figura 9. Incisión primaria.



Figura 12. Hemostasia y resección del quiste.

nailon seis ceros y colocación de *dren* a presión negativa para cuantificar el gasto de la zona intervenida (Figuras 15 y 16). Finalmente, se observó la lesión con carencia de contenido por la perforación acciden-

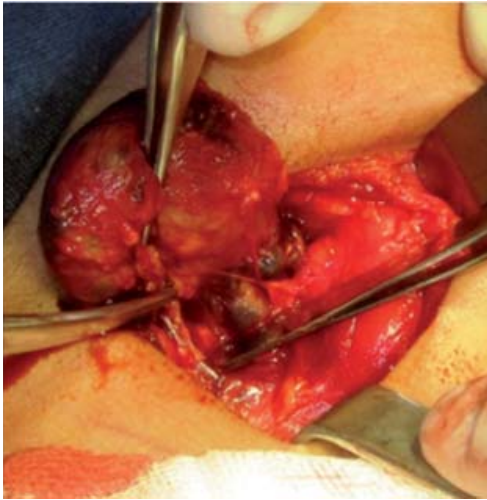


Figura 13. Resección del quiste en su totalidad.

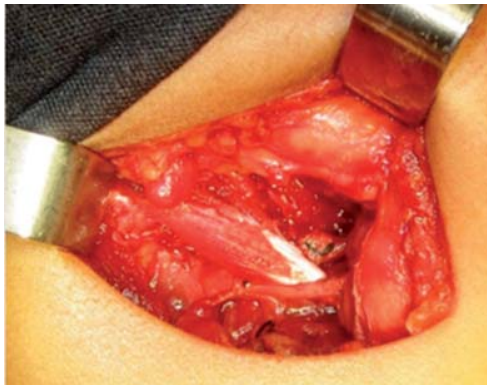


Figura 14. Lecho quirúrgico.



Figura 15. Puntos de sutura internos con Vicryl tres ceros.

tal del quiste, de aproximadamente 4 centímetros de diámetro (Figura 17).

DISCUSIÓN

El quiste branquial es una patología relativamente común, de etiología discutida; por ello, se han descrito varias teorías para intentar explicar su aparición. La primera, la más aceptada por la mayoría de los autores, explica su existencia como derivado del aparato branquial (Hosemann y Wigand, 1988).⁴ Este aparato se desarrolla de la tercera a la séptima semana del crecimiento fetal y consiste en seis pares de arcos mesodérmicos separados por invaginaciones de endodermo por la zona interna y ectodermo por la externa (bolsas branquiales). Los



Figura 16. Puntos subdérmicos de nailon seis ceros.

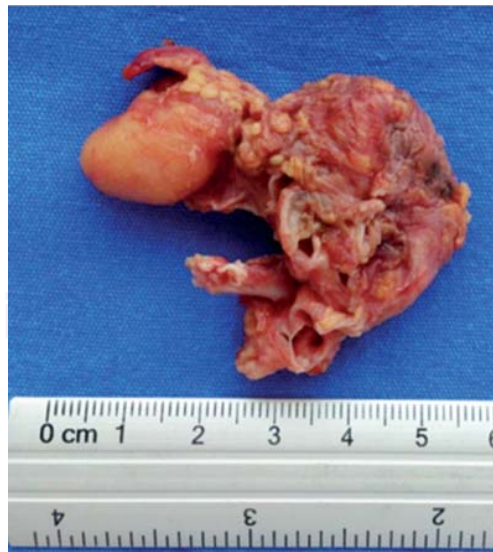


Figura 17. Detalle de la lesión totalmente resecada.

quistes y fístulas son el resultado de la falta de cierre o resolución de éstos; los de segundo arco son los más frecuentes debido a que es el que persiste más tiempo en el desarrollo embriológico.⁴ La segunda teoría trata de relacionar la aparición de estos quistes con procesos de amigdalitis y faringitis; así, el epitelio escamoso derivado de la faringe llega a la vía linfática, a los ganglios linfáticos regionales, y el crecimiento en ellos de este epitelio desarrolla el quiste. Existe una tercera teoría que relaciona el posible origen de estos quistes con el tejido parotídeo, basándose en el hallazgo de tejido parotídeo glandular en el interior de los quistes extirpados.^{5,6} La teoría más aceptada por la mayoría de los autores es la primera, es decir, que se derivan del primitivo aparato branquial embrionario, siendo el 95% de ellos derivados del segundo arco branquial.

Bailey, en 1933, y posteriormente Proctor, en 1955, describieron una clasificación para los quistes de segundo arco según su localización y las relaciones anatómicas de dichos quistes, siendo el tipo IV raro en extremo y de probable origen en un remanente del conducto faríngeo interno primitivo; es probable que la pared del quiste derive del endodermo.⁷⁻¹¹ Clínicamente, los de localización faríngea provocan síntomas orofaríngeos por su localización, como disfagia, sensación de cuerpo extraño, rinolalia o voz engolada, asociados o no a tumoración cervical dependiendo del tamaño del quiste. Debido a esta localización tan infrecuente, debemos realizar un diagnóstico diferencial con otras masas parafaríngeas como los higromas quísticos, quistes de retención, hemangiomas, lipomas, rabdomiosarcomas, linfomas, paragangliomas.

CONCLUSIONES

Es importante revisar la literatura antes de tratar de realizar un diagnóstico diferencial —sobre todo

cuando de masas cervicales se trata—, contar con estudios de imagenología concretos, pruebas de laboratorio, estudios anatomopatológicos precisos (como BAAF y biopsia escisional), además de la destreza clínica de los médicos involucrados. Para este artículo se llevó a cabo un minucioso protocolo clínico con la finalidad de llegar al mejor diagnóstico, utilizando los recursos tecnológicos y humanos del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital «General Ignacio Zaragoza» del ISSSTE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Langman J. Embriología médica: con orientación clínica. 9.ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004.
2. Dierks EJ, Bell B. Oral and maxillofacial surgery of North America. The neck. Elsevier Saunders; 2008.
3. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid, España: Mosby Elsevier; 2006.
4. Hansberger HR, Wiggins R, Hudgins P, Michel M, Swartz J, Davidson C et al. Diagnostic imaging. Head and neck. Part III. Salt Lake City, Utah: Ediciones Amirsys; 2004.
5. Sciubba R. Patología bucal. Correlaciones clinicopatológicas. 3.ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
6. Basterra-Alegría J. Otorrinolaringología y patología cervicofacial. España: Elsevier; 2004. p. 400.
7. Proctor B, Proctor C. Congenital lesions of the head and neck. Otolaryngol Clin North Am. 1970; 3 (2): 221-248.
8. Gutiérrez-Fonseca R. Masa cervical con orificio fistuloso. Madrid: Dpto. Otorrinolaringología Fundación Jiménez Díaz; pp. 215-217.
9. Benson MT, Dalen K, Mancuso AA, Kerr HH, Cacciarelli AA, Mafee MF. Congenital anomalies of the branchial apparatus: embryology and pathologic anatomy. Radiographics. 1992; 12 (5): 943-960.
10. Vazquez E, Enriquez G, Castellote A, Lucaya J, Creixell S, Aso C et al. US, CT, and MR imaging of neck lesions in children. Radiographics. 1995; 15 (1): 105-122.
11. Gallego-Aranda I, Gete-García P, Ballesteros-García AI, Crespo Del Hierro J, Álvarez-Vicent JJ. Quiste branquial faríngeo: descripción de un caso clínico. Acta Otorrinolaringol Esp. 2002; 53: 50-53.