

Quiste de la segunda hendidura branquial

Paula Oleaga Gómez*, Enrique Díaz Gordo*, María del Pilar Cerdá Riche*, Karina Elizabeth Pillajo Cevallos*

*MIR Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: Paula Oleaga Gómez. paulaoleaga16@gmail.com.

RESUMEN

Introducción: Los quistes de la segunda hendidura branquial constituyen una dilatación quística del remanente de la segunda hendidura branquial debido a alteraciones en su desarrollo. Se manifiesta como una masa laterocervical e indolora localizada con mayor frecuencia en el espacio submandibular. Una detección temprana y manejo adecuado son fundamentales para evitar posibles complicaciones como la infección, la compresión de estructuras adyacentes y el riesgo de recurrencia.

Exposición del caso. Paciente de 11 años que acude al servicio de urgencias por una masa laterocervical izquierda de un mes de evolución que ha permanecido tras recibir tratamiento antibiótico durante 10 días. Niega síntomas B, clínica catarral previa, contacto con animales y viajes a destinos tropicales. Se realizó ecografía y tomografía computarizada (TC) cervical sin y tras administración de contraste con las que se diagnosticó un quiste de la segunda hendidura branquial. Posteriormente se decidió tratamiento quirúrgico.

Diagnóstico y discusión. El diagnóstico de estas lesiones se basa fundamentalmente en pruebas de imagen como ecografía, TC y resonancia magnética (RM), en las que se aprecia una masa quística, bien delimitada localizada con mayor frecuencia en el ángulo submandibular. A pesar de su baja incidencia, estas lesiones pueden presentar desafíos diagnósticos y terapéuticos, debido en parte a su asociación con otras condiciones médicas, por lo que resulta de gran importancia un adecuado diagnóstico diferencial.

PALABRAS CLAVE

Cuello, quiste, segunda hendidura branquial, ecografía, tomografía computarizada.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los quistes de la segunda hendidura branquial corresponden a dilataciones quísticas de restos embrionarios de dicha hendidura, que normalmente se cierra durante el desarrollo fetal. No obstante, en algunos casos, la hendidura no consigue cerrarse por completo, originando anomalías como quistes, fístulas o senos branquiales [1,3]. Dichas anomalías de la segunda hendidura branquial representan el 95% de las anomalías de las hendiduras branquiales, siendo, por lo tanto, las más frecuentes [1,3]. A pesar de tratarse de una anomalía congénita, tienden a manifestarse en la adolescencia y en la edad adulta temprana [1].

Por lo general, un quiste de la segunda hendidura branquial se manifiesta como una masa redondeada, indolora, compresible, de aproximadamente 1-10 cm de diámetro, que se localiza debajo del ángulo mandibular, anterior al músculo esternocleidomastoideo [1,3]. Sin embargo, en caso de padecer una infección de las vías respiratorias altas puede crecer y si se infecta, produciría dolor.

Comúnmente se localizan en el espacio submandibular, desplazando anteriormente la glándula submandibular, medialmente el espacio carotideo y posterolateralmente el músculo esternocleidomastoideo [3,6].

Su diagnóstico se basa fundamentalmente en pruebas de imagen como ecografía, tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) que permiten tanto evaluar la extensión de la lesión como establecer el diagnóstico. En algunos casos, se puede realizar una biopsia para descartar otras condiciones similares.

En el presente artículo se abordarán los hallazgos radiológicos típicos de esta patología en las diferentes

pruebas de imagen, así como su diagnóstico diferencial.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 11 años que acude al servicio de urgencias derivada por su pediatra por una adenopatía laterocervical izquierda, no dolorosa, de un mes de evolución, que fue tratada con una pauta de amoxicilina y posteriormente con pauta de cloxacilina. La paciente se encontraba asintomática, negando clínica catarral previa, síntomas B (pérdida de peso, sudoración nocturna y fiebre), picaduras y viajes a destinos tropicales. La paciente no presentaba antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Tras la valoración por el servicio de urgencias se solicitó una ecografía cervical en la que se apreció una lesión ovalada con ecos puntiformes en su interior, sin evidencia de flujo Doppler que mide aproximadamente 44mm de eje mayor x 17mm de eje anteroposterior localizada en la región submandibular izquierda. La lesión sufría deformaciones en su contorno interno con el latido de los vasos adyacentes. Por este motivo, se sospechó que no se trataba de una adenopatía, sino que podría corresponder a una estructura quística con contenido espeso (figura 1).

Se decidió completar el estudio con un TC Cervical sin y tras administración de contraste intravenoso donde se observó una lesión quística laterocervical izquierda, situada inmediatamente anterior al músculo esternocleidomastoideo, en íntimo contacto con la porción anterior de la glándula parótida izquierda y en contacto con estructuras vasculares laterocervicales izquierdas. La lesión presentaba unos bordes bien definidos con discreto engrosamiento periférico, aparentemente unicameral sin evidencia de septos que mostraba un mínimo realce periférico tras administración de contraste (figuras 2a, 2b, 2c y 2d). No se identificaron signos de inflamación en dicha zona. Por localización, aspecto y morfología de la lesión sugiere probable quiste de la segunda hendidura branquial izquierda tipo 2, sin asociar signos de complicación.

Finalmente, tras valoración por el otorrinolaringólogo se decide cervicotomía para exéresis quirúrgica de la lesión.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

Un quiste de la segunda hendidura branquial se manifiesta clínicamente como una masa redondeada e indolora [3]. Aunque son relativamente poco comunes, un diagnóstico y tratamiento adecuados son

fundamentales para evitar complicaciones posteriores como la infección, la compresión de estructuras adyacentes y el riesgo de recurrencia.

Con el fin de definir la ubicación anatómica de estas lesiones se desarrolló la clasificación de Bailey que divide las lesiones en cuatro categorías, de localización superficial a localización profunda. Tipo I: localizada entre el platismo y el músculo esternocleidomastoideo. Tipo II: espacio submandibular, entre el músculo esternocleidomastoideo y la glándula submaxilar. Tipo III: la lesión se extiende entre las arterias carótidas interna y externa. Tipo IV: localizado en el espacio parafaríngeo o espacio mucoso faríngeo que se abre hacia la orofaringe. Entre ellas, el tipo II es el más común [3,6,7].

Para su diagnóstico se utilizan diversas pruebas de imagen en las que destacan los siguientes hallazgos.

-Ecografía (figura 1): una evaluación ecográfica inicial es de gran utilidad para establecer la naturaleza quística de la lesión y para evaluar la presencia de componentes sólidos asociados que sugerirían otras patologías incluidas en el diagnóstico diferencial [3]. Con esta técnica, un quiste de la segunda hendidura branquial se aprecia como una lesión bien delimitada, con realce acústico posterior en el 70% de los casos y con paredes imperceptibles. Presentan una ecogenicidad variable, siendo con mayor frecuencia anecoicos [4,6].

-TC (figuras 2a, 2b, 2c, 2d): su ventaja reside en ofrecer una delimitación espacial superior. Asimismo, ayuda a definir el compartimento anatómico de la lesión [3]. Mediante esta técnica se observa una masa quística, bien delimitada, que no presenta realce tras administración de contraste intravenoso. En caso de que el quiste presentara datos de infección, la pared del mismo aumentaría de grosor, presentaría realce tras administración de contraste intravenoso y asociaría afectación de las partes blandas adyacentes a la lesión [5,6].

-RM: proporciona capacidades multiplanares y puede ayudar a la caracterización de tejidos blandos. Las imágenes potenciadas en T2 pueden ayudar a distinguir los componentes quísticos de los sólidos. Además, la utilización de agentes de contraste, como el gadolinio, ayuda a identificar posibles componentes sólidos dentro de una estructura quística [3]. Un quiste de la segunda hendidura branquial presenta una señal variable en función de su contenido proteico en las secuencias potenciadas en T1. Si su contenido proteico es elevado la señal puede ser hiperintensa en dichas secuencias, en cambio, si su contenido proteico es bajo

presentará una señal hipointensa. En las secuencias potenciadas en T2 aparece como una lesión hiperintensa. En secuencias potenciadas en T1 con administración de contraste no se observa realce salvo que el quiste se encuentre infectado [5, 6].

Dado que la presentación clínica habitual de esta patología es una masa quística en el cuello debemos incluir las siguientes patologías dentro del diagnóstico diferencial. En primer lugar, el higroma quístico que es frecuentemente multilocular. En segundo lugar, un quiste tímico que normalmente se encuentra centrado en el espacio visceral lateral, ocupando una posición inferior en la región cervical. En tercer lugar, un ganglio linfático reactivo benigno que aparece como una lesión sólida con realce central. Además, se debe incluir el schwannoma vagal quístico, definido como una lesión con pared gruesa que realza tras administración de contraste, localizada posterior al espacio carotídeo que comúnmente desplaza la vena yugular y la arteria carótida interna izquierdas. Por último, una adenopatía maligna necrótica, una lesión sólida o necrótica que presenta una pared gruesa que realza tras administración de contraste [2, 5, 6].

El diagnóstico de los quistes branquiales se basa fundamentalmente en pruebas de imagen como ecografía, TC y resonancia magnética, en las que se aprecia una masa quística, bien delimitada localizada con mayor frecuencia en el ángulo submandibular. A pesar de su baja incidencia, estas lesiones pueden presentar desafíos diagnósticos y terapéuticos, debido en parte a su asociación con otras condiciones médicas, por lo que resulta de gran importancia un adecuado diagnóstico diferencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harnsberger HR, Mancuso AA, Muraki AS, Byrd SE, Dillon WP, Johnson LP, Hanafee WN. Branchial cleft anomalies and their mimics: computed tomographic evaluation. *Radiology*. 1984; 152(3): 739-748.
2. Nakagawa T, Takashima T, Tomiyama K. Differential diagnosis of a lateral cervical cyst and solitary cystic lymph node metastasis of occult thyroid papillary carcinoma. *J Laryngol Otol*. 2001; 115(3): 240-242.
3. Lev S, Lev MH. Imaging of cystic lesions. *Radiol Clin North Am*. 2000; 38(5): 1013-1027.
4. Ahuja AT, King AD, Metreweli C. Second branchial cleft cysts: variability of sonographic appearances in adult cases. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2000; 21(2): 315-319
5. Harnsberger HR. Serie Radiología Clínica. Los 100 diagnósticos principales en cabeza y cuello. Madrid : Elsevier. 2004
6. Gaillard F, Walizai T, Ibrahim D, et al. Second branchial cleft cyst. Reference article, Radiopaedia.org [acceso Oct 2024]. Disponible en: <https://radiopaedia.org/articles/806>
7. Gaillard F, Deng F, Tatco V, et al. Bailey classification of second branchial cleft cysts. Reference article, Radiopaedia.org [acceso Oct 2024]. Disponible en : <https://doi.org/10.53347/rID-6320>

TABLAS Y FIGURAS

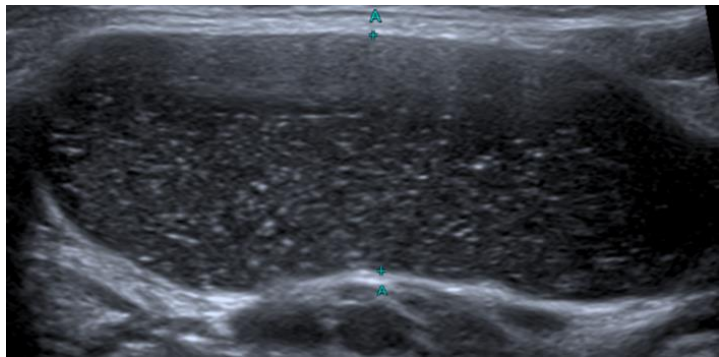
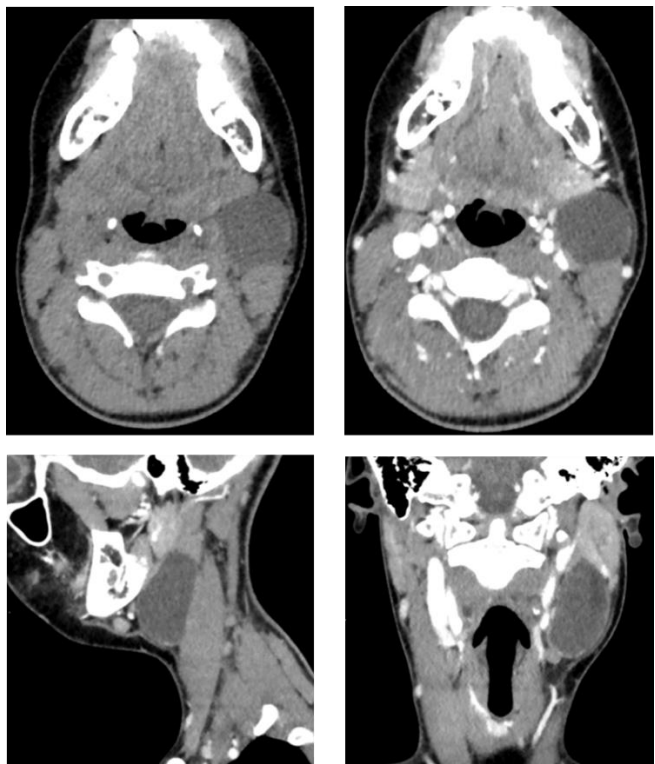


Figura 1. Ecografía cervical. Se aprecia una lesión ovalada de bordes bien definidos, con ecos puntiformes en su interior. *Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora.*



Figuras 2a, 2b 2c y 2d. **Figura 2a:** TC cervical sin administración de civ, corte axial. **Figura 2b:** TC cervical con administración de civ, corte axial. **Figura 2c:** TC cervical con administración de civ, corte sagital. **Figura 2d:** TC cervical con administración de civ, corte coronal. *Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora.*

Se observa una lesión quística bien definida con discreto engrosamiento periférico, aparentemente unicameral, que en la figura 2b presenta un mínimo realce periférico tras administración de contraste. Se localiza en la región laterocervical izquierda, anterior al músculo esternocleidomastoideo. Sugiere probable quiste de la segunda hendidura branquial izquierda tipo 2, sin asociar signos de complicación.