

## **CASO CLÍNICO**

# **QUISTE BRANQUIAL FARÍNGEO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO**

**I. GALLEGO ARANDA, P. GETE GARCÍA, A. I. BALLESTEROS GARCÍA, J. CRESPO DEL HIERRO, J. J. ÁLVAREZ VICENT**

SERVICIO ORL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCE DE OCTUBRE. MADRID.

---

## **RESUMEN**

**L**os quistes branquiales son anomalías del desarrollo del aparato branquial, siendo los más frecuentes los de segundo arco. Los localizados en la pared faríngea (tipo IV de Bailey) son extremadamente raros por lo que en su diagnóstico diferencial

se debe incluir aquellas lesiones tumorales benignas y malignas localizadas en la pared de la faringe. El tratamiento debe ser la extirpación completa del quiste vía externa cervical o peroral, para evitar recidivas.

**PALABRAS CLAVE:** Quistes branquiales. Faringe.

---

## **ABSTRACT**

### **PHARYNGEAL BRANCHIAL CYST: DESCRIPTION OF ONE CLINICAL CASE**

**B**ranchial cysts are abnormalities in the development of the branchial apparatus, being the more common ones those of the second arch. Cysts localized in the pharyngeal wall (Bailey's type IV) are extremely rare; therefore its differential

diagnosis should include all benign and malignant lesions that can be found in the pharyngeal wall. Treatment is the total excision of the cyst through per oral or external cervical approach in order to avoid recurrences.

**KEY WORDS:** Branchial cysts. Pharynx.

---

**Correspondencia:** Dra. Gallego Aranda. Servicio ORL. Hospital Universitario Doce de Octubre. Avda. Andalucía Km 5,4. 28041 Madrid.

**Fecha de recepción:** 26-6-2000

**Fecha de aceptación:** 10-7-2000

## INTRODUCCIÓN

Los quistes branquiales, senos y fístulas son anomalías congénitas del aparato branquial que se clasifican en de primer, segundo tercer o cuarto arco branquial, siendo más frecuentes los quistes y sobretodo los de segundo arco. Suelen localizarse a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y profundos a él<sup>1,2</sup>. Los quistes de segundo arco cercanos a la pared faríngea o en la región amigdalina son extremadamente raros<sup>1,3-7</sup>. Presentamos un caso de quiste branquial de segundo arco en pared faríngea izquierda en un varón joven.

## CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 34 años de edad que acude a nuestra consulta por presentar otalgia izquierda de 10 días de evolución, rinolalia y voz en-

golada así como tumoración cervical izquierda alta dolorosa a la palpación que no había cedido tras tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico. Entre sus antecedentes personales destacar que había sido amigdalectomizado en la infancia y que era alérgico a estreptomycin y procaína; resto sin interés. En nuestra exploración observamos por faringoscopia anterior un abombamiento de la pared amigdalina izquierda de mucosa lisa que ocupaba un tercio del istmo de las fauces. Por laringoscopia indirecta se confirmó que este abombamiento submucoso descendía hasta llegar a un centímetro de la epiglotis, siendo el resto de la exploración laríngea normal. La palpación del cuello reveló la existencia de una tumoración cervical izquierda subangulomandibular de aproximadamente 2 cm de diámetro mayor, blanda y dolorosa a la palpación pero sin fluctuación, así como una adenopatía derecha de características inflamatorias de 1 cm de diámetro mayor. Entre las pruebas complementa-

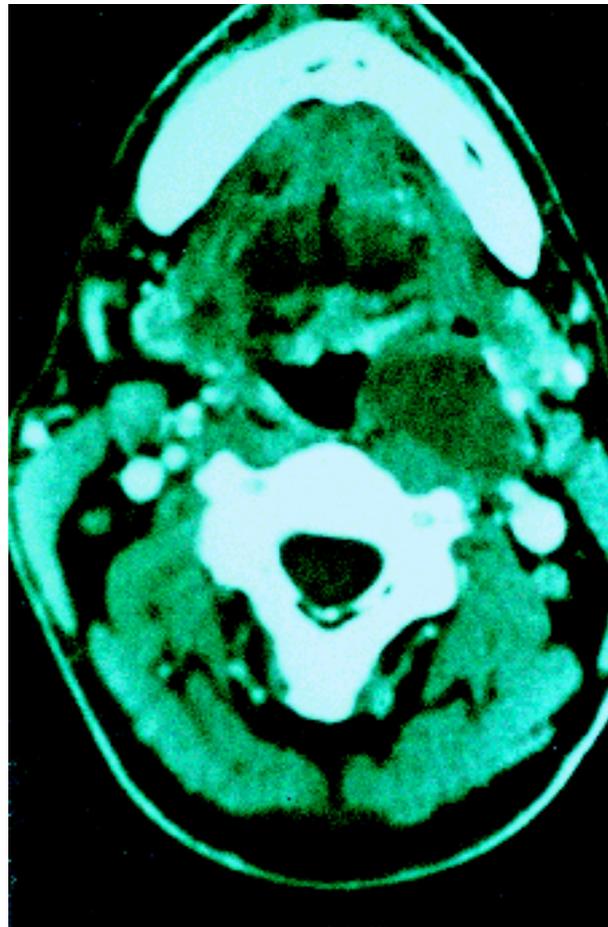
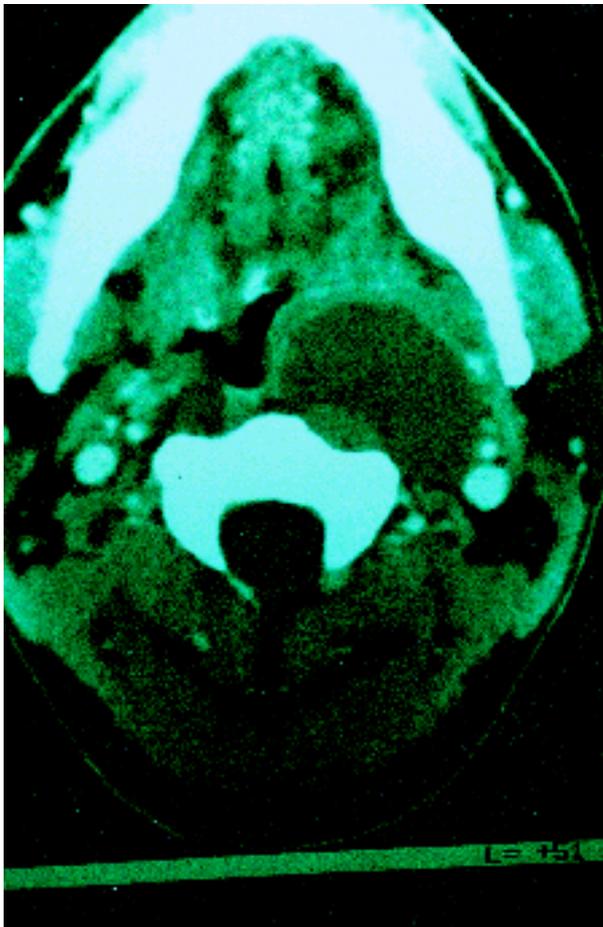


Figura 1 y 2. TAC cervical con contraste IV: se observa masa sin captación interna, bien definida en región orofaríngea que empuja al espacio parafaríngeo anterior y lateralmente.

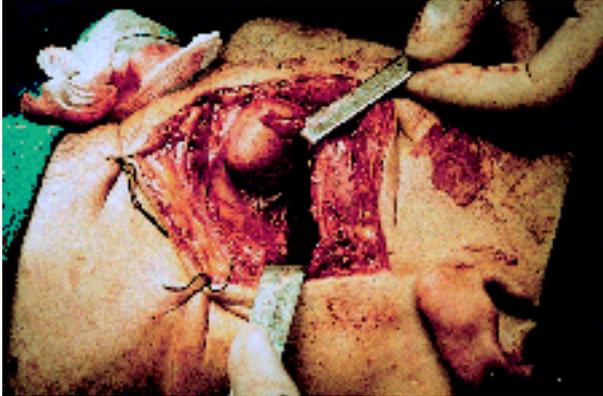


Figura 3. Imagen quirúrgica donde se observa la formación quística parcialmente extirpada por vía submandibular.



Figura 4. Imagen de la pieza quirúrgica extirpada tras vaciar su contenido.

rias que se realizaron destaca un TAC cervical con contraste en el cual se observó una tumoración ovalada lateral izquierda y submucosa en región de orofaringe, con un margen definido con captación periférica pero sin captación interna de contraste. Su eje mayor era de 4,5 cm aproximadamente y su patrón radiográfico podía corresponder a un neurilenoma o Schwannoma de área carotídea extendido al espacio submucoso de la orofaringe cuya vía aérea es desplazada y abombada (se descartó la posibilidad de un paraganglioma por la falta de captación interna de la tumoración típica de estos tumores). También se observaron múltiples adenopatías cervicales derechas de carácter inespecífico. Se realizó asimismo una PAAF de área parafaríngea izquierda vía transoral, que fue congruente con el diagnóstico de quiste branquial. Con este diagnóstico se realiza extirpación quirúrgica, bajo anestesia general, por vía externa a través de una incisión submandibular izquierda, resecando una masa

quística parafaríngea izquierda que al romperse drenaba un contenido sebáceo amarillento.

El informe anatomopatológico de la pieza fue de quiste branquial. El paciente evolucionó de forma favorable desapareciendo la clínica previa.

## DISCUSIÓN

El quiste branquial es una patología relativamente común, de etiología discutida; por ello se han descrito varias teorías para intentar explicar la aparición de estos quistes. La primera, la más aceptada por la mayoría de los autores, explica su existencia como derivados del aparato branquial (Hosemann y Wigand, 1988); el aparato branquial se desarrolla de la tercera a la séptima semanas 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 quistes y fistulas son el resultado de la falta de cierre o resolución de éstos, siendo más frecuentes las de segundo arco debido a que es el que persiste más tiempo en el desarrollo embriológico<sup>9</sup>. 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<sup>10</sup>. Existe una tercera teoría que determina el posible origen de estos quistes al tejido parotídeo basándose en el hallazgo de tejido parotídeo glandular en el interior de los quistes extirpados<sup>11</sup>. La teoría más aceptada por la mayoría de los autores es la primera, derivados 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 (tabla 1), siendo el tipo IV extremadamente raro y de probable origen en un remanente del conducto faríngeo interno primitivo; la pared del quiste probablemente deriva del endodermo<sup>1</sup>. Clínicamente los de localización faríngea provocan síntomas orofaríngeos por su localización como disfagia, sensación de cuerpo extraño, rinolalia o voz engolada asociado 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, rabdomyosarcoma, linfoma, paragangliomas y neurinomas<sup>2</sup>.

**Tabla 1: 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 platisma.
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 carótida externa e interna, extendiéndose a la faringe.
Tipo IV	Crece en la pared de la faringe.

El diagnóstico de sospecha puede realizarse por pruebas de imagen, en el TAC como una imagen

de masa hipocaptante con realce periférico o capsulado y en RMN apareciendo una formación quística hiperintensa en T1 si presentan contenido líquido o hemorrágico con una pared bien definida sin realce periférico si no ha existido previamente infección<sup>6</sup>. El diagnóstico definitivo siempre es dado por el estudio anatomopatológico de la pieza tras su extirpación quirúrgica, aunque en ocasiones la PAAF puede acercarnos a un diagnóstico prequirúrgico sobre todo cuando la masa protruye en la pared faríngea y realizamos la punción por la cavidad oral como en este caso. El tratamiento más idóneo es su extirpación quirúrgica completa para evitar recurrencias; por vía externa cervical como en nuestro caso o por vía transoral como está descrito en otros casos, aunque esta última aún poco extendida<sup>1,6</sup>.

## REFERENCIAS

- 1.- Takimoto T, Akemoto Y, Umeda R. Pharyngeal cyst arising from second brachial cleft. *J Laryngol Otol* 1989; 103: 964-5.
- 2.- Cerezal L, Morales C, Abascal F, Usamentiaga E, Canga A, Olcinas O, et al. Pharyngeal brachial cyst: magnetic resonance findings. *European Journal of Radiology* 1998; 29: 1-3.
- 3.- Shidara K, Uruma T, Yasuoka Y, Kamei T. Two cases of nasopharyngeal brachial cyst. *J Laryngol Otol* 1993; 107: 453-5.
- 4.- Thaler ER, Tom EW, Handler SD. Second branchial cleft anomalies presenting as pharyngeal masses. *Otolaryngol Head and Neck Surgery* 1993; 109: 941-4.
- 5.- Takimoto T, Itoh M, Furukawa M, Sakano K, Sakashita H, Iwawaki J, et al. Brachial cleft (pouch) anomalies: a review of 42 Cases. *Auris Nasus Larynx* 1991; 18: 87-92.
- 6.- Dilkes MG, Chapman J, Stafford ND. Peroral excision of a brachial cyst. *J Laryngol Otol* 1990; 104: 143-4.
- 7.- Boysen ME, De Besche A, Djupesland G, Thorad E. Internal cysts and fistulae of brachial origin. *J Laryngol Otol* 1979; 93: 533-9.
- 8.- Horsemann W, Wigand ME. Are brachial cyst true derivatives of cervical lymphadenitis. *Hals-Nasen-Ohrenklinik der Universitat Erlangen-Nurnberg* 1988; 36: 140-46.
- 9.- Proctor B, Proctor C. Congenital lesions of the head and neck. *Otolaryngologic Clinics of North America* 1970; 3: 221-248.
- 10.- Wild G, Mischke D, Lobeck H, Kastenbauer E. The lateral cyst of the neck. Congenital or acquired? *Acta Otolaryngologica (Stockh)* 1987; 103: 546-550.
- 11.- Bhaskar S N, Bernier, JL. Histogenesis of brachial cysts, a report of 468 cases. *American Journal of Pathology* 1959; 35: 407-23.
- 12.- Bailey H. The clinical aspects of brachial cyst. *Br J Surg* 1933; 10: 173-82.
- 13.- Proctor B. Lateral vestigial cysts and fistulas of the neck. *Laryngoscope* 1955; 65: 355-401.