

Quiste de primer arco branquial intraparotídeo: complejo proceso diagnóstico y terapéutico

R. Gilabert Rodríguez¹, B. Berenguer², B. González Meli², C. Marín Molina², E. de Tomás Palacios², G. Buitrago Weiland³, A. Aguado del Hoyo³

¹Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. H.U. Virgen del Rocío. ²Cirugía Plástica Infantil, ³Radiología. H.U. Gregorio Marañón.

RESUMEN

Los quistes branquiales del primer arco son infrecuentes. Por este motivo, unido a su clínica y edad de aparición variables, a menudo se realizan diagnósticos primarios erróneos. El tratamiento es quirúrgico, requiriéndose un correcto procedimiento para evitar futuras recidivas. En este trabajo describimos un caso típico de quiste de primer arco branquial intraparotídeo en el que, al igual que en otros casos publicados, se realizaron al principio varios diagnósticos erróneos y por tanto un tratamiento inadecuado. Finalmente, con el diagnóstico correcto se llevó a cabo una metódica extirpación completa bajo monitorización del nervio facial.

PALABRAS CLAVE: Quiste de primer arco branquial; Quiste intraparotídeo; Tumores parotídeos en niños.

INTRAPAROTID FIRST BRANCHIAL ARCH CYST: COMPLEX DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC PROCESS

ABSTRACT

First branchial arch cysts are uncommon. Therefore, together with its variable clinical and age presentation they are often misdiagnosed at first. The treatment is surgical, requiring a correct procedure to avoid future recurrences. In this paper we describe a typical case of first branchial arch cyst in which as described in other reports, we first made several misdiagnoses and therefore an inadequate treatment and lastly, with the correct diagnosis, we performed a meticulous complete excision under facial nerve monitoring.

KEY WORDS: First branchial arch cyst; Intraparotid cyst; Parotid tumors in children.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones cervicales son un motivo frecuente de consulta en edad pediátrica. Los quistes derivados de los arcos bran-

quiales son lesiones congénitas resultado de anomalías de cierre y reabsorción de cualquiera de los arcos y hendiduras branquiales primitivas⁽¹⁾. Suelen ser quistes cerrados, aunque en ocasiones pueden venir acompañados de una fístula. Son los segundos en frecuencia detrás de los quistes del conducto tirogloso. La posición del quiste depende de la relación con cada arco branquial^(2,3).

Los quistes del primer arco son muy infrecuentes (5-8% del total de quistes de los arcos branquiales, frente al 90% de los de segundo arco). Se localizan cercanos a la glándula parotídea y al oído externo. Se han clasificado en cuatro grupos según su localización. El tipo I se ubica frecuentemente en la parte pósteroinferior del lóbulo de la oreja, el tipo II se localiza en el ángulo de la mandíbula o en la parótida y los tipos III y IV afectan al seno piriforme y son muy raros (alrededor del 1%)⁽²⁾. Los quistes tipo II se asocian a trayectos fistulosos que suelen estar en estrecha relación anatómica con el nervio facial.

A veces son difíciles de diferenciar de adenopatías o de otras masas cervicales, sobre todo si están infectados. Generalmente, se presentan como una tumoración periauricular o cervical y pueden o no tener trayecto fistuloso. Al igual que los quistes tiroglosos, pueden manifestarse a cualquier edad, aunque la mayoría se diagnostican en las primeras dos décadas de la vida; el diagnóstico es más sencillo cuando existe fístula asociada. El primer síntoma puede ser la sobreinfección de este conducto. El tratamiento es quirúrgico.

En este trabajo describimos el complejo proceso diagnóstico y terapéutico de un caso de quiste de primer arco branquial intraparotídeo o quiste de primer arco tipo II.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una niña tratada en Cirugía Plástica Infantil del Hospital Gregorio Marañón. Consultó a la edad de 8 años por presentar una tumoración de gran tamaño (7 cm de diámetro mayor) en la región parotídea derecha, de poco tiempo de evolución (Fig. 1), y que parecía originarse en el

Correspondencia: Dra. Beatriz Berenguer. Cirugía Plástica Infantil. H.U. Gregorio Marañón. C/ Dr. Esquerdo, 46. 28007 Madrid
E-mail: beaberenguer@gmail.com

Recibido: Junio 2012

Aceptado: Mayo 2013



Figura 1. Aspecto de la lesión en la primera consulta

lóbulo posterior de la glándula parótida, extendiéndose hacia el cuello y la región retroauricular.

La lesión era discretamente dolorosa a la palpación, firme, con una zona central fluctuante y con la piel levemente enrojecida. En un primer momento se diagnosticó de absceso. Se realizó una ecografía, que se informó como: conglomerado adenopático, de 4 cm de diámetro transversal máximo, hipocóico, con desestructuración interna por presentar áreas anecóicas en su interior, y escasamente vascularizado. Según estos hallazgos se aconsejó biopsia para descartar un proceso linfoproliferativo.

Se realizó una primera intervención en la que se drenó abundante material sebáceo-purulento, con la impresión clínica de quiste sebáceo abscesificado. Se lavó la cavidad y se dejó un drenaje para cierre por segunda intención.

Tras 4 meses de aparente mejoría, la paciente consultó de nuevo por drenaje de material a través de un poro en el surco retroauricular. Fue diagnosticada de fístula retroauricular residual y se realizó una fistulectomía a los 5 meses de la primera intervención.

Dos años después la paciente acudió de nuevo por una incipiente tumoración en la misma localización original. Se decidió realizar un estudio de imagen con RM (Fig. 2) que indicó la presencia en la porción más craneal y posterior del lóbulo profundo de la glándula parótida derecha de una lesión de márgenes bien definidos aunque de morfología irregular con unas medidas aproximadas de 14 mm en el plano transversal por 7 mm en el plano anteroposterior, con un trayecto fistuloso que desembocaba en la región retroauricular. Se filió entonces como con fístula-quiste del primer arco branquial tipo II (intraparotídeo).

Se realizó una tercera intervención quirúrgica en la que, mediante monitorización del nervio facial con neuroestimulador y a través de una incisión periauricular derecha con extensión cervical, se realizó una disección retrógrada de las ramas mandibular, bucales y orbitaria del nervio facial derecho hasta el tronco nervioso a nivel de salida de orificio estilomastoideo (Fig. 3). Una vez identificadas y disecadas las ramas del nervio facial se realizó un sondaje y tinción con azul de metileno del



Figura 2. RM: la flecha señala la lesión hiperintensa en T2. Está situada en el lóbulo profundo de la parótida izquierda, es bien definida pero polilobulada y con un trayecto fistuloso. Diagnóstico: quiste de primer arco branquial intraparotídeo tipo II.

complejo entramado fistuloso, que se imbricaba entre las ramas nerviosas y del bolsón quístico intraparotídeo. La disección y extirpación de la lesión se realizó abriendo las paredes de la misma, porque los restos de material sebáceo y la tinta facilitaban la identificación de las múltiples y tortuosas ramificaciones. La paciente evolucionó bien. Actualmente la secuela cicatricial es prácticamente inapreciable, su mímica facial es normal (Fig. 4) y no ha presentado recidiva en dos años de seguimiento.

DISCUSIÓN

Hunczowski describió el quiste de primer arco branquial en 1789. El primer quiste branquial de la glándula parótida fue descrito por Hildebrandt en 1895⁽¹⁻³⁾.

El realizar un diagnóstico y tratamiento correctos de las tumoraciones de la parótida y del cuello puede ser difícil para el cirujano, incluso después de una evaluación clínica completa.

El diagnóstico diferencial incluye lesiones congénitas o adquiridas, inflamatorias o tumorales. Habitualmente la historia y exploración clínica ayudan en esta diferenciación.

El diagnóstico clínico puede complicarse, como en nuestro caso, porque los quistes de arcos branquiales, que están presentes desde el nacimiento, pueden permanecer silentes durante mucho tiempo y no manifestarse hasta años después, cuando el aumento de tamaño por acúmulo de secreción en su interior los hace palpables o se tornan sintomáticos por sobreinfección. Es por este motivo por el que suelen diagnosticarse erróneamente como quistes sebáceos (como en nuestro caso) o como acné quístico⁽⁴⁾. Una exploración cuidadosa de la región periauricular detecta en la mayoría de los casos la fístula por la que puede drenar pus⁽⁵⁾. Nuestra paciente no refería drenaje de material en la visita inicial y a la exploración

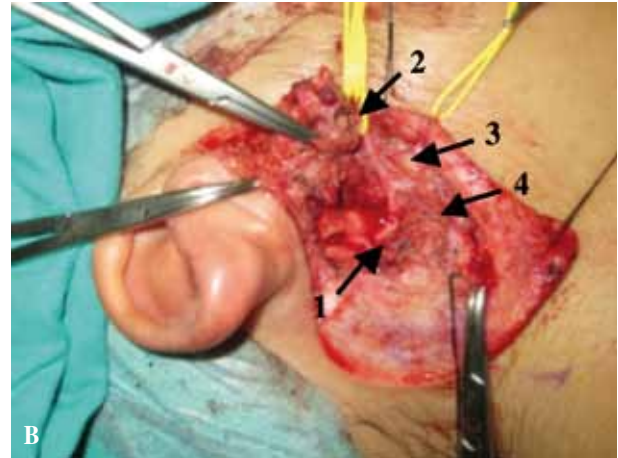


Figura 3. Aspecto intraoperatorio. A) Amplio abordaje quirúrgico pre y retroauricular y colocación de electrodos para la neuroestimulación. B) Dissección del quiste conservando el nervio facial. Las flechas señalan el tronco en la salida del orificio estilomastoideo (1) y las principales ramas: orbitofrontal (2), bucal (3) y marginal mandibular (4).



Figura 4. Imagen postoperatoria en la que se aprecia sonrisa simétrica por integridad del nervio facial.

no se observó ningún orificio cutáneo, aunque no se exploró el conducto auditivo externo.

En casos de duda deben solicitarse estudios de imagen y/o histológicos. La ecografía es la prueba más coste-efectiva en niños y fue la que se solicitó inicialmente. El informe de proceso linfoproliferativo, contribuyó a confundir el diagnóstico. Numerosos trabajos describen también esta posible confusión radiológica, especialmente si el quiste de primer arco está infectado^(2,4).

Hay que tener en cuenta la posibilidad de un tumor maligno, porque aunque los tumores de glándulas salivares en niños son mucho menos frecuentes que en adultos, su tasa de malignidad es mucho mayor y el 80% de ellos afectan a la parótida⁽⁶⁾.

El diagnóstico diferencial de los quistes congénitos del primer arco branquial en los niños incluye además: malformaciones vasculares, linfadenopatías reactivas y tejido ectópico de glándulas salivales o de tiroides⁽⁷⁾.

La extirpación completa es el único tratamiento para las fístulas, y cualquier lesión residual tiene una probabilidad de recidiva que varía desde el 3% en los casos primarios hasta el 20% en los casos secundarios (ya recidivados previamente)⁽⁸⁾.

El caso que presentamos recidivó tras la primera cirugía en la que solo se realizó drenaje, sin extirpación de la lesión, y recidivó tras la segunda cirugía porque solo se extirpó la fístula principal, sin incluir todas las ramificaciones ni el bolsón quístico intraparotídeo.

Debido a la localización intraparotídea y a la posible complejidad morfológica de los quistes de primer arco branquial tipo II, es recomendable realizar su extirpación bajo monitorización nerviosa⁽⁹⁾, utilizando abordajes amplios y con ayuda de óptica de aumento. Se trata de dissecciones difíciles y meticulosas, que deben planificarse con tiempo suficiente. La extirpación del quiste y sus posibles trayectos fistulosos puede realizarse desde su cara externa, o como en este caso, en el que tras la infección la lesión se delimitaba muy mal de los tejidos circundantes, siguiendo el interior de las paredes que se reconocen bien por los restos de material de secreción ectodérmica o por la tinción azul de una inyección previa.

Según la literatura, estos errores diagnósticos y terapéuticos son frecuentes en los quistes de primer arco branquial, por lo que consideramos oportuno este pequeño recordatorio para evitarlos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gollidge J, Ellis H. The aetiology of lateral cervical (branchial) cysts: past and presents theories. *J Laryngol Otol.* 1994; 108: 653-9.
2. Johnson JM, Moonis G, Green GE, Carmody R, Burbank HN. Syndromes of the first and second branchial arches, part 1: embryology and characteristic defects. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2011; 32:14-9.

3. Johnson JM, Moonis G, Green GE, Carmody R, Burbank HN. Syndromes of the first and second branchial arches, part 2: syndromes. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2011; 32: 230-7.
4. Koeller KK, Alamo L, Adair CF, Smirniotopoulos JG. Congenital cystic masses of the neck: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics.* 1999; 19: 121-46; quiz 152-3.
5. Sendra Tello J, Plaza Mayor G, Navas Molinero C, Raboso García-Baquero E, Martínez Vidal A, Vázquez Carnero R. Congenital anomalies of the first branchial cleft. Retrospective study. *An Otorrinolaringol Ibero Am.* 2001; 28: 407-18.
6. Córdoba F, Piñera JG, De La Torre JP, París OS, Villodres RP, Lillo ML. Parotid gland's tumors in children. *Cir Pediatr.* 2008; 21: 27-31.
7. Koch BL. Cystic malformations of the neck in children. *Pediatr Radiol.* 2005; 35: 463-77.
8. D'Souza AR, Uppal HS, De R, Zeitoun H. Updating concepts of first branchial cleft defects: a literature review. *Int J Pediatric Otorhinolaryngol.* 2002; 62: 103-9.
9. Isaacson G, Martin WH. First branchial cleft cyst excision with electrophysiological facial nerve localization. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000; 126: 513-6.