

Quiste branquial parafaríngeo, una rara entidad de etiología benigna

Branchial cyst of the parapharyngeal space; a rare case report

RESUMEN

El quiste branquial derivado de la segunda hendidura branquial se puede localizar desde la fosa tonsilar hasta el área supraclavicular. Habitualmente se relaciona con el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y/o con los grandes vasos del cuello. La aparición de un quiste branquial en el espacio parafaríngeo es extremadamente raro.

PALABRAS CLAVE:

Quiste braquial parafaríngeo.

SUMMARY

The second branchial cleft cyst may arise anywhere from the tonsillar fossa to the supraclavicular area. It usually relates with the anterior border of the sternocleidomastoid muscle or/ and with the vessels of the neck. Occurrence of the second branchial cleft cyst in the parapharyngeal space is extremely uncommon.

KEY WORDS:

Branchial cyst of the parapharyngeal space.

Introducción

Los quistes branquiales son malformaciones congénitas que aparecen por la resolución incompleta de los remanentes branquiales. Aproximadamente el 90% de dichas lesiones derivan de la segunda hendidura branquial, manifestándose clínicamente entre los 10 y los 40 años con una tumoración fluctuante que se encuentra en el borde anterior del esternocleidomastoideo y el ángulo mandibular. Sin embargo, pueden aparecer en cualquier lugar desde la fosa amigdalal hasta la piel; incluso se han descrito casos de localización nasofaríngea¹. No obstante, la localización parafaríngea es muy rara². En cuanto a diagnósticos diferenciales cabe destacar el schwannoma parafaríngeo, el tumor de glándula salival menor y las anomalías carotídeas, todos ellos con distinta entidad radiológica.

El espacio parafaríngeo es un espacio profundo del cuello en forma de triángulo invertido, que se extiende desde la base del cráneo hasta el hueso hioides, se relaciona con los grandes vasos del cuello y está dividido en dos partes por la apófisis estiloideas. El espacio preestiloideo se caracteriza por presentar tumores de glándulas salivares menores y el espacio postestiloideo presenta tumores neurogénicos.

Se presenta una paciente de 30 años con un quiste branquial a nivel parafaríngeo preestiloideo cuya exéresis se realizó mediante mandibulotomía de abordaje.

Caso Clínico

Paciente de 30 años que presenta tumoración parafaríngea derecha. A la exploración: tumoración que ocupa la pared posterior faríngea derecha desplazando a la amígdala. La paciente refiere apneas del sueño. La Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF) es concordante con citología benigna. En la Tomografía computarizada (TC) se aprecia una lesión quística de unos 6 x 3,5 x 3 cm de diámetro situada por detrás de la musculatura pterigoidea y de la glándula submaxilar derecha, que se encuentra en relación con los grandes vasos, desplazando el espacio parafaríngeo derecho (Fig. 1A y 1B).

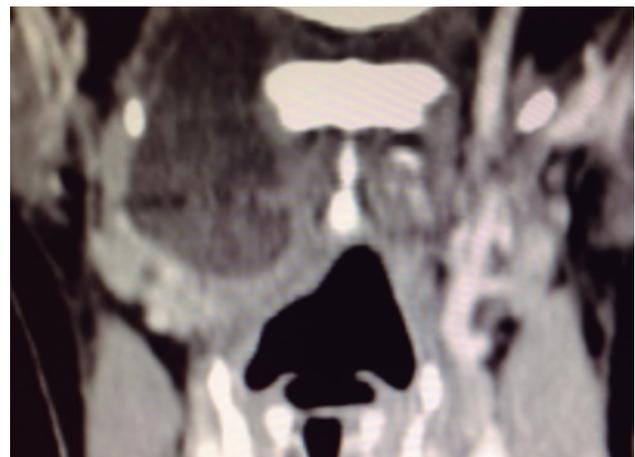


Figura 1A: Imágenes del TC en el plano coronal. Afectación parafaríngea.

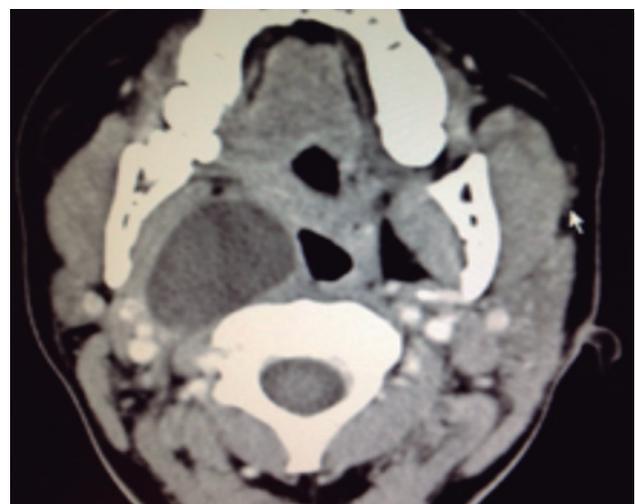


Figura 1B: Imágenes del TC en el plano axial. Relación con los grandes vasos; afectación en orofaringe.

En Febrero de 2015 se interviene bajo anestesia general realizándose exéresis de la tumoración quística mediante mandibulotomía de abordaje asociada a cervicotomía para control de grandes vasos cervicales (Fig. 2).

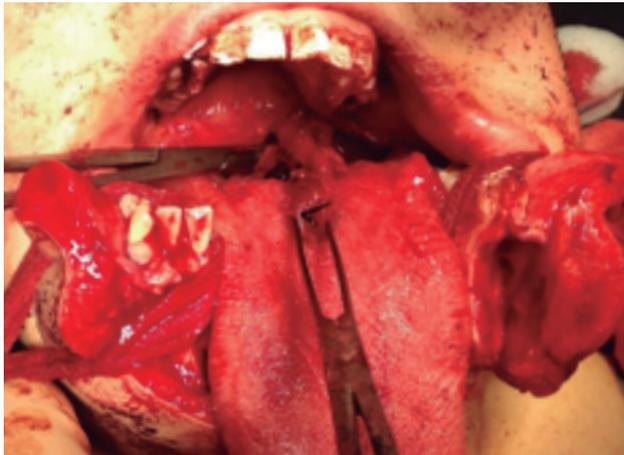


Figura 2: Imagen de la mandibulotomía de abordaje con descarga cervical.

La Anatomía Patológica fue de quiste branquial (Fig. 3A) y la exéresis del quiste fue completo (Fig. 3B). Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento ambulatorio, sin episodios de apnea y sin signos de recidiva.

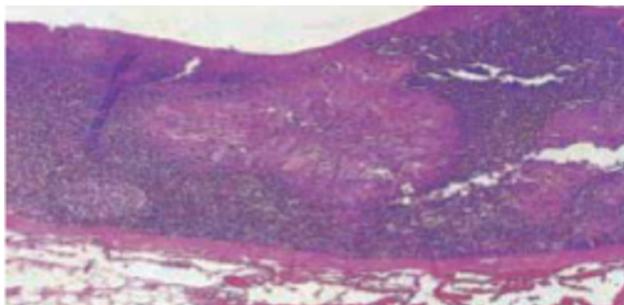


Figura 3A: Imagen anatomopatológica del quiste branquial.

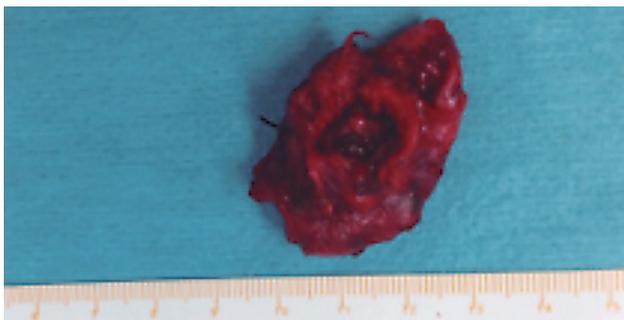


Figura 3B: Imagen de la pieza tras la exéresis completa.

Discusión

Las neoplasias a nivel parafaríngeo son entidades raras y representan aproximadamente el 0,5% de las neoplasias de cabeza y cuello³. Aproximadamente el 40-50% de las masas a nivel parafaríngeo derivan de glándulas salivares, otras lesiones comunes en dicho espacio son los tumores neurogénicos (17-25%) y los paragangliomas (10-15%)⁴.

El tracto generado por la segunda hendidura branquial va desde el borde anterior del esternocleidomastoideo, pasando entre la arteria carótida interna y externa, superficial a los pares craneales IX y XII hasta llegar a la fosa tonsilar⁵.

Bailey⁶ clasificó los quistes braquiales derivados de la segunda hendidura branquial en cuatro tipos. El tipo I se presenta debajo del platismo y de la fascia cervical, anterior al músculo esternocleidomastoideo. El tipo II es el más común y se relaciona con los grandes vasos. El tipo III se localiza entre los grandes vasos y se extiende hacia el espacio parafaríngeo. El tipo IV se encuentra profundo a la arteria carótida interna y externa y se origina del remanente de la bolsa faríngea.

El diagnóstico radiológico es imprescindible para conocer tanto la localización, el tamaño y las estructuras con las que se relaciona como para establecer un primer diagnóstico diferencial⁷.

El tratamiento definitivo es la extirpación completa del quiste. Existen diferentes abordajes: transoral, transcervical, transparotídeo, transmandibular (asociado a una cervicotomía). La principal complicación del abordaje transoral es la dificultad en el control de una hemorragia así como un elevado número de recurrencias. El abordaje transparotídeo y transmandibular presenta peores resultados estéticos con posibilidad de lesión el nervio facial, lingual y/o hipogloso⁸. En el caso de que el quiste llegue a la base del cráneo, el abordaje transmandibular y cervical es el aconsejado. Para algunos autores el abordaje de elección al espacio parafaríngeo^{9,10} es el transmandibular y transcervical ya que permite una adecuada exposición y control de las estructuras neurovasculares en comparación con el abordaje transparotídeo propuesto por Olse et al¹¹.

Conclusiones

El quiste branquial es un tipo de tumoración congénita que se relaciona con los grandes vasos del cuello. Su localización más frecuente está en relación con el ECM siendo muy rara la localización parafaríngea. El tratamiento de elección es la exéresis completa para evitar el riesgo de recidivas.

Bibliografía

1. Bhaskar S, Brenier JL Histogenesis of branchial cysts: a report of 486 cases. *Am J Pathol*: 1958; 35: 407-423.
2. Gupta M, Gupta M. A rare parapharyngeal space branchial cleft cyst. *BMJ Case Rep*. 2013; 29; 2013. pii: bcr2013008952. doi: 10.1136/bcr-2013-008952.
3. Carrau RL, Myers EN, Johnson JT Management of tumors arising in the parapharyngeal space. *Laryngoscope*: 1990; 100: 583-589.
4. Taylor JN, Burwell RG Branchigenic nasopharyngeal cysts. *J Laryngol Otol*: 1954; 68: 667-679.
5. Papay FA, Kalucis C, Eliachar I, et al. Nasopharyngeal presentation of second branchial cleft cyst. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;110:232-4.
6. Bailey H. Branchial cysts and other essays on surgical subjects in the facio-cervical region. London: Lewis, 1929.
7. Som PM, Sacher M, Stollman AL, et al. Common tumors of the parapharyngeal space: refined imaging diagnosis. *Radiology* 1988;169:81-5.
8. Bass RM Approaches to the diagnosis and treatment of tumors of the parapharyngeal space. *Head Neck Surg*: 1982; 4: 281-289.
9. Chabot M, Fradet G, Thériault R, Morrissette YP The excision of branchial parapharyngeal cysts by transbuccal or cervical approach. *J Otolaryngol*: 1996; 25: 108-112.
10. Piccin O, Cavicchi O, Caliceti U. Branchial cyst of the parapharyngeal space: report of a case and surgical approach considerations. *Oral Maxillofac Surg*. 2008; 12(4):215-7. doi: 10.1007/s10006-008-0132-6.
11. Olsen KD Parapharyngeal space tumors. In: Gates GA (ed) *Current therapy in otolaryngology head and neck surgery*. Mosby, St Louis: 1993; p 243.