

Diagnóstico y tratamiento de las masas quísticas del cuello

Cap. M.C Mario Ernesto **Trinidad Méndez***, Mayor M.C Adelaido **López Chavira****

Hospital Central Militar. Ciudad de México

RESUMEN. Se trata de una revisión de los pacientes atendidos por masas quísticas de cuello de enero de 1994 a mayo de 1999. Se incluyeron 104 pacientes, 60 de los cuales fueron del sexo masculino y 44 femeninos. Fueron excluidos los pacientes con patología tiroidea. En todos se registró edad, sexo, matrícula, fecha de ingreso y egreso, cirugías previas por la misma lesión, estudios realizados, tratamiento, diagnóstico histopatológico, tratamiento establecido y complicaciones postquirúrgicas. Las lesiones se clasificaron de acuerdo con su etiología en congénitas, inflamatorias y neoplásicas. El 66.3% (69) correspondió a etiología congénita, el 27% (29) de origen inflamatorio y el 5.8% (6) neoplásico. De las congénitas, las lesiones predominantes fueron el quiste tirogloso (20.1%) y el higroma quístico (12.5%). Se afectó con más frecuencia el hemicuello derecho, siendo el tamaño promedio de la lesión 3 cm (1-15 cm). El 96.2% se manejó quirúrgicamente y el 3.8% recibió tratamiento médico. Se registró una frecuencia del 4% de complicaciones postquirúrgicas. La tasa de recurrencia obtenida fue del 8.7% que correspondió a los casos de lesiones congénitas con antecedente de cirugía previa por la misma causa.

Palabras clave: cuello, tumor, masa, congénita, cirugía, inflamación.

Las masas del cuello pueden presentarse de diferentes formas, variando en su ubicación, tamaño, consistencia y contenido; muchas de ellas las encontramos de forma quística, cuando se trata de estas últimas, estamos obligados a pensar en una diversidad de entidades clínicas que pueden manifestarse de esta manera, entre ellas tenemos: los quistes branquiales, quistes tiroglosos, quistes dermoides, linfangiomas o higromas quísticos, adenitis cervical de origen bac-

SUMMARY. This is a series of 104 patients (60 male and 44 female) who were admitted from January 1994 to May 1999 because of cystic masses in the neck, with exception of those who had tumors of the thyroid gland. A complete clinical history was carried out, emphasizing past data of neck tumors, as well as their surgery and complications. Masses were classified as congenital, inflammatory and tumoral. Results demonstrated a highest frequency for congenital diseases with 69 cases (66.3%), while 29 (27.3%) were inflammatory and 6 (5.8%) were tumoral. More frequent congenital masses of the neck were thyroglossus cyst (20.1%) and cystic hygroma (12.5%). Right side of the neck was more often affected and tumoral lesions sized from one to 15 cm (average 3 cm). Excision surgery was advised in 96.2% of the cases and only 3.8% were conservatively treated. Postoperative complications occurred in 4% and relapsing of tumors occurred in 8.7% which was more frequent in those cases who had previous surgery for the same cause.

Key words: neck, tumor, mass, congenital, surgery, inflammation.

teriano, viral o fímico, laringoceles, quistes saculares, abscesos retrofaríngeos, linfadenopatía metastásica y nódulos tiroideos,³ estos últimos no han sido incluidos en este trabajo debido a que por su naturaleza, comportamiento y extensión merecen un tópico aparte.

En el abordaje diagnóstico de toda masa quística de cuello deberán ser considerados varios factores que ayudarán a determinar la probable causa, deberá documentarse la forma de apareamiento, la evolución, sexo, edad y sintomatología del paciente así como las características propias de la masa antes mencionada, lo que orientará sobre la probable etiología, así podrá determinarse si es de origen infeccioso, congénito o neoplásico; por lo tanto el médico que se enfrenta a esta clase de padecimientos deberá estar familiarizado con la embriología y anatomía de la región para poder estar en capacidad de brindar un diagnóstico temprano y un tratamiento apropiado.

Las lesiones quísticas pueden tomar diferentes localizaciones en el cuello, las podemos hallar en la región lateral o

* Médico Residente de la Especialidad de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello de la Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

** Médico adscrito al Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Central Militar.

Correspondencia:

Cap. M.C. Mario Ernesto Trinidad Méndez
Golfo de San Jorge No. 9. Int. 101
Colonia Popotla. C.P. 11400. México, D.F.

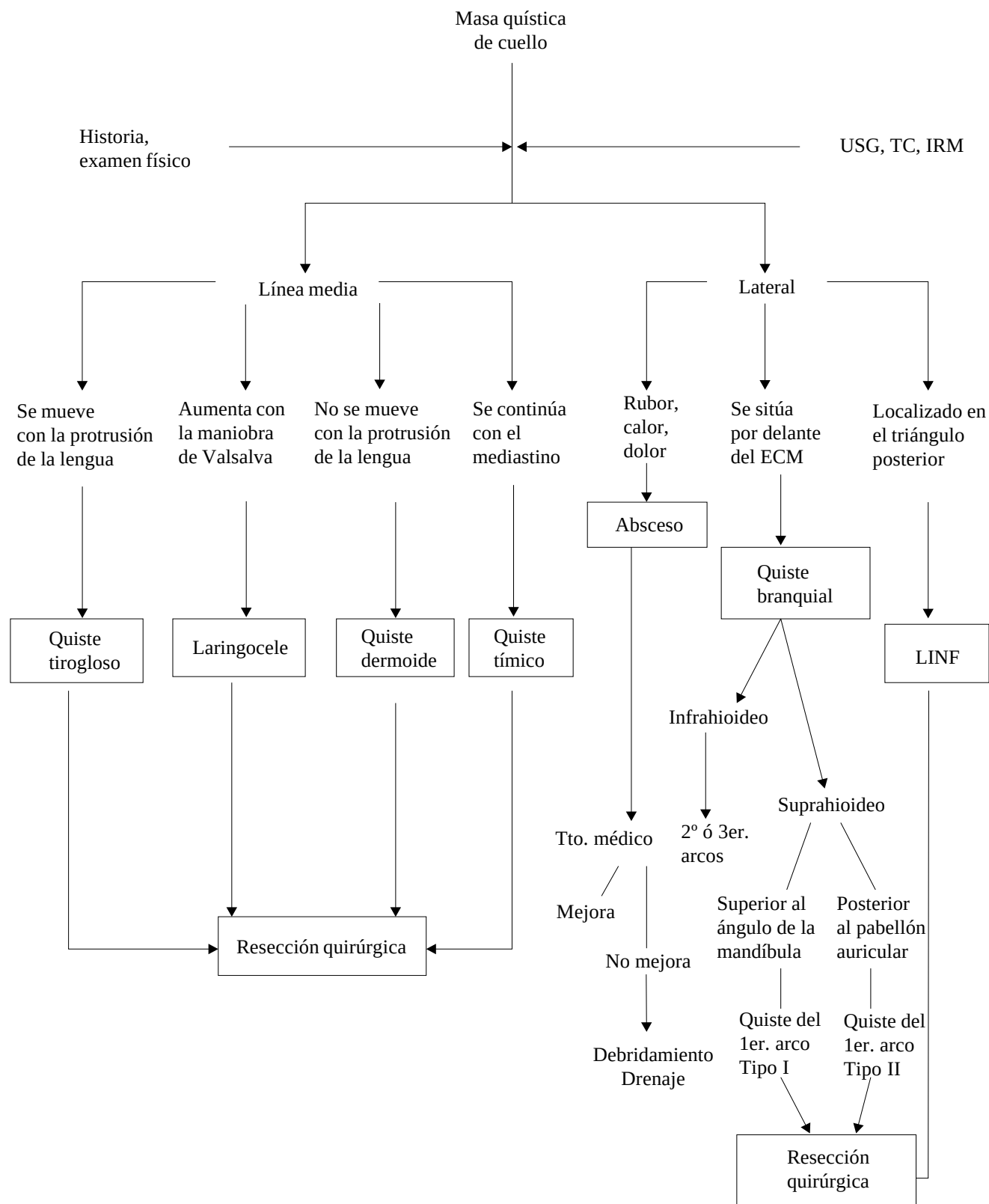


Figura 1. Flujograma diagnóstico para masas quísticas cervicales, en base a las características clínicas (Modificado de “Congenital Cysts and Sinuses”, Nigel RT. Pashley, 1979).



Figura 2. Foto clínica de un paciente de 51 años de edad, con masas quísticas de cuello de 6 años de evolución, asintomático. El estudio histopatológico definitivo reportó Ca papilar de tiroides metastásico.

en la línea media, a partir de aquí se puede subdividir su ubicación y así tenemos que pueden encontrarse en los diferentes triángulos de la región cervical (*Figura 1*). Es aconsejable dividir a los pacientes por grupos de edad, con el fin de orientar con lógica el diagnóstico, ya que si se tiene en cuenta este factor, la impresión diagnóstica emitida será más cercana a la realidad; se mencionan tres grupos: de 0 a 14 años, de 15 a 40 años y mayores de 40 años; en base a esto la literatura menciona que por frecuencia para el primer grupo las lesiones son de origen infeccioso, para el segundo son de origen congénito y para el grupo mayor de cuarenta años las probabilidades que sean de origen neoplásico aumentan.²

La correlación de los hallazgos clínicos, radiológicos y citológicos, permite al médico tratante imprimir un alto grado de seguridad en el diagnóstico, ya que la literatura reporta que cuando se trata de lesiones congénitas, existe un índice de error diagnóstico de hasta el 15%, de tal forma que si no se efectúa un diagnóstico correcto desde el principio, existe la posibilidad de recurrencia con índices que van del 14% cuando hay antecedente de infección previa y del 22% cuando se trata de pacientes previamente operados, cifras que contrastan con el 3% de recurrencia cuando se está frente a una lesión primaria.¹ Cuando se trata de lesiones neoplásicas, el panorama se torna más delicado aún, ya que deberá establecerse si se trata de una lesión primaria o de una metástasis, porque de acuerdo a ello será el manejo definitivo y tanto el diagnóstico como el tratamiento dictarán el pronóstico del paciente. Son obvias, entonces las razones por las cuales se debe afinar el diagnóstico desde las fases tempranas de estudio, porque de éste dependerá la efectividad del tratamiento que se brinde. Algunas lesiones quísticas serán manejadas solo médicamente, otras en cambio, ameritarán de tratamiento quirúrgico y varias de ellas terapia de radiación.

Cuando se trate de lesiones de etiología congénita, el manejo quirúrgico dependerá del tipo de anomalía, de-

biéndose determinar qué estructuras embriológicas dan origen a la lesión, lo que dicta las estrategias para la resección; en ciertas ocasiones existirá la necesidad de apoyar el manejo con procedimientos endoscópicos antes y durante la exploración quirúrgica con el fin de evitar la retención de cualquier remanente que propiciaría una recurrencia.⁹ En el caso de lesiones de origen infeccioso, en la gran mayoría de los casos el manejo de entrada será médico, posteriormente culminará en cirugía al no observar mejoría clínica.⁶

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, longitudinal, descriptivo sobre las lesiones quísticas de cuello manejadas en el Hospital Central Militar en el período comprendido de enero de 1994 a mayo de 1999. El estudio se dividió en dos fases: Fase A y Fase B.

En la fase A se revisaron los expedientes clínicos de 69 pacientes que ingresaron desde el 1 de enero de 1994 al 31 de agosto de 1996 por masa quística de cuello, para obtener el diagnóstico definitivo se consultaron los libros de registro del Departamento de Patología, se excluyeron los casos de quistes correspondientes a enfermedad tiroidea. La información se recolectó en una base de datos que consistió de: matrícula, nombre, edad, sexo, fecha de ingreso, fecha de egreso, antecedente de cirugías previas por la misma lesión, estudios realizados, síntomas y signos pertinentes, evolución, tratamiento, diagnóstico histopatológico, modalidad de tratamiento, complicaciones, control subsecuente.

La muestra de la fase B la conformaron 35 pacientes atendidos en el período comprendido del 1º de septiembre de 1996 al 15 de mayo de 1999, registrando los datos de igual manera que para los pacientes de la fase inicial, con la diferencia, de un seguimiento hasta la fecha de conclusión del estudio.

Resultados

De los 104 pacientes que conformaron el universo estudiado, 60 fueron hombres y 44 mujeres con una edad promedio de 23.3 años (*Cuadro 1*).

En relación a las causas de las lesiones quísticas se obtuvo una frecuencia para las congénitas de 69 casos (66.3%), 29 para las de origen inflamatorio (27.9%) y 6 para las de origen neoplásico (5.8%) (*Cuadro 2*). En 6 pacientes (5.8%) la masa quística correspondió a metástasis, 3 casos por carcinoma papilar de tiroides, 2 por carcinoma epidermoide y 1 por carcinoma nasofaríngeo.

Las masas quísticas de etiología inflamatoria o infecciosa alcanzaron el 27.9% del total de las masas encontradas, estas correspondieron a linfadenopatías por tuberculosis, toxoplasma y las lesiones que al final fueron consideradas como abscesos.

Considerando las lesiones en forma conjunta, se tiene que el quiste tirogloso fue el más frecuente con un porcentaje del 20.2%, a continuación el higroma quístico y el linfangioma (12.5%) y en el siguiente la fístula preauricular con el 11.5% (*Cuadro 3*).

Cuadro 1. Distribución por grupos de edad y sexo.

Grupos de edad	Sexo		Total	%
	Masculino	Femenino		
De 0 a 14 años	16	18	34	32.7
De 15 a 40 años	36	16	52	50.0
De 40 años o más	8	10	18	17.3
Total	60	44	104	100.0

Fuente: Archivo clínico del Hospital Central Militar.

Cuadro 2. Distribución de lesiones quísticas por su causa.

Origen	Frecuencia	%
Congénito	69	66.3
Inflamatorio	29	27.9
Neoplásico	6	5.8
Total	104	100.0

Fuente: Archivo clínico del Hospital Central Militar.

Cuadro 3. Distribución por tipos de lesiones.

Lesiones	Frecuencia	%
Quiste tirogloso	21	20.1
Higroma quístico	13	12.5
Linfadenitis por Tb	13	12.5
Fístula preauricular	12	11.5
Quiste branquial	11	10.5
Linfangioma	8	7.6
Metástasis	6	5.7
Quiste dermoide	4	3.8
Otras	16	15.3
Total	104	100.0

Fuente: Archivo clínico del Hospital Central Militar.

Cuadro 4. Principales síntomas por frecuencia.

Síntomas	Frecuencia	%
Aumento de volumen	26	35.1
Dolor	16	21.6
Secreción	6	8.1
Limitación para la movilidad del cuello	5	6.7
Fiebre	4	5.4
Disfagia	2	2.7
Malestar general	2	2.7
Odinofagia	2	2.7
Otras	11	14.8
Total	74	100.0

Fuente: Archivo clínico del Hospital Central Militar.

Se muestra la frecuencia y porcentaje globales de los sitios de lesión, predominando el lado derecho, con un 41.3%, seguido por el lado izquierdo con el 32.7%, encontrando que el porcentaje más bajo le corresponde al bilateral con el 1.0% (*Figuras 2 a 5*).

Los principales síntomas que presentaron los pacientes fueron en orden de frecuencia: aumento de volumen (35.1%), dolor (21.6%), secreción (8.1%), limitación para la movilidad del cuello (6.8%), fiebre (5.4%) (*Cuadro 4*).

El signo clínico más frecuente fue masa no fija a planos profundos (17.3%), seguido por masa blanda (14.4%), masa indolora a la palpación (12.5%).

En relación al tamaño de la lesión, se consideró el diámetro en centímetros, observando que la mayor frecuencia fue para las que midieron de 1 a 3 cm (52%), correspondiendo el segundo lugar para las de 4 a 6 cm (28%) y la frecuencia menor se encontró para las de 13 a 15 cm de diámetro (4%).

Se obtuvo la distribución de la modalidad de tratamientos realizados, en donde del total de la muestra, a 100 (96.2%) se les realizó tratamiento quirúrgico y 4 (3.8%) fueron manejados únicamente con tratamiento médico.

Del total de tratamientos quirúrgicos observamos que la mayor frecuencia corresponde a resección quirúrgica (58%), a continuación se encontró biopsia excisional (14%), luego fistulectomía (12%), drenaje y debridación (6%) y técnica de Sistrunk (6%).

Los casos que presentaron antecedente de haber sido operados previamente por la misma causa fueron 9 (8.7%), y que al mismo tiempo son considerados como casos de recidiva. Se registraron únicamente 4 complicaciones postquirúrgicas (3.8%), consistentes en fístula quillosa, necrosis de piel suprayacente, hematoma agudo y sangrado mediato del sitio operatorio.

Los quistes tiroglosos ocupan el primer lugar en ambas fases con 20.3 y 20.0%, mientras que el higroma quístico ocupó el cuarto lugar en la fase A y el segundo en la fase B.

Discusión

El manejo de los quistes de cuello en general ha sido históricamente quirúrgico, se han usado diferentes abordajes y gran diversidad de técnicas las cuales se han ido modificando a través del tiempo, lo que ha contribuido a minimizar las cifras de casos de recidivas. En series reportadas con adecuado seguimiento se han reportado índices de recurrencia del 3 al 7% (6.8%) en forma global para este tipo de lesiones, lo cual difiere discretamente con el resultado de nuestro trabajo en donde encontramos el 8.7%.

El grupo de edad predominante resultó ser el de 15 a 40 años que representa la mitad de la población estudiada, situación que es congruente con el número de lesiones de origen congénito, las cuales representaron la mayoría de acuerdo a la clasificación por causas. Es de hacer notar que individualmente el quiste tirogloso fue el más frecuente, hallazgo que de acuerdo a la literatura es la masa cervical benigna más común después de las adenopatías benignas, aunque la mayoría se presentan en la primera década de la vida. A con-

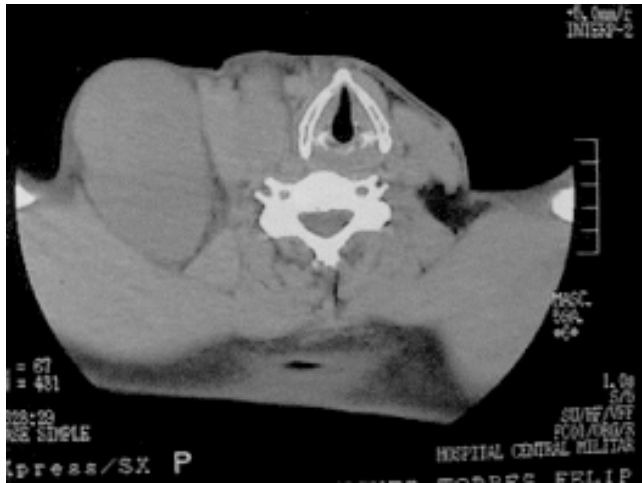


Figura 3. TC que muestra la ubicación y extensión de las lesiones metastásicas de Ca papilar de tiroides.

tinuación fue el higroma quístico, una variedad de los linfangiomas, los cuales al tomarse conjuntamente igualaron la cifra de los quistes tiroglosos.

El hemicuello derecho fue el sitio más afectado por las lesiones quísticas en general, esto se explica debido a que la segunda lesión en frecuencia fue el higroma quístico, mismo que es usualmente encontrado en el lado derecho, a esto se añade, que del 10 al 20% de los quistes tiroglosos aparecen en la cara lateral del cuello. El caso registrado como bilateral se refiere a que la lesión involucraba tanto el hemicuello derecho como el izquierdo, comunicándose a través de la línea media.

Como era de esperar, el síntoma principal fue el aumento de volumen, el cual se acompañó más usualmente de dolor, secreción y limitación a la movilidad del cuello, ya sea por el tamaño que alcanzaba la masa o por el dolor mismo. Al exa-



Figura 4. Paciente de 6 años de edad, con masa eritematosa en la línea media del cuello, que se eleva con la protrusión de la lengua, característico del quiste del ducto tirogloso, en este caso infectado.

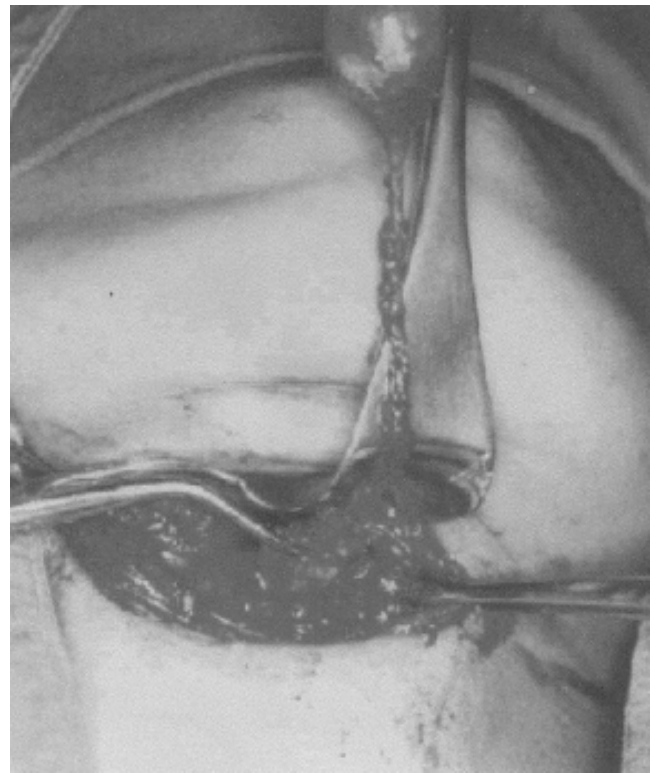


Figura 5. Resección de quiste tirogloso mediante la técnica de Sistrunk. Identificación del cuerpo del hueso hioides que será extirpado.

men físico lo más común fue encontrar una masa de superficie lisa, blanda, indolora, no fija a planos profundos; cuyo estudio ultrasonográfico en la mayor parte de las veces reportó imagen quística de bordes bien definidos y ecogenidad heterogénea; mientras tanto la TC describió una imagen hipodensa, reforzamiento compatible con cápsula y desplazamiento de estructuras vasculares o musculares.

El 96.2% de los pacientes atendidos fue manejado quirúrgicamente, de los cuales únicamente el 3.8% (4 casos) presentó complicaciones postoperatorias que consistieron en fístula quillosa, necrosis de piel suprayacente, hematoma y sangrado de sitio operatorio mediato, las cuales fueron resueltas sin mayores problemas. En nueve pacientes hubo antecedente de cirugía previa, dos de ellos con 2 cirugías por resección de quiste tirogloso, 3 pacientes con historia de fistulectomía, 2 pacientes con cirugía previa por quiste branquial y 2 pacientes con historia de una cirugía por resección de higroma quístico. Datos que conforman una tasa de recidiva del 8.7%, superior al rango del 3-7% reportado en la literatura.

De los casos intervenidos quirúrgicamente en fase B, ninguno presentó recidiva hasta el momento de la finalización del estudio, considerando un período promedio de seguimiento de 2 años.

En el presente estudio se logró demostrar que las masas quísticas de cuello son de naturaleza benigna en su mayor parte, que el tratamiento es eminentemente quirúrgico, con índices altos de curación y que solamente una pequeña can-

tividad de estas masas correspondieron a etiología neoplásica, en estos casos metástasis de carcinomas primarios de cuello.

Conclusiones

El éxito en el manejo de las masas quísticas de cuello está en relación a un buen diagnóstico clínico, la experiencia del cirujano y la técnica quirúrgica empleada.

Previamente al tratamiento quirúrgico es determinante contar con estudios radiológicos y citológicos que aportarán información respecto a la extensión, contenido y patrón celular de la lesión que ayudarán a determinar el pronóstico del paciente.

Las cifras de recurrencia encontradas en las lesiones de tipo congénito son discretamente superiores a las reportadas en la literatura mundial, debido muy probablemente a una resección incompleta de la lesión.

Los pacientes con lesiones de naturaleza neoplásica que representaron la minoría, cuyas edades estuvieron por arriba de los cuarenta años, de acuerdo a los grupos etarios asignados, complementaron su manejo por la especialidad de oncología médica (Rt + Qt) postoperatoria.

Referencias

- Balwally A, Sundoram K. Branchial cleft cyst carcinoma: Myth or reality? *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998; 107: 519-524.
- Bhattacharyya N. Predictive factors for neoplasia and malignancy in a neck mass. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 125: 303-307.
- Blakwell K, Calcaterra C. Functional neck dissection for treatment of recurrent branchial remnants. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 120: 417-421.
- Blakwell K, Calcaterra C. Functional neck dissection for treatment of current branchial remnants. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 120: 417-421.
- Bonilla A, Escoda G. Diagnosis and treatment of branchial cleft cysts and fistulae. A retrospective study of 183 patients. *Int Oral Maxillofac Surg* 1996; 25: 449-452.
- Choi S, Zalzal G. Branchial anomalies: A review of 52 cases. *Laryngoscope* 1995; 105: 909-913.
- Danish H, Meleca R. Laryngeal obstructing saccular cysts. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 124: 593-596.
- Deitmer T. Therapy of cystic lymphangioma in childhood. Report of 4 cases with manifestations in the area of the head-neck. *Laryngorhinootologie* 1996; 75: 66-70.
- Edmonds J, Girod D. Third branchial anomalies. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 123: 438-441.
- Frazer S, Campbell B. Cystic lymphangioma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996; 122: 893-895.
- Greinwald J, Leichtman L. Hereditary Thyroglossal duct cysts. *Arch Otolaryngol head Neck Surg* 1996; 122: 1094-1096.
- Harvey R, Yousen D. Radiologic findings in a carcinoma-associated laryngocele. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996; 105: 405-408.
- Hendrickson M, Azarow K. Congenital thymic cysts in children mostly misdiagnosed. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 821-825.
- Heshmati H, Fatourehchi V. Thyroglossal duct carcinoma: report of 12 cases. *Mayo Clin Proc* 1997; 72: 315-319.
- Hogikyan N, Bastian R. Endoscopic CO₂ laser excision of large on recurrent laryngeal saccular cysts in adults. *Laryngoscope* 1997; 107: 260-265.
- Jordan J, Graves J. Endoscopic cauterization for treatment of fourth branchial cleft sinuses. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 124: 1021-1024.
- Josephson G, Spenser W. Thyroglossal duct cyst: The New York Eye and Ear Infirmary experience and a literature review. *ENT Ear Nose Throat J* 1998; 77: 642-644.
- Kacher A, Komisar A. Thyroglossal duct cyst with intralaryngeal extension. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996; 122: 1266-1268.
- Kiyosue H, Miyake H. MRI of cervical masses of thymic origin. *J Comput Assist Tomogr* 1994; 18: 206-208.
- Kwan W, Liu F. Concurrent papillary and squamous carcinoma in a thyroglossal duct cyst: a case report. *Can J Surg* 1996; 39: 328-332.
- Madda L, Hughes A. High angiogenic activity in cells isolated from cystic hygroma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 125: 45-48.
- Malis D, Seid A. Fold-down thyroplasty: A new approach for congenital lateral saccular cysts. *Laryngoscope* 1998; 108: 941-943.
- Miccoli P, Pacini F. Thyroid carcinoma in a thyroglossal duct cyst: tumor resection alone or a total thyroidectomy? *Ann Chir* 1998; 52: 452-454.
- Naggar A, Luna M. Thyroid gland ectopias. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996; 105: 996-1000.
- Nofsinger Y, Lawrence W. Periauricular cyst and sinuses. *Laryngoscope* 1997; 107: 883-887.
- Paczona R, Czigner J. Pharyngeal localization's of branchial cysts. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1998; 255: 379-381.
- Rosen D, Wirtschafter A. Dermoid cyst of the lateral neck: a case report and literature review. *Ear Nose & Throat Journal* 1998; 77: 125-132.
- Smith R, Burke D. OK-432 therapy for lymphangiomas. *Arch Otolaryngol head Neck Surg* 1996; 122: 1195-1199.
- Triglia J, Nicollas R. First branchial cleft anomalies. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 124: 291-295.
- Vitore C, Goldberg K. Cystic mass at the suprasternal notch of a newborn. *Pediatr Radiol* 1998; 28: 984-986.
- Zelman W. External laryngocele. an unusual cause of respiratory distress in a newborn. *ENT Journal* 1994; 73: 19-22.