

PATOLOGIA CONGENITA QUIRURGICA BENIGNA DEL CUELLO: ANALISIS DE 51 CASOS

*** Dr. Hector Otero Cruz**

**** Dr. Carlos Manuel Nuñez**

**** Dr. Nilvio E. del Rosario**

**** Dr. Pedro R. Vargas**

**** Dr. José A. Perez Mejía**

Resumen:

Con el propósito de encontrar la frecuencia de aparición, facilitar el diagnóstico y mejorar el pronóstico de las anomalías congénitas del cuello, se revisaron 51 pacientes con estas patologías, atendidos en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral de Santo Domingo, durante el período 1985-1990, correspondiendo 52.9% de los casos a quistes tiroglosos, 17.6% a higroma quístico, 9.8% a fistula tiroglosa, 9.8% a fistula branquial, 7.8% a quiste dermoide y 2% a quiste branquial. Se practicó cirugía al 80.3% de los pacientes estudiados; el 19.7% restante no fueron operados por causas no especificadas. Se reportó recidiva en 4% de los casos, correspondiendo estos a higroma quístico.

El análisis de los datos contribuye a recomendar realizar examen temprano a las patologías estudiadas.

Patologías benignas del cuello

Abstract

With the object to find out the incidence, make the diagnosis easier and improve prognosis, 51 patients with congenital abnormalities of the neck were studied at Dr. Robert Reid Cabral Children's Hospital of Santo Domingo, during the period 1985-1990; 52.9% of them were thyroglossal cyst, 17.6% cystic higroma, 9.8% thyroglossal fistula, 9.8% branchial fistula, 7.8% dermoid cyst and 2% branchial cyst. Surgery was done in 80.3% of the patients studied, the rest of them, 19.7% were not operated on because non specified reasons. Relapse was reported in 4.3% of the cases, which belong to the cystic higroma cases.

Analysis of the data contributes to advise an early examination of these pathologies.

Benign pathology of the neck

*** Cirujano pediatra, Jefe del servicio de cirugía general del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo R.D.**

**** Medicos generales**

INTRODUCCION

Los restos embriológicos del aparato branquial que persisten durante la vida post-natal producen un número de anomalías alrededor del oído y en la porción baja del cuello. De las anomalías congénitas del cuello de interés quirúrgico, los remanentes branquiales son escasamente más comunes que el higroma quístico, pero son considerados menos frecuentes que los remanentes del conducto tirogloso¹⁻³. Senos, quistes, fistulas y restos cartilaginosos son manifestaciones más frecuentes; estos usualmente son descubiertos durante la infancia o a temprana edad^{1,4} diferente los quistes que necesitan más tiempo y aparecen con la adolescencia o al final de la niñez. Los remanentes del segundo arco branquial son más observados que los derivados del primer arco^{1,3-5}. Los higromas quísticos y los quistes dermoides son anomalías de aparición similar a los anteriores, pero con menos frecuencia⁶⁻⁷.

Con la revisión de estas patologías pretendemos conducir al personal médico sobretodo a pediatras y médicos que tratan niños a reconocerlas y evaluarlas a tiempo, logrando así un manejo óptimo que permita una reducción de su mortalidad así como una rápida diferenciación de otras afecciones de mayor delicadeza.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron los expedientes de los pacientes tratados en el servicio de cirugía general del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral con anomalías congénitas benignas del cuello, durante el periodo 1985-90.

Cincuenta y un casos fueron tratados ese periodo y los datos consignados en el expediente se recogieron en un protocolo previamente elaborado en el que se consignaba: edad, sexo, malformaciones asociadas, manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos, cirugías realizadas y resultados anatomopatológicos.

RESULTADOS

Del total de pacientes analizados, 27 (53%) correspondieron al sexo femenino y 24 (46.2%) al sexo masculino.

Las edades de los afectados varió desde 12 días hasta 12 años, siendo la mayoría de los niños afectados de 4 a 7 años de edad (47%).

El cuadro No. 1 expone las patologías analizadas observándose que los efectos del conducto tirogloso ocuparon el primer lugar, 31 casos (60.7%), seguido de higroma quístico, cuya frecuencia fue de 9 niños (17.6%) y los defectos del conducto branquial 6

casos (11.8%).

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE LOS CASOS

PATOLOGIAS	OPERADOS	TASA	NO OPERADOS	TASA
Quiste tirogloso	20	39.3 %	7	13.7 %
Higroma Quístico	8	15.5 %	1	2.0 %
Fistula Tiroglosa	4	7.8 %	1	2.0 %
Fistula Branquial	4	7.8 %	1	2.0 %
Quiste Dermoide	4	7.8 %	-	-
Quiste Branquial	1	2.0 %	-	-
TOTAL	41	80.2 %	10	19.7 %

En cuanto a las manifestaciones clínicas observamos que la presencia de masa, 41 casos (80.3%) fue la más frecuente, seguido del aumento progresivo de esta con 35 casos (68.2%). Resalta el bajo porcentaje de compresión de vías respiratorias superiores, 1 paciente (Cuadro No 2).

El método diagnóstico más usado fue la radiografía de la región cervical, 8 infantes (15.6%), siguiéndole en frecuencia la de toax, 5 casos (9.8%). También fue utilizada la Tomografía Axial Computarizada de la región cervical en un paciente y la punción citológica en otro paciente.

CUADRO No. 2

MANIFESTACIONES CLINICAS

MANIFESTACIONES CLINICAS	No DE CASOS	TASA EN%
Presencia de masa	41	80.3
Aumento progresivo de masa	35	68.2
Secreción de area afectada	16	31.3
Dolor	11	21.5
Infección y drenaje de area afectada	9	17.6
Fiebre	7	13.7
Aumento coloración area afectada	7	13.7
Mov. de masa al sacar lengua	7	13.7
Afección sistema linfático	4	7.8
Aumento secreción salivar	2	4.0
Disfagia	2	4.0
Compresión vías resp. superiores	1	2.0
Disnea	1	80.3%

CUADRO No. 3
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS

PROCEDIMIENTO	PATOLOGIAS						No. CASOS	TASA EN %
	QUISTE TIROGLOSO	FISTULA TIROGLOSA	QUISTE BRANQUIAL	HIGROMA QUISTICO	FISTULA BRANQUIAL	QUISTE DERMOIDE		
Extirpación Completa			1	8	3	4	16	31.37
Ext. Completa Hueso Hioides	19	4			1		24	47.05
Extirpación Completa y/o Marsupialización	1						1	1.98
No Operados	7	1			1	1	10	19.60
TOTAL	27	5	1	9	5	4	51	100.00

De la totalidad de los casos investigados, fueron tratados quirúrgicamente 41 para un 80.3%. El porcentaje restante no fue operado, sin que se señalara en los records ninguna causa específica.

El cuadro No. 3 detalla los procedimientos quirúrgicos mas utilizados, correspondiendo el mayor numero a la extirpación completa 16 casos (31.37%), seguido de la extirpación completa, mas extirpación parcial del hueso hioides con 24 casos (47.05%) y extirpación mas marsupialización un caso (2.0%)

En solo dos pacientes hubo recidiva (4.0%). A todos los niños sometidos a intervención quirúrgica (80.3%) se les realizó estudios histopatológicos.

El tiempo de estadía hospitalaria osciló desde 3 hasta 45 días, con promedio de 12 días. No hubo fallecimientos.

DISCUSION

Las malformaciones congénitas quirúrgicas del cuello, pertenecientes al aparato branquial, se producen por defecto en el desarrollo normal de la embriología humana, el cual es reconocido al décimo día de la vida intrauterina y desaparece alrededor del día 50 de gestación; refiriendonos en este caso al aparato branquial, dichas patologías son menos frecuentes que las malformaciones del conducto tirogloso, como se pudo comprobar en nuestra revisión y en la bibliografía consultada.¹⁻⁵

Se ha señalado que las anomalías de la primera hendidura branquial son menos frecuentes que las de la segunda,¹⁻² en nuestro estudio no pudimos establecer esta diferencia, debido a las pocas informaciones ofrecidas por los expedientes revisados.

En cuanto al sexo, no encontramos en nuestra serie diferencias significativas: 27 casos femeninos (52.8%) y 24 casos masculinos (46.2%), correspondiéndose estos con los reportes de otros autores.^{1-2,5} En el medio pediátrico, la edad de presentación de los quistes, es mas retardada que las fístulas, debido al tiempo que toma en llenar espacio para ser notado a simple vista, lo que debe tomarse en cuenta a la hora de hacer el diagnostico diferencial.¹⁻³

Los defectos del conducto tirogloso se producen por la no obliteración del mismo, que normalmente ocurre en la séptima semana.^{1,3-4} Si queda totalmente permeable se produce fístula y si solo queda en parte será quiste; estas anomalías constituyen las mas frecuentes de las patologías quirúrgicas,^{1,3-4} corroborando esto con nuestro estudio, en el cual 31 casos (60.6%) correspondieron a defectos en este conducto, como se puede apreciar en el cuadro No.1.

Según diferentes artículos consultados,¹⁻³ el mayor problema en el tratamiento quirúrgico en caso de quiste tirogloso es la recidiva; en nuestra experiencia se presentaron solo dos casos (4%), cifras que consideramos baja.

Los higromas quísticos que son tumores que resultan del bloqueo congénito del drenaje linfático regional, es una patología menos observada que las anomalías del primer y segundo arco branquial;⁶⁻⁷ sin embargo, esta afirmación no fue confirmada en nuestra revisión ya que 9 pacientes (17.6%) correspondieron a higroma, en tanto que 5 casos (7.8%), tuvieron patologías relacionadas con el primer y segundo arco branquial (ver cuadro No. 1).

El quiste dermoide es una deformación

congénita por la falta de fusión en la línea media del segundo y tercer arco branquial derecho e izquierdo.¹ Su menor frecuencia fue observada también en nuestro estudio con solo 4 casos (7.8%).

El método diagnóstico de inicio para diferenciar la patología es la inspección, tratando de ubicar la localización de esta con relación al músculo esternocleidomastoideo.^{5,7-8} Dentro de los diversos métodos diagnósticos auxiliares están: Radiografía de la región cervical, sonografía, tomografía, radiografía del tórax, fistulografía, transiluminación y punción citológica entre otras. Del total de casos estudiados, en solo 15 pacientes (29.4%), se usaron procedimientos diagnósticos auxiliares, siendo la radiografía cervical la más usada, por ser esta la menos costosa y porque nos permite hacer una buena valoración de las patologías en estudio; dicho por ciento es bajo quizás por las precariedades del medio y/o problemática socioeconómica de los afectados, así como por las escasas manifestaciones clínicas presentadas; sin embargo creemos necesario que se insista en su utilización pre-operatoria.

En lo concerniente al diagnóstico diferencial, este debe establecerse con varias patologías: restos de Timo, paraganglioma, linfadenopatía benigna, linfoma, hemangioliangioma, neurofibroma, quiste broncogénico, nódulo tiroideo aberrante, teratoma.⁹⁻¹⁵ Otra patología a descartar es el resto de Timo a nivel cervical junto con el paraganglioma.¹⁶⁻²⁰

El tratamiento es quirúrgico en todos los casos, como enfatizan la totalidad de los estudios consultados. En nuestro trabajo, de 51 niños afectados se practicó cirugía satisfactoria en 41 infantes (78.4%), dos casos (4%) presentaron recidivas, correspondiendo a una de las complicaciones más frecuentes del quiste tirogloso; a los 10 casos restantes no se les practicó cirugía sin causa explicada.

En cuanto a la técnica quirúrgica, esta dependerá de la patología presente y de la habilidad quirúrgica del cirujano. En el caso de nuestra investigación, la técnica más aplicada para las anomalías del primer y segundo arco branquial fue la incisión elíptica y elíptica transversal alrededor del orificio de la piel; en los casos fistulosos al igual que estudios revisados,^{2,4-5} con los quistes del primer y segundo arco branquial se realizó incisión transversal en la zona superior del cuello.

De realizarse la técnica quirúrgica y método adecuado, la recidiva, corresponde al orden del 2.6%, coincidiendo esto con nuestra investigación, donde fue de dos casos (4%); para los casos de higroma quístico y tirogloso, la técnica quirúrgica es más delicada. Llama la atención el empleo de marsupialización más extirpación como procedimiento quirúrgico en un paciente con quiste tirogloso. No encontramos bibliografía que apoyen la utilización de tal

procedimiento. Somos partidarios de la extirpación parcial de hueso hioide, el primero en hablar de esto fue Sistrunk en 1920³ relacionando la extirpación parcial del hueso hioides con la embriología de unión de ambas ramas del hueso,^{1,6-7} de no realizarse en esta patología la recidiva y malignidad aumentarían^{3,5}.

El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico en todos los afectados.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Soper T S. Cysts and sinuses of the neck; In Ravith MM, Welch KJ, Benson CD, Aberdeen E, Randolph JG, Pediatric Surgery (3ed; Chicago: Year Book Medical Publishers, Inc. 1984), Chap 37 Vol. 1: 374-385.
- 2.- Queizan A, Martínez M, Quistes y Fistulas Branquiales. An Esp. Pediatr 1985; 22 (8): 569-600.
- 3.- Beunett KE, Organ CH, Williams R. Is the treatment for Thyroglossal Duct Cysts too Extensive? Am J Surg 1986; 152: 602-605.
- 4.- Athow AC, Fagg NL, Drake DP. Management of Thyroglossal Cysts in Children. Br J Surg 1989; 76: 811-814.
- 5.- Philip J, Knight MD, Ala B. The diagnosis and treatment of midlife neck masses in children. Surgery 1983; 93: 663-611.
- 6.- Sheth S, Nussbaum AR, Hutchins GM. Cystic Hygromas in children: Sonographic Pathologies correlation. Radiology 1987; 162: 821-824.
- 7.- Langer JC, Fitzgerald PG, Deser D: Cervical Cystic Higroma in the fetus. Clinical Spectrum and Outcome 1990; 25 (1): 58-62.
- 8.- Petteroo GW, Snellen JP, Kneat P: Operative treatment of median cervical cysts. Br J Surg 1988; 75: 382-383.
- 9.- Rosen IB, Provias JP, Walfish PG: Pathologic nature of cystic thyroid nodules selected for surgery by needle aspiration biopsy. Surgery 1985; 100: 606-613.
- 10.- Batsakis JG, Littler ET, Obenman HA: Teratomas of the neck. Arch Otolaryngology 1964; 79: 619-624.
- 11.- Stone HH, Henderson D, Guido FA. Teratomas of the neck. Amer J Dis Child 1967; 113 (2): 222-224.
- 12.- Sanahuja FL, Carbuccia DH, Vargas G: Teratomas de tiroides. Primeros 2 casos reportados en Costa Rica. Bol med hosp Infant Mex 1986; 43 (2): 777-780.
- 13.- Gundry SR, Wesley JR, Klein MQ. Cervical teratomas in the newborn. J Pediatr Surg 1983; 18 (4): 382-386.
- 14.- Gaeckle DJ, Gerber ML. Thymic Cyst in the neck. Am J Surg 1962; 103: 755-757.
- 15.- Wagner CW, Vincour CD, Weintranb WH. Respiratory Complications in cervical thymic cysts. J pediatr Surg 1988; 23 (7):

657-660.

16.- Lyons TJ, Dickson JA, Variend S. Cervical thymic cysts. *J Pediatr Surg* 1989; 24 (3): 241-243.

17.- Barrick B, O'kem RT. Thymic cysts and remanant cervical thymus. *J Pediatr Surg* 1969; 4 (3): 355-358.

18.- Simons JN, Robinsos DW, Masters IW. Cervical thymic cysts. *Am J Surg* 1964, 108 (10): 578-582.

19.- Reiner M, Beck AB. Cervical thymic cysts in children. *Am J Surg* 1980; 139 (5): 704-707.

20.- Irons GB, Wziland JH, Brown WL. Análisis Clínico e histopatológico de 116 casos. *Clin Quir NA* 1977; 3: 575-583.