

## CARTA CLÍNICA

### Quiste del segundo arco branquial. Bultoma cervical sobreinfectado en adulto: orientación ecográfica en atención primaria



### Cyst of the second arch branchial. Cervical mass overinfected in adult: Ultrasound as a diagnostic tool in primary care

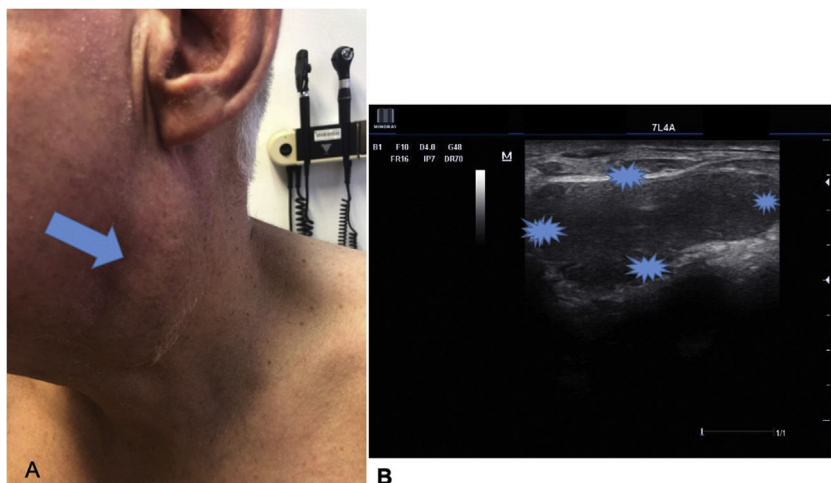
#### Introducción

Las malformaciones de arcos branquiales se originan por la obliteración incompleta de las hendiduras y bolsas branquiales en el desarrollo embriológico. Durante la cuarta semana de gestación se identifican cuatro pares de arcos branquiales bien definidos y dos pares de arcos rudimentarios. Estos arcos están separados externamente por hendiduras e internamente por bolsas. Estas anomalías suponen la segunda masa congénita de cabeza y cuello más frecuente en niños y adultos jóvenes, alcanzando alrededor del 30%, después de los quistes del conducto tirogloso; se pueden presentar como quiste, seno o fístula de arco branquial. La presentación clínica depende del arco branquial involucrado<sup>1-3</sup>.

#### Descripción del caso

Varón de 64 años con enfermedad venosa crónica (EVC) de miembros inferiores como único antecedente personal de interés. No refiere historia de infección respiratoria en las últimas semanas. Acude a nuestra consulta por una visita programada para comentar el informe tras cirugía de EVC. Tras la valoración del informe clínico me comenta que presenta un bultoma en región lateral izquierda del cuello de reciente aparición (aproximadamente 15-20 días), por lo que se valora la ecografía de orientación diagnóstica en nuestro centro de salud. (fig. 1a)

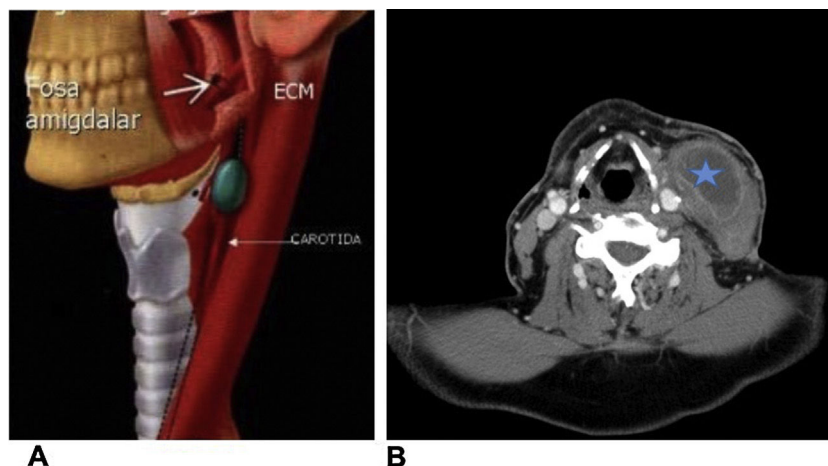
En la exploración física, el paciente se encuentra consciente, orientado en tiempo y espacio. Constantes basales, sin alteraciones. Presión arterial: 130/80 mmHg, FC: 85 lpm. No soplos carotídeos. En región laterocervical izquierda presenta bultoma de 4-5 cm de diámetro, palpable, móvil, dolorosa a la palpación, sin aumento de temperatura. En la ecografía del centro de salud se objetiva lesión en la zona referida que corresponde a una lesión anecogénica con escaso contenido ecogénico en su interior, eje máximo de 7 cm. No se detecta flujo Doppler, septos o polos sólidos. (fig. 1b). Ante este hallazgo se citó en el servicio de radiodiagnóstico del hospital de referencia realizando una nueva ecografía reglada, confirmando el resultado. Se deriva al



**Figura 1** A. Bultoma en región laterocervical izquierda (flecha). B. Lesión anecogénica con contenido ecogénico en su interior de eje mayor de 7 cm (estrellas).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.05.015>

1138-3593/© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



**Figura 2** A. Imagen que muestra la anatomía correspondiente a la lesión. B. Imagen de tomografía axial computerizada de cuello en la que se observa la lesión (estrella) correspondiente a quiste del segundo arco braquial, sobreinfectado.

servicio de otorrinolaringología; el paciente es ingresado por empeoramiento clínico con sospecha de sobreinfección. Se realizó punción-aspiración y una tomografía de cuello, donde se observó lesión quística laterocervical izquierda que por localización sugiere quiste del segundo arco braquial complicado (fig. 2b), la punción aspiración fue negativa para células malignas, siendo el resultado compatible con quiste braquial con abscesificación secundaria. Se realiza resonancia magnética nuclear confirmando el diagnóstico y se procede a la extirpación de la lesión.

## Comentario

Las lesiones quísticas cervicales que aparecen de forma brusca suelen corresponder a quistes del conducto tirogloso (línea media) o quistes branquiales (laterocervical). El quiste del segundo arco branquial constituye la enfermedad congénita más frecuente en el 95%. Se produce por una reabsorción incompleta del seno cervical. Dan lugar a quistes en un 75% o a tractos sinusales en un 25%. Se objetiva como masa cervical lateral elástica, móvil en el borde anteromedial esternocleidomastoideo e infrahiodeo. Estas lesiones son más frecuentes en niños y adultos jóvenes entre los 10-40 años, sin preferencia de género, manifestándose como masas de crecimiento lento con un aumento de volumen brusco por sobreinfección o sangrado. Se pueden ordenar, según la clasificación de Bailey<sup>4-6</sup>:

- Tipo I: profundo al platismo y anterior al esternocleidomastoideo (ECM).
- Tipo II: el más común, anterior al ECM, posterior a la submaxilar y lateral a los vasos carotídeos (fig. 2a).
- Tipo III: protruye entre la arteria carótida interna y externa, puede extenderse a la pared lateral de la faringe o a la base de cráneo.
- Tipo IV: adyacente a la pared faríngea.

Dentro del diagnóstico diferencial están el quiste del conducto tirogloso, el cual se caracteriza principalmente por ubicarse en la base de la lengua, quiste tímico congénito,

que puede localizarse caudal al seno piriforme de la tiroides y hasta el mediastino superior. El diagnóstico se realiza mediante ecografía, tomografía axial computerizada o resonancia magnética nuclear (TAC/RMN) y punción-aspiración de aguja fina. La ecografía confirma la naturaleza quística uni o multilocular de la lesión, mientras que la TAC y la RM muestran mejor la localización y su relación con las estructuras vecinas. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica en la mayoría de los casos, pese a su crecimiento lento.

Nuestro caso es excepcional, por ser un paciente mayor de 40 años que presenta un cuadro clínico con una evolución rápida, poniéndose de manifiesto la importancia de la realización de una historia clínica, con una anamnesis completa, así como la disponibilidad de la ecografía clínica en consulta, con un conocimiento adecuado de la embriología y la anatomía, para la orientación diagnóstica en atención primaria, claves para la ayuda de un diagnóstico correcto.

## Responsabilidades éticas

Se ha contado con el consentimiento del paciente y se han seguido los protocolos de los centros de trabajo sobre el tratamiento de la información de los pacientes y para la publicación de este caso clínico.

## Bibliografía

1. Sawler TW. Langman. Embriología médica con orientación clínica. 9a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004.
2. Koeller KK, Alamo L, Adair CF, Smirniotopoulos JG. From the Archives of the AFIP: Congenital cystic masses of the neck: Radiologic-pathologic correlation. *RadioGraph*. 1999;19:121-46.
3. Benson MT, Dalen K, Mancuso AA, Kerr HH, Cacciarelli AA, Mafee MF. Congenital anomalies of the branchial apparatus: Embryology and pathologic anatomy. *RadioGraph*. 1992;12:943-60.
4. Gallego Aranda I, Gete García P, Ballesteros García AI, Crespo del Hierro J, Álvarez Vicent JJ. Quiste branquial faríngeo:

- descripción de un caso clínico. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2002;53:50–3.
5. Muñoz-Proto F, Sarria-Echegaray P, Epprecht-González MP, Alba-Mesquida J. Malformaciones congénitas del cuello: Diagnóstico y tratamiento. *Semergen.* 2016;42:254–9.
  6. Teissier N, Bois E. Fístulas y quistes congénitos del cuello. *EMC-Otorrinolaringol.* 2018;47:1–19.

M. Frías Vargas<sup>a,\*</sup>, B. López Uriarte<sup>b</sup> y O. García Vallejo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *CS Comillas, Madrid, España*

<sup>b</sup> *CS Humanes, Madrid, España*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* [drfrias\\_v@hotmail.com](mailto:drfrias_v@hotmail.com)

(M. Frías Vargas).