

# Tumoración cervical de grandes dimensiones. Presentación de un caso clínico

Cervical tumor of large dimensions. Presentation of a clinical case.

## RESUMEN

Las tumoraciones cervicales forman un amplio grupo de lesiones, en ocasiones difíciles de filiar basándonos únicamente en las pruebas de imagen. Presentamos el caso de un paciente de 69 años con una tumoración cervical de grandes dimensiones, con una discrepancia etiológica entre varios métodos de diagnóstico por imagen.

## PALABRAS CLAVE:

Quiste tirogloso. Quiste branquial.

## SUMMARY

Cervical tumors form a large group of lesions, sometimes difficult to catalog based just on imaging tests. We present the case of a 69-year-old patient with a large cervical tumor, with an etiological discrepancy between several diagnostic imaging methods.

## KEY WORDS:

Thyroglossal cyst. Branchial cleft cyst.

## Introducción

Las tumoraciones cervicales forman un grupo de lesiones diversas en cuanto a su origen, evolución y tratamiento, ya que pueden ser catalogadas como diferentes entidades: adenopatías, malformaciones congénitas o tumores de partes blandas alojados en el cuello<sup>1</sup>.

Los quistes del conducto tirogloso son los quistes cervicales congénitos más frecuentes<sup>2</sup>.

La glándula tiroides se forma en la base de la lengua y durante el desarrollo embrionario se desplaza hasta su posición definitiva a través del conducto tirogloso. Este conducto debería desaparecer cuando el tiroides alcanza su posición final en el cuello. A veces pueden permanecer restos de este conducto albergando quistes llenos de líquido o moco<sup>3</sup>.

Suelen aparecer durante la infancia<sup>4</sup> (90% antes de los 10 años de edad) como una masa cervical asintomática en la línea media, siendo típico que asciendan con la deglución. En ocasiones pueden infectarse, aumentando de tamaño y generando clínica de dolor.

Por otro lado, los quistes de hendiduras branquiales constituyen una patología cervical derivada de un anormal desarrollo embrionario<sup>5</sup>. La persistencia de las estructuras transitorias de la embriogénesis da origen a esta patología. Suelen aparecer en adultos jóvenes, originándose en el 2º arco branquial en el 90% de los casos (también pueden afectar al 1º, 3º y 4º arco branquial). Suelen debutar como una masa latero-cervical asintomática<sup>1,6</sup> (a diferente altura según del arco del que procedan) en edad pediátrica o

adolescente, aunque puede aparecer en edades más avanzadas. No suelen generar clínica a parte del efecto masa, pero pueden infectarse de manera intermitente, y en ocasiones asociarse a fístulas branquiales.

## Caso Clínico

Presentamos el caso de un varón de 69 años de edad sin antecedentes de interés, que acude a nuestra consulta en 2011 por presentar una tumoración cervical desde la infancia que ha ido aumentando de tamaño. No presenta clínica asociada (disnea, disfagia, disfonía, o dolor). Se solicita estudio radiológico: Ecografía de partes blandas cervical y TAC cervico-torácico.

A la exploración:

- **Palpación:** tumoración cervical de unos 8 cm de diámetro, de límites bien definidos y consistencia blanda, que no se desplaza con la deglución. No se palpan adenopatías de características patológicas.
- **Rinofibrolaringoscopia:** imagen de faringe y laringe compatible con la normalidad, cuerdas vocales móviles, no se observa protrusión de paredes faríngeas ni laringeas.
- **Ecografía:** Imagen nodular de gran tamaño que parece depender de lóbulo izquierdo tiroideo.
- **TAC:** Tumoración quística situada a nivel laterocervical izquierdo que parte de ángulo mandibular, en situación precarotídea, contactando y desplazando hioides. La tumoración presenta buena delimitación periférica con cápsula y contenido hipodenso, líquido. El tamaño

de la lesión corresponde a 9 x 5 x 5 cm, protruyendo el cuello en su cara anterior y lateral izquierdo. La imagen sugiere un quiste de la segunda hendidura branquial.

No apreciamos adenopatías ni masas mediastínicas. (Figs. 1A y 1B).

Se plantea la extirpación quirúrgica, pero el paciente la rechaza. Asimismo se le ofrece la posibilidad de realizar una PAAF (punción-aspiración con aguja fina) para filiar la tumoración, pero también rechaza esta opción. Por lo tanto, se solicita un PET-TAC para descartar malignidad, con el siguiente resultado:

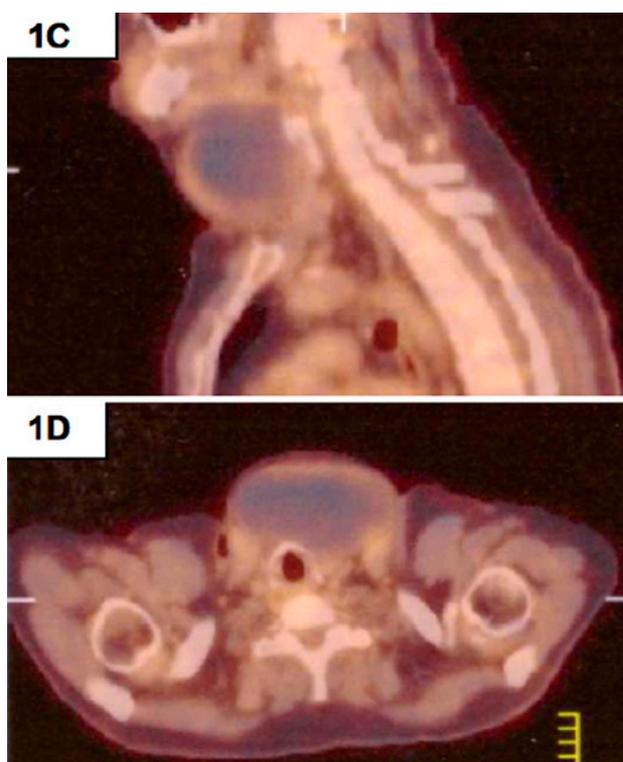
Voluminosa masa cervical quística infrahioidea medial y paramedial izquierda de 10 x 6 x 70 cm sin captación de FDG. No se aprecian adenopatías hipermetabólicas laterocervicales supraclaviculares ni axilares. Tumoración compatible con voluminoso quiste del conducto tirogloso. (Figs. 1C y 1D).



Figuras 1A-1B: cortes axiales cervicales (2011).

Se realizan revisiones anuales. El paciente se encuentra asintomático durante 5 años, pero en 2016 refiere aumento de tamaño de la tumoración y se solicita nuevo TAC cervical (Figs. 2A y 2B), con el siguiente resultado:

Gran LOE quística laterocervical izquierda, bien delimitada, y homogénea, con unas dimensiones de 10 x 12 x 8 cm.



Figuras 1C-1D: PET -TAC sin captación patológica.

La porción más apical, contacta con borde inferior del maxilar inferior izquierdo, rechazando las estructuras cervicales faringolaríngeas, y traspasa la línea media hacia la derecha. Las características de lesión, orientan a quiste de hendidura branquial, probablemente de la segunda, pero el gran volumen de la misma, hace que también tengamos hacer diagnóstico diferencial con quiste de cuarta hendidura.

No se observan adenopatías con entidad patológica.

Ante el crecimiento de la tumoración, se plantea intervención quirúrgica (Figs. 2C y 2D) que el paciente acepta. Se realiza una cervicotomía con resección completa de la lesión, resecano parte del hueso hioides, ya que durante el acto quirúrgico la lesión parece estar anclada a él.

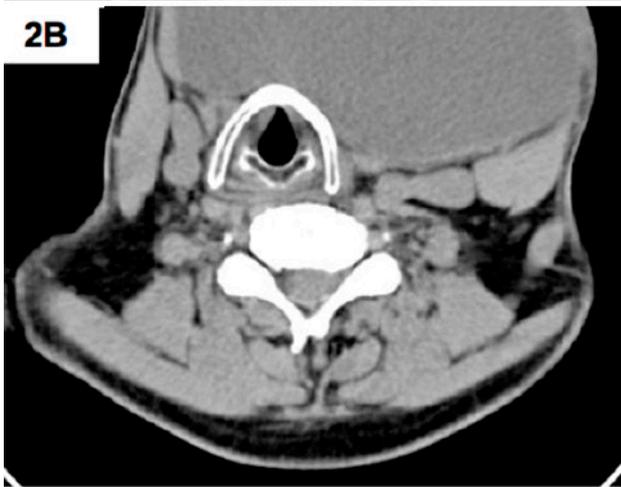
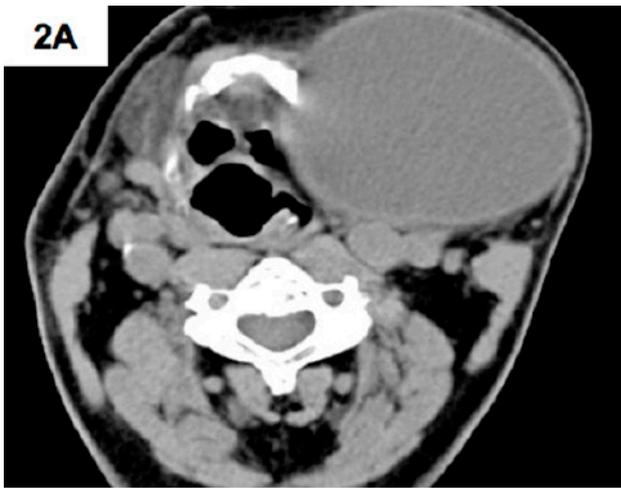
Se envía la pieza para estudio anatomopatológico: ante la presencia de epitelio escamoso estratificado y la ausencia de epitelio cilíndrico ciliado se llega al diagnóstico de quiste branquial. No se observan signos neoplásicos.

Actualmente el paciente se encuentra asintomático y satisfecho por el resultado de la cirugía.

## Discusión

Ante la presencia de una masa cervical, debemos realizar una historia clínica detallada, teniendo en cuenta que el 60% de las tumoraciones cervicales en pacientes mayores de 40 años corresponden a una neoplasia maligna. También es importante realizar una exploración física completa del área otorrinolaringológica.

Es fundamental apoyarnos en las técnicas de imagen disponibles, ya que nos ofrecen información tanto de la localización como de la extensión locoregional. La ecogra-



Figuras 2A-2B: Cortes axiales cervicales (2016).  
 Figura 2C: Imagen previa a la incisión en piel.  
 Figura 2D: Imagen durante el acto quirúrgico.

fía puede ser de gran utilidad ya que diferencia lesiones sólidas de quísticas. Además, disponemos tanto de TAC como de Resonancia magnética para planear una cirugía.

Para el diagnóstico podemos utilizar la P.A.A.F, que es una técnica sencilla de realizar, con alta sensibilidad y especificidad, y nos indica la presencia o no de malignidad. En nuestro caso, al negarse el paciente a realizarla, nos apoyamos en un PET-TAC para descartar que la tumoración fuese maligna, y por ello continuamos con revisiones hasta que decidió operarse por aumento de tamaño.

En el caso de los quistes tiroglosos y de los quistes branquiales, el tratamiento definitivo es la excisión, y el diagnóstico definitivo nos lo dará el estudio anatomopatológico de la pieza, ya que en ocasiones es difícil hacer un diagnóstico diferencial basándonos únicamente en los métodos de imagen.

### Conclusión

Consideramos interesante la presentación de este caso, tanto por el volumen de la lesión como por la discordancia de diagnóstico entre las pruebas de imagen.

### Bibliografía

1. Sellami M, Ghorbel A. Branchial cleft cyst: a case report. *Pan Afr Med J.* 2017;28;26:102.
2. Inarejos Clemente E, Oyewumi M, Probst E, Ngan BY, Greer ML. Thyroglossal duct cysts in children: Sonographic features every radiologist should know and their histopathological correlation. *Clin Imaging.* 2017;12;46:57-64.
3. Yim MT, Tran HD, Chandy BM. Incidental radiographic findings of thyroglossal duct cysts: Prevalence and management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2016;89:13-6.
4. Kepertis C, Anastasiadis K, Lambropoulos V, Mouravas V, Spyridakis I. Diagnostic and Surgical Approach of Thyroglossal Duct Cyst in Children: Ten Years Data Review. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(12):PC13-5.
5. Cristian García B, Andrés O'Brien S, Eduardo Villanueva A, Johanna Otero O, Rodrigo Parra R. Anomalías congénitas del aparato branquial: estudio de imágenes. *Rev. Santiago chil. radiol.* 2007;13(3).
6. Prasad SC, Azeez A, Thada ND, Rao P, Bacciu A, Prasad KC. Branchial anomalies: diagnosis and management. *Int J Otolaryngol.* 2014;237015.

### Correspondencia

Dr. Fernando García Curdi.  
 Servicio ORL Hosp. Clínico Univ. Lozano Blesa  
 Avda. San Juan Bosco, 15  
 50009 Zaragoza. España.  
 E-mail: fgarciacu@salud.aragon.es