

Quistes y fístulas cervicofaciales congénitas vinculadas al primer surco branquial*

Dres. Antonio Farcic, Mario Bounous, Valdo Gardiol y Julio de los Santos**

Los autores aportan 2 observaciones personales a la casuística de quistes y fístulas congénitas laterales de cuello, ambas tratadas con éxito en el primer acto quirúrgico: un quiste alojado en la logia parotídea y una fístula preauricular. Analizan su vinculación al primer surco branquial, así como las características patológicas y clínicas, destacando los exámenes complementarios útiles para el diagnóstico correcto y luego las directivas de táctica y técnica quirúrgicas necesarias para evitar la recidiva.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS. Neck / congenital malformations.

INTRODUCCION

La oportunidad de tratar dos casos por parte de uno de los autores (VG) llevó a los mismos a revisar la casuística sobre el tema, encontrando que los autores nacionales que se han ocupado previamente del mismo son: A. R. Ardao (2), Rius (24) y Varela (27).

Una de las observaciones constituye el primer caso publicado a nivel nacional, sobre quiste de la región parotídea originado en el primer surco branquial.

Al revisar la literatura llama la atención la frecuente recidiva de estos procesos, de la que son responsables los tratamientos "menores" no basados en la correcta naturaleza embriológica y anatómica, que deben fundamentar las directivas del tratamiento quirúrgico curativo.

CASUISTICA

Obs. 1.— 21 años, sexo masculino. Reg. 24.105. H. Evangélico. Consulta por tumefacción de región parotídea izquierda, de 3 años de evolución, que en los últimos 3 meses presenta un rápido crecimiento, con discreto dolorimiento regional. Sin otra sintomatología. A.P.: s/p.

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 2 de junio de 1976.

Profesor Adjunto de Cirugía, Asistente de Cirugía, Profesor Adjunto de Cirugía y Profesor Adjunto de Anatomía Patológica. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Br. José Batlle y Ordóñez 2410 (Dr. Farcic).

Hospital Evangélico, Montevideo.

Examen. Tumefacción subauricular izq., ovoidea, de 3 cm de diámetro mayor, que levanta el lóbulo de la oreja, sin modificaciones cutáneas, de límites netos, superficie lisa y consistencia renitente homogénea. Sin adherencia a piel, se moviliza sobre el borde posterior de la rama montante del maxilar y permanece fijo a la profundidad. La otoscopia no evidencia alteraciones del conducto auditivo externo (CAE), ni elementos que demuestren vinculación con el mismo. No se efectúa, por razones técnicas, un estudio sialográfico parotídeo.

Operación.— A. general. Incisión en Y enmarcando el lóbulo de la oreja. Quiste ubicado superficialmente, desplaza el tejido parotídeo hacia adelante, del que se separa fácilmente por disección roma. El polo superior contacta íntimamente con el CAE, lo que obliga para completar la exéresis, a la apertura del mismo con resección de un pequeño fragmento de su cartilago. El CAE se reconstruye mediante sutura subcutánea con catgut. El contenido quístico es líquido casi incoloro, con concreciones sebáceas. Cierre de piel. Drenaje. Mechado del CAE con gasa. Alta con buena evolución.

A. patológica.— Formación quística, revestida de epitelio malpighiano poliestratificado plano, con paraqueratosis. Delgada pared fibrosa, con algunos islotes de cartilago hialino. Contenido eosinófilo, hialino, amorfo.

Obs. 2.— 21 años, sexo masculino. Reg. 22.755 del H. Evangélico. Desde hace 10 años presenta un orificio fistuloso pre-auricular derecho, con secreción blanquecina intermitente, sin francos episodios inflamatorios. Un mes antes, se le efectuó en policlínica un curetaje inefectivo del trayecto.

Examen.— Orificio fistuloso de 1 mm de diámetro, a 1 cm por delante del hélix. La fistulografía muestra un trayecto ciego de 1 cm de longitud terminando en el interior del hélix.

Operación.— Anestesia local. Resección arciforme de piel sobre el trayecto, terminando sobre raíz cartilaginosa anterior del hélix, con resección completa del trayecto sobre el cartilago. Cierre de piel.

Anatomía patológica.— Trayecto fistuloso revestido de epitelio malpighiano, con fibrosis perifistulosa, sin elementos exudativos actuales.

COMENTARIOS

Frazer (9) pronosticó embriológicamente la existencia de procesos congénitos del primer surco 6 años antes de la primera observación

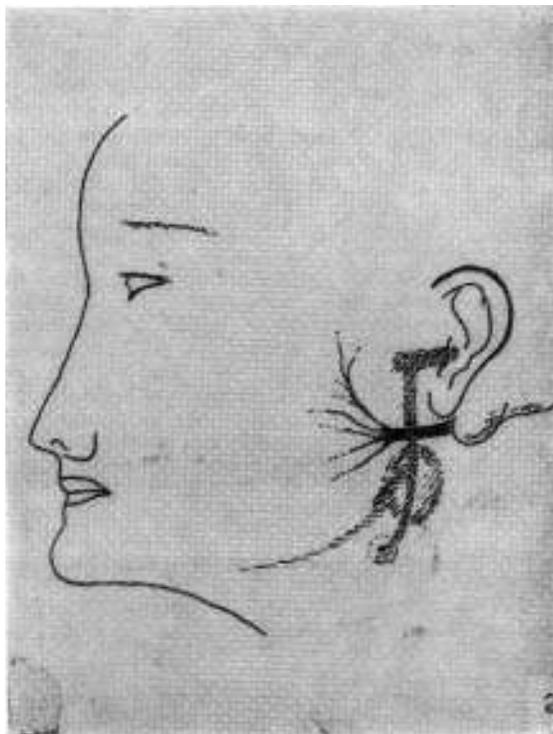


Fig. 1.— Caso 1. Región parotídea expuesta en su parte superficial. Ya resecaado el quiste, queda su casquete superior con una lámina cartilaginosa íntimamente adherida al cartilago del conducto auditivo en su parte inferior. (Indicado por la punta de la pinza).

Fig. 2.— Esquema para mostrar la topografía de quistes y fistulas que pueden originarse en el primer surco branquial y sus peligrosas relaciones con el nervio facial. (Adaptado de Randall and Royster).

clínica efectuada por Hyndman y Light (16) en 1929 (Fig. 2).

Al no completarse la normal obliteración del primer surco los fragmentos secuestrados podrán originar quistes, tractos fistulosos, o fistulas completas que terminan en la porción cartilaginosa del CAE (1, 4, 5, 14) o, menos frecuentemente, presentan prolongamientos hasta el oído medio o en la parte superior de la faringe (10, 18, 21, 30).

Son poco frecuentes, Varela (27) refiere solamente 20 casos en la literatura mundial hasta 1970, cifra seguramente menor a la real porque no se interpretan correctamente todos los casos (4, 7, 10, 11, 15, 18, 21, 28, 29, 30). En la literatura nacional consultada es el primer quiste congénito de origen branquial a localización parotídea (17, 24, 27).

El nervio facial, originado del segundo arco, en su migración ascendente puede, raramente, ubicarse superficialmente al proceso congénito, ofreciendo entonces mayor riesgo a la disección quirúrgica (21).

Las fistulas preauriculares, inicialmente consideradas restos del primer surco, actualmente se atribuyen a anomalías ectodérmicas durante la fusión de los 6 brotes originarios del pabellón auricular (1, 13, 14) dependientes del primer y segundo surcos. La posibilidad de trayectos alejados (20, 23, 24) obligan al estu-

dio preoperatorio completo del mismo para asegurar su resección completa.

La frecuencia de fistulas ciegas preauriculares, cercana al 1,5% en grandes núcleos de población joven (24) muestra una tendencia familiar (11, 19, 25) ligada a un factor mendeliano no vinculado al sexo.

Las formaciones derivadas del primer surco, ya sean quistes o fistulas presentan en su pared 3 capas, dispuestas de dentro a afuera: epitelio poliestratificado plano, tejido conjuntivo, cartilago hialino, con grados variables de elementos inflamatorios sobregregados. El contenido, resultado de la descamación epitelial es rico en restos queratinizados y en colesterol, cuyos cristales tienen valor diagnóstico a la punción (19, 19b).

Se diagnostican con más frecuencia en niños y jóvenes que en recién nacidos. Aparecen como fistulas completas o ciegas o como quistes, proyectados en el área característica del primer curso, limitada por el maxilar inferior, la línea media, el hioides, unido al CAE mediante una línea cóncava hacia arriba (9, 10) formando un área ligeramente triangular. Las formas típicas, inscriptas en el área mencionada pueden clasificarse en: parotídeas, aurículo-parotídeas o cervicales (10). Existen formas atípicas, en mejilla (20) o retroauriculares (30).

Existen 3 elementos fundamentales en el diagnóstico: 1) topografía, 2) vinculación con el tercio externo del CAE, frecuente en su pared inferior manifestada como muesca, resalto o depresión, 3) una supuración en el CAE no proveniente del oído medio, evidencia la existencia de la comunicación fistulosa (6).

Exámenes complementarios: La otoscopia demostrará alteraciones en el piso del conducto, ya vistos. La fistulografía descartará trayectos insospechados (20, 22). En los de topografía parotídea, la sialografía delimita topográficamente su vinculación con la glándula. La punción citológica en los quistes mostrará los caracteres típicos del líquido, ya mencionados. El cateterismo con estilete adquiere su mayor utilidad en el momento de la intervención, en las fistulas.

Los tratamientos no quirúrgicos son ineficaces (19b). Nunca deben escindirse si no es en sala de operaciones con el instrumental adecuado (26). El tratamiento médico antiinfeccioso y el drenaje simple en los casos supurados, deben preceder al intento de resección completa. La cirugía curativa exige 2 condiciones fundamentales: resección completa de la formación fistulosa o quística, y evitar lesión del facial, cuyo riesgo es mayor debido a: 1) fibrosis postinflamatoria, 2) situación superficial, y 3) emergencia del agujero estilomastoideo en forma ramificada (3, 18, 30).

El uso de la anestesia general facilita la cateterización con estilete y la disección laboriosa (27, 30). La incisión puede ser: única amplia, disecando el trayecto a cielo abierto (27) o con fines estéticos en 2 separadas: una rodeando el orificio cutáneo y la otra detrás de la rama montante del maxilar (6, 21, 28, 29) unidas por disección subcutánea del trayecto fistuloso.

En los quistes parotídeos, el abordaje que permite una eventual búsqueda del facial lo brindan las incisiones tipo en Y o en S (18, 21). La cateterización intraoperatoria de los trayectos fistulosos mediante estilete, es preferible a la instilación intraluminal de azul de metileno (8, 22) o su mezcla con agua oxigenada (6) por el riesgo de difusión excesiva del colorante con oscurecimiento del campo operatorio (19).

La resección completa, puede exigir la resección en pleno tejido parotídeo (10, 30). Siempre se debe llegar al contacto del CAE (10), buscando la existencia de un segundo saco ubicado entre la piel y el cartilago del mismo. El procedimiento de "pull-through" mediante presión desde el interior del CAE, favorece la extirpación total. Si ésta no es posible, se podrá efectuar el cureteado o la aplicación de hidróxido de potasio para destruir los tejidos remanentes, fuente de recidivas (19, 22).

El mechado postoperatorio con gasa, evitará la estenosis del CAE (6, 22) aunque es preferible la reconstrucción anatómica del mismo por sutura (10, 30).

El drenaje en el área de resección permanecerá 24 horas (4, 5).

La complicación fundamental es la lesión del facial, en su rama mandibular (30) o más ra-

ramente en su tronco. La fístula salival y el granuloma del CAE son secundarias, retroceden en pocos días (10).

SUMMARY

Cervicofacial congenital cysts and fistulas related to first branchial cleft.

Existing case material on lateral congenital cysts and fistulas in the neck is enlarged by two cases, successfully treated by the authors, in the first surgical attempt: a cyst located in the parotid lodge and a preauricular fistula. Their connection with the first branchial cleft is discussed, together with their pathological and clinical characteristics, complementary tests of assistance for the purpose of correct diagnosis, and guidelines for the surgical tactics and technique required if recurrence is to be avoided.

RESUME

Kystes et fistules cervico-faciales congénitales liées au premier sillon branchial.

Les auteurs contribuent par deux observations personnelles à l'étude de cas de kystes et de fistules congénitales latérales du cou. Les deux patients sont traités avec succès lors de la première intervention, pour un kyste situé dans la loge parotide et une fistule preauriculaire.

Les auteurs analysent le rapport avec le premier sillon branchial, les caractéristiques pathologiques et cliniques, et mettent l'accent sur les examens complémentaires utiles pour établir un diagnostic correct ainsi que sur les normes de technique chirurgicale à suivre afin d'éviter la récurrence.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AREY LB. Developmental anatomy. Philadelphia, Saunders, 1946.
2. ARDAO AR. Anatomía patológica quirúrgica. Montevideo, Cient. Fac. Med. 1962.
3. ARDAO HA. El tratamiento de los tumores de parótida. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 89, 1: 11, 1957.
4. BILL AH Jr and VADHEIM JL. Cysts, sinuses and fistulas of the neck arising from the first and second branchial clefts. *Ann Surg*, 142: 904 1955.
5. BILL AH Jr. Branchiogenic cysts and sinuses. En Benson, C.D. *Pediatric Surgery*. Chicago, Yearbook Publishers, 1962.
6. BYARS LT and ANDERSON R. Anomalies of the first branchial clefts. *Surg Gynecol Obstet*, 93: 755, 1951.
7. DOUGALL AJ. Anomalies of the first branchial cleft. *J Pediatr Surg*, 9: 203, 1974.
8. DULANTO F de M, ARMIJO-MORENO F, CAMACHO MARTINEZ. Malformaciones cervicofaciales de origen branquiogénico y tireogloso. *Mem Cut ILA*, 1: 1, 1973.
9. FRAZER JE. Citado por: 12, 18, 22, 29.
10. GAILLARD J, BUOCHAYET M, FREIDEL M et OUDOT J. Fistules et kystes branchiaux auriculo-cervicaux a expression parotidienne. *JF ORL*, 18: 483, 1969.
11. GENTIL MARTINS A. Lateral cervical and preauricular sinuses. Their transmission as dominant characters. *Br Med J*, 5: 255, 1961.
12. GORE D and MASSON A. Anomalies of first branchial cleft. *Ann Surg*, 150: 309, 1959.

13. GROSS RE. The surgery of infancy and childhood: its principles and techniques. Philadelphia, WB Saunders, 1953.
14. HAMILTON WJ, BOYD JD y MOSSMAN HW. Embriología humana. Bs. As, Intermedica, 1966.
15. HOFFMAN E. Citado por 21.
16. HYNDFMAN OR and LIGHT G. Cit. por 12, 18, 22.
17. LARGHERO P. Formas excepcionales de tumores parotídeos. *An Fac Med Montev*, 9-10: 546, 1927.
18. LEONARD JR, MARAN AG, HUFFMAN W. Branchial cleft cysts in the parotid gland. Facial nerve anomaly. Case report. *Plast Reconstr Surg*, 41: 493, 1968.
19. NEEL HB and PEMBERTON J. Lateral cervical (branchial) cysts and fistulas (a clinical and pathologic study). *Surgery*, 18: 267, 1945.
- 19b) OMBREDANNE L. *Precis clinique et operatoire de chirurgie infantile*. Paris, Masson, 1949.
20. PAP GS. First branchial cleft sinus and pouch. *Plast Reconstr Surg*, 52: 583, 1973.
21. RANDALL P and ROYSTER HP. First branchial cleft anomalies: A not so rare and a potentially dangerous condition. *Plast Reconstr Surg*, 31: 497, 1963.
22. RANKOW RM and HANFORD JM. Congenital anomalies of the first branchial cleft. *Surg Gynecol Obstet*, 96: 102, 1953.
23. REMINE W. Branchial-cleft cysts and sinuses: Their embriologic development and surgical management. *Surg Clin North Am*, 43: 1033, 1963.
24. RIUS M. Operación de la fistula preauricular.. *An Otol Rino Laring Urug*, 36: 15, 1966.
25. SKANDALAKIS JE, GRAY SW, TAKAKIS NC, GODWIN JT and POER DH. Tumors of the neck. *Surgery*, 48: 375, 1960.
26. SWENSON O. *Cirugia pediátrica*. México, Interamericana, 1960.
27. VARELA NB, GATEÑO NJ. Fistulas cervicales laterales congénitas derivadas del primer surco branquial. A propósito de una observación. *Cir Urug*, 40: 296, 1970.
28. WEISSMAN F and HORWITZ F. Sinus of the first branchial cleft. *Plast Reconstr Surg*, 31: 79, 1963.
29. WHITSON TC. Anomaly of the first branchial cleft. *Plast Reconstr Surg*, 42: 595, 1968.
30. WORK WP, PROCTOR CA. The otologist and first branchial cleft anomalies. *Ann Otol Rhinol Laring*, 72: 548, 1963.