

CHISTUL BRANHIAL CERVICAL LATERAL – UN DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL UITAT PENTRU GUȘA NODULARĂ - CAZ CLINIC -

N. Vlad¹, R. Moldovanu¹, V. Filip¹, Cristina Preda²,
Felicia Crumpei³, Gabriela Prepeliță⁴

1 Clinica I Chirurgie „I. Tănăsescu – Vl. Buțureanu”; 2 Clinica Endocrinologie,
3 Departamentul de imagistică medicală; 4 Clinica Anestezie Terapie Intensivă
Spitalul „Sf. Spiridon” Iași
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași

LATERAL BRANCHIAL CYST – A FORGOTTEN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS FOR NODULAR-CYSTIC GOITER – CASE REPORT (Abstract): Branchial cysts are very rare and difficult to differentiate to nodular-cystic goiter. We present a 51 years old women who was admitted in First Surgical Clinic Iași, Romania, for the development of a neck mass. The ultrasound exam revealed an anechogen tumor in contact with the left thyroidian lobe. The FNAB and cytological exam were inconclusive. The intraoperative exploration established the diagnosis of branchial cyst. We performed the resection of the tumor. Postoperative course was uneventful. Conclusions: The branchial cyst is an often forgotten diagnosis. The ultrasound exam is non-specific with different patterns. Gold standard treatment is surgical resection.

KEY WORDS: BRANCHIAL CYST, GOITER, CERVICAL CYSTS

Corespondență: Dr. N. Vlad, Clinica I Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași, Bd. Independenței, Nr. 1, Iași, 700111; e-mail: vlad.nutu@gmail.com*.

INTRODUCERE

Chisturile branhiale ale gâtului sunt malformații congenitale rare ce rezultă din anomalii de dezvoltare embrionară a regiunii cervicale. La embrionul uman se observă o serie de șanțuri branhiale paralele, delimitând între ele formațiuni îngroșate numite arcuri branhiale [1,2]. În cursul dezvoltării embrionare arcurile și șanțurile branhiale dispar. Chisturile și fistulele cervicale iau naștere în urma persistenței unor formațiuni embrionare (primele două arcuri branhiale). Ele pot să se evidențieze atât la momentul nașterii cât și pe parcursul vieții.

PREZENTAREA CAZULUI

Vă prezentăm cazul clinic al pacientei C.V. în vârstă de 51 ani care a fost tratată în Clinica I Chirurgie în perioada 12-19 noiembrie 2007. Pacienta s-a internat pentru apariția și dezvoltarea unei formațiuni tumorale în regiunea cervicală antero-laterală stângă (Fig. 1). Debutul a fost insidios, formațiunea fiind depistată de pacientă în urmă cu câțiva ani; inițial, a avut dimensiuni mai mici, ulterior crescând treptat în dimensiuni, devenind evidentă la inspecție. Consultul endocrinologic a ridicat suspiciunea de gușă nodulară chistică, practicându-se puncția ecoghidată a formațiunii cu evacuarea a 70 ml

* received date: 7.12.2007

accepted date: 15.01.2008

lichid sero-hematic, obținându-se dispariția completă a formațiunii. Examenul citologic al lichidului nu a evidențiat celule maligne sau tiroidiene.

După aproximativ 2 luni după puncție, formațiunea a reapărut, crescând din nou în dimensiuni. La examenul clinic al regiunii cervicale, am constatat o formațiune tumorală antero-laterală stângă de 6 x 3 cm, bine delimitată, elastică, nedureroasă și mobilă cu mișcările de deglutiție, fără modificări la nivelul tegumentelor suprajacente. Laringoscopia indirectă a evidențiat corzi vocale cu mobilitate simetrică bilateral, în respir și fonație. Analizele de laborator au fost normale, cu excepția unui grad de anemie (Hb - 11,2 g/dL).

Radiografia corvico-mediastinală a evidențiat o discretă deviere a traheei spre dreapta, în porțiunea cervico-toracică, de o opacitate de părți moi de 4 x 4 cm. Examenul ecografic cervical a constatat următoarele aspecte: lob tiroidian drept (LTD) - dimensiuni și structură normale; adiacent lobului tiroidian stâng (LTS) se constată o formațiune lichidiană neomogenă de 69 x 54 mm, fără semnal Doppler în interior (Fig. 2).



Fig. 1 Formațiunea tumorală latero-cervicală stângă

Diagnosticul a fost de gușă nodulară chistică – LTS și s-a intervenit chirurgical, sub anestezie generală cu intubație oro-traheală. După cervicotomia anterioară Kocher, s-a disecat planul muscular subhioidian pe rafeul median și evidențiindu-se o formațiune tumorală chistică de cca 4 x 5 cm, bine încapsulată și delimitată de țesuturile din jur. Formațiunea nu are legătură cu glanda tiroidă (care este de aspect normal), dar o deplasează spre dreapta. Se disecă formațiunea relativ ușor față de pediculul vascular jugulo-carotidian stâng, lobul stâng tiroidian, trahee, esofag, realizându-se ablația tumorii. Chistul conține în interior 40 mL lichid de culoare brună, inodor.

Cavitatea restantă (Fig. 3) este plombată cu gelaspon, iar intervenția se încheie cu drenaj și sutura în planuri anatomice.

Rezultatul histopatologic la parafină a constatat o formațiune chistică cu perete sclero-hialin gros (Fig. 4), tapetat pe versantul intern de inflamație cronică, cu plaje de macrofage spumoase sau încărcate cu pigment de hemosiderină.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, tubul s-a suprimat a 2-a zi, iar pacienta s-a externat în ziua a 3-a postoperator.

DISCUȚII

Chisturile branhiale sunt resturi embrionare ale aparatului branhial (format la om, din 6 arcuri branhiale, din care ultimele două sunt rudimentare) și au o structură dermoidă sau mucoidă [3,4]; pot fi situate pe linia mediană sau antero-laterală a gâtului [1,2], supra- sau subhioidian [3]. Uneori, chisturile cervicale laterale pot să se dezvolte din resturi embrionare ale canalului thymopharyngeus [4].

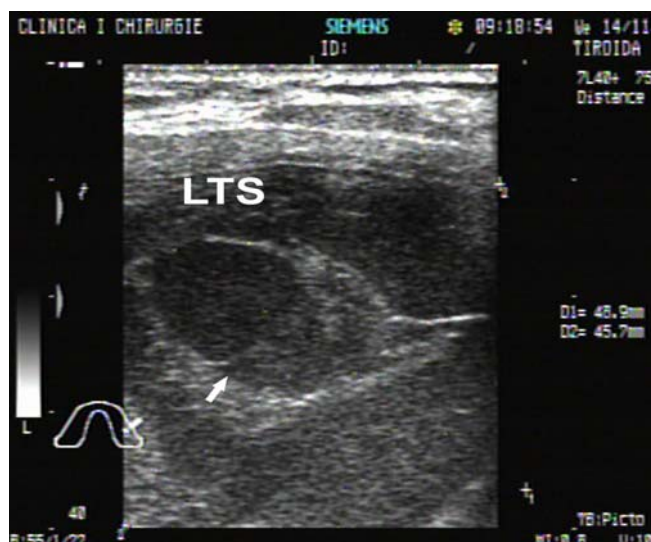


Fig. 2 Examen ecografic, regiunea cervicală
LTS – lobul tiroidian stâng; săgeata – formațiunea chistică

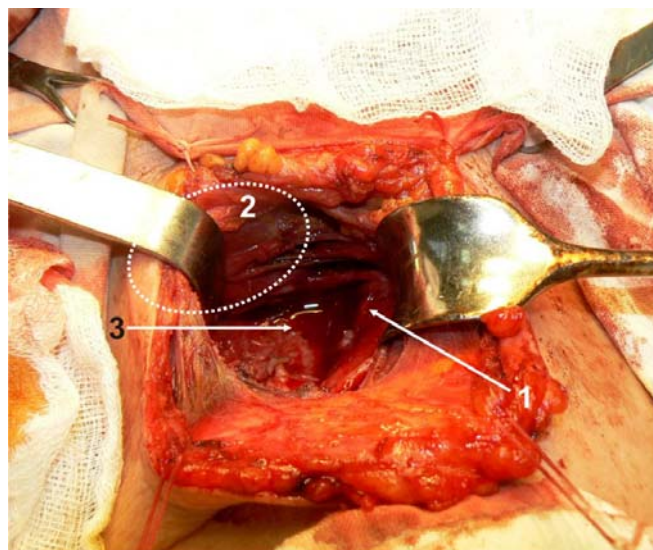


Fig. 3 „Cavitatea restantă” după ablația chistului branhial
1 pachetul vasculo-nervos al gâtului; 2 proiecția LTS;
3 traheea și esofagul.

Chisturile branhiale pot fi clasificate în funcție de arcul branhial de origine: din primul, al doilea sau al treilea arc branhial. Chisturile laterale au origine de obicei din al

doilea arc branhial și sunt cele mai frecvente – 95% [5]. Există și alte posibilități de clasificare a chisturilor branhiale; astfel, Bailey H [6] împarte chisturile branhiale în patru tipuri:

- tipul I – situat la nivelul fasciei superficiale a gâtului, pe marginea anterioară a sternocleidomastoidianului;
- tipul II – situat la nivelul fasciei profunde a gâtului, în raport cu vasele mari;
- tipul III – dezvoltat în loja vaselor mari cervicale;
- tipul IV – chist de mici dimensiuni, în raport cu endofaringele și care se poate dezvolta spre baza craniului.

Această clasificare ține cont de topografia chisturilor branhiale, este ușor de aplicat în practică și frecvent utilizată în literatură [5]. Având în vedere criteriile enunțate, pacienta prezentată avea un chist branhial tip II, dezvoltat la nivelul fasciei profunde a gâtului, în raport cu pachetul vasculo-nervos al gâtului. Există cazuri raportate în literatură de chisturi branhiale intratiroidiene [7].

Chisturile branhiale sunt mai frecvent unilaterale și se localizează la polul inferior al unuia din lobi tiroidieni; studiile clasice consideră că localizarea latero-cervicală stângă este mai frecventă (ca și în cazul nostru), dar lucrări recente demonstrează că nu există diferențe statistice între localizările stângi și cele drepte [8].



Fig. 4 Chistul branhial rezecat

stânga - chistul evacuat; dreapta - chistul secționat - se observă aspectul epitelizat al peretelui chistic.

Clinic, chisturile branhiale sunt tumori sferice sau ovalare, de dimensiuni variabile; au consistență păstoasă și sunt nedureroase [1-3,9]. Se pot infecta și fistuliza, dând naștere la fistule persistente. Nu există predispoziție în funcție de sex; sunt întâlnite atât la copii cât și la adult, mai frecvent la 20-30 ani [5,10].

Precizarea preoperatorie a diagnosticului se poate realiza prin explorări imagistice variate ecografia cervicală, examenul computer tomografic, imagistica prin rezonanță magnetică nucleară [5,11-15]. Aspectul ecografic poate fi variabil și nu poate exclude de obicei o afecțiune tiroidiană, cum s-a întâmplat și în cazul prezentat; se consideră că formațiunea poate avea aspect anecogen (41%), hipocogen (23,5%), pseudosolid / heterogene(14%) [16]. Puncția cu ac fin cu evidențierea la examenul citologic a unor celule squamoase este considerată sugestivă pentru diagnosticul pozitiv [11].

Diagnosticul diferențiat se face cu limfangiomi chistici, tumori glomice, gușă nodulară chistică, lipom, chist hidatic al gâtului, chist de canal tireoglos, adenită tuberculoasă, limfadenită nespecifică, tumori și metastaze cervicale etc. [1,9,17,18].

Singurul tratament logic, este cel chirurgical, cu ablația chistului și a prelungirilor sale fibroase până la sinusul carotidian pentru a evita riscul de recidivă. Pentru exereza completă se poate injecta intrachistic, intraoperator, albastru de metil [9,18,19]. Examenul histopatologic al piesei de rezecție este obligatoriu, deoarece sunt raportate în literatură cazuri de neoplazii dezvoltate la nivelul chisturilor branhiiale – carcinoame bronhogenice [20,21]. În cazul chisturilor suprainfectate, abcedate, este necesară incizia cu evacuarea conținutului, urmată de reintervenție pentru ablația chistului, după remiterea fenomenelor inflamatorii [14].

Particularitățile cazului prezentat sunt vârsta relativ tardivă de diagnostic (51 ani) precum și abordarea inițială prin puncție evacuatorie, ca urmare a confuziei de diagnostic cu o gușă chistică.

CONCLUZII

Chisturile branhiiale sunt afecțiuni rare, dar trebuie incluse în diagnosticul diferențial al afecțiunilor tiroidiene. Aspectul ecografic este de obicei al unei formațiuni hipo- sau anecogene, fără semnal Doppler în interior și este dificil de diferențiat de o gușă nodulară-chistică. Puncția este de regulă urmată de recidiva chistului, singurul tratament adecvat fiind ablația chirurgicală.

BIBLIOGRAFIE

1. Bancu VE. *Patologie chirurgicală*. București: Editura Didactică și Pedagogică; 1983. p. 13-15.
2. Takimoto T, Yoshizaki T, Ohoka H, Sakashita H. Fourth branchial pouch anomaly. *J Laryngol Otol*. 1990; 104(11): 905-907.
3. Popovici Z. Tumori ale capului și gâtului. In: Angelescu N, editor. *Tratat de patologie chirurgicală*. București: Editura Medicală; 2001. p. 782-783.
4. Choi SS, Zalzal GH. Branchial anomalies: a review of 52 cases. *Laryngoscope*. 1995; 105(9): 909-913.
5. Lanham PD, Wushensky C. Second brachial cleft cyst mimic: case report. *Am J Neuroradiol*. 2005; 26: 1862-1864.
6. Bailey H. *Branchial cysts and other essays on surgical subjects in the facio-cervical region*. London: HK Lewis; 1929.
7. Lee HJ, Kim EK, Hong S. Sonographic detection of intrathyroidal branchial cleft cyst: a case report. *Korean J Radiol*. 2006; 7(2): 149-151.
8. Doshi J, Anari S. Branchial cyst side predilection: fact or fiction? *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2007; 116(2): 112-114.
9. Burlibașa C. Chisturile părților moi cervico-faciale. În: Burlibașa C, editor. *Chirurgie orală și maxilofacială*. București: Editura Medicală; 2001. p. 749-751.
10. Mitroi M, Dumitrescu D, Simionescu C, Popescu C, Mogoantă C, Cioroianu L, Surlin C, Căpitănescu A, Georgescu M. Management of second branchial cleft anomalies. *Rom J Morphol Embryol*. 2008; 49(1): 69-74.
11. Thomaidis V, Seretis K, Tamiolakis D, Papadopoulos N, Tsamis I. Branchial cysts. A report of 4 cases. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat*. 2006; 15(2): 85-89.
12. Baatenburg JRJ, Rongen RJ, Lameris JS. Evaluation of branchiogenic cysts by ultrasound ORL. *J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 1993; 55(5): 294-298.
13. Ramos A, Gabatin A, Watzinger W. Fine needle aspiration and cytology in the preoperative diagnosis of branchial cyst. *South Med J*. 1984; 77(9): 1187-1189.
14. Kadhim AL, Sheahan P, Colreavy MP, Timon CV. Pearls and pitfalls in the management of branchial cyst. *J Laryngol Otol*. 2004; 118(12): 946-950.
15. Woo EK, Connor SE. Computed tomography and magnetic resonance imaging appearances of cystic lesions in the suprahyoid neck: a pictorial review. *Dentomaxillofac Radiol*. 2007; 36(8): 451-458.

16. Ahuja AT, King AT, Metreweli C. Second branchial cleft cysts: variability of sonographic appearances in adult cases. *Am J Neuroradiol.* 2000; 21(2): 315-319.
17. Chamdi S, Freedman A, Just N. Fourth branchial cleft cyst. *J Otolaryngol.* 1992; 21(6): 447-449.
18. Burstin PP, Briggs RJ. Fourth branchial sinus causing recurrent cervical abscess. *Aust NZ J Surg.* 1997; 67(2-3): 119-122.
19. Dergacev AI, Ilin AA. Ecografia în diagnosticul și tratamentul chisturilor branhiiale. *J SonoAce-International.* 2001; 9: 1-7.
20. Jereczek-Fossa BA, Casadio C, Jassem J, Luzzatto F, Viale G, Bruschini R, Chiesa F, Orecchia R. Branchiogenic carcinoma--conceptual or true clinico-pathological entity? *Cancer Treat Rev.* 2005; 31(2): 106-114.
21. Girvigian MR, Rechdouni AK, Zeger GD, Segall H, Rice DH, Petrovich Z. Squamous cell carcinoma arising in a second branchial cleft cyst. *Am J Clin Oncol.* 2004; 27(1): 96-100.