

Quiste branquial

Sr. Director:

El diagnóstico de los quistes branquiales se realiza en muchas ocasiones por la presencia de tumefacciones subcutáneas en la región cervical que en ocasiones fistulizan hacia cavidades internas como faringe, laringe o hacia el exterior a través de la piel del cuello¹. Es llamativo que en la bibliografía dermatológica sea poco frecuente encontrar referencias acerca de la sintomatología de este tipo de lesiones, cuando puede ser el primer motivo de consulta de estos pacientes, como sucedió en nuestro caso.

Una mujer de 48 años, sin antecedentes médicos de interés, acudió a consulta por presentar desde la infancia dos lesiones que se distribuían de forma simétrica en la cara anterior del tercio inferior del cuello, de las cuales en ocasiones le drenaba un material blanquecino e inodoro. En la exploración clínica se apreciaban dos lesiones papulosas, de coloración marronácea, ligeramente infiltradas, asintomáticas, sin que a la expresión se apreciara drenaje alguno (fig. 1).

Se realizó la extirpación quirúrgica de unas de las lesiones y su posterior estudio histológico. Tras la realización de este procedimiento se produjo una ulceración de la herida con drenaje constante de un exudado blanquecino. Ante la sospecha clínica de una fístula se le realizó una TC cervical en la que se apreciaban dos formaciones quísticas debajo del



Fig. 1.—Dos pápulas editematoparduscas, levemente infiltradas al tacto.

esternocleidomastoideo, bien definidas, que se continuaban mediante trayectos fistulosos con la cara anterior del cuello. El análisis histológico de la pieza mostró la presencia de un trayecto fistuloso revestido de epitelio escamoso poliestratificado compatible con la presencia de restos branquiales.

Los quistes branquiales son quistes epiteliales que se originan por el cierre incompleto de las hendiduras branquiales, habitualmente la segunda, tercera o más raramente el primer arco branquial. Durante el cierre de estos arcos branquiales quedarían secuestrados restos de la membrana branquial. La mayoría de los casos son esporádicos, aunque también se han recogido algunas familias en las que se transmitirían estas alteraciones de forma autosómica dominante². Aparecen desde el nacimiento o en los primeros años de vida. Cuando llegan a fistulizar a la piel se localizan en la cara anterior y caras laterales del cuello, presentándose como lesiones papulonodulares de coloración eritematosa o pardusa, y que en ocasiones drenan un material mucoso. El diagnóstico diferencial se establece con otras alteraciones branquiales como los timos cutáneos y las glándulas salivales heterotópicas^{3,4}. Ante la existencia de un quiste branquial con fístula cutánea es recomendable el tratamiento quirúrgico, debido a las frecuentes complicaciones infecciosas e inflamatorias⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, et al. *Dermatology in general medicine*. 5.ª ed. 2001.
2. Wheeler CE, Shaw RF, Cawley EP. Branchial anomalies in 3 generations of one family *Arch Dermatol* 1958;77:715.
3. Sevilla A, Morell A, Navas J, Alfonso R, Silvestre JF. Orifices at the lower neck: Heterotopic salivary gland. *Dermatology* 1997;194:360-1.
4. Hiraumi H, Tabuchi K, Kitajiri S. Dermal thymus: Case report and review of the literature. *Am J Otolaryngol* 2001;22: 294-6.
5. Gallego Aranda I, Lassaleta Atienza L, López-Ríos Moreno, García Álvarez G, Álvarez Vicent JJ, Martínez Tello FJ. Branchial cysts with heterotopic salivary tissue in the upper third of the neck. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2000;51:755-8.

**Luis Pérez-España, Miriam Corral,
Dulce Arranz y Rosa Díaz**

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.