

Lesiones quísticas del cuello

Alicia Victoria Gavilanes Vaca¹, Ignacio Díaz Villalonga¹, Laura Ortiz Evan¹, Irene Martínez González¹, Antonio Tirado Muñoz¹, Gonzalo Hernández Muro¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres.

Objetivo docente:



Revisar las lesiones quísticas del cuello y determinar las características radiológicas clave para el correcto diagnóstico diferencial de las mismas.

Revisión del tema



Una correcta anamnesis y exploración física puede sugerir un diagnóstico aproximado sobre la etiología de una masa quística del cuello; sin embargo, la realización de una técnica de imagen es indispensable para lograr una adecuada caracterización de este tipo de lesiones. La ecografía es la técnica inicial de elección por el papel que desempeña a la hora de determinar la naturaleza quística de una lesión y las relaciones anatómicas de la misma. La TC es superior a la ecografía debido a que permite visualizar con claridad la extensión de una masa, además de identificar la presencia de algún componente graso o cálcico. La RM ofrece una resolución superior a la TC y puede ser de utilidad en ciertos casos en los que se requiere gran precisión en la localización anatómica de la lesión para la planificación quirúrgica.

Índice de lesiones quísticas



1. Quiste del conducto tirogloso
2. Quistes de la hendidura
branquial
3. Linfangioma
4. Quiste epidermoide y
dermoide
5. Quiste tímico
6. Laringocele
7. Ránula

Quiste del conducto tirogloso (QCT)

Masa congénita del cuello más frecuente

Etiología

El conducto tirogloso permite el descenso de los primordios tiroideos desde el foramen ciego (base de la lengua) hasta su posición final en el espacio visceral. La persistencia de alguna porción del conducto tirogloso luego de su involución en la 8va semana embrionaria es la responsable del desarrollo de quistes o de tejido tiroideo ectópico (Fig. 1).

Presentación clínica

- El 90% de los casos se presenta antes de los 10 años y el resto aparece en adultos jóvenes, en estos últimos, un 1% puede desarrollar un carcinoma de tiroides, generalmente papilar.
- Masa infrahioidea suave y fluctuante detectable frecuentemente después de una infección. No suele ocasionar obstrucción de la vía aérea.

Imagen

Ecografía

Dos formas de presentación:

1. Lesión con pared fina, circunscrita, anecoica y refuerzo acústico posterior.
2. Lesión de paredes gruesas, hipoeicoica con ecos internos secundario a infecciones/hemorragias repetidas o a contenido proteináceo (Fig 2).

TC

- Masa circunscrita de paredes finas con atenuación líquida.
- Atenuación alta o realce periférico en el caso de quistes complicados.
- En caso de tejido sólido o calcificaciones sospechar en malignidad. Los carcinomas de un QCT no suelen metastatizar en los ganglios linfáticos.

RM

- Invariablemente hiperintensa en T2.
- Intensidad variable en T1, con señal aumentada en el caso de contenido proteináceo alto.

Diagnóstico diferencial

Depende de la localización del quiste.

- Línea media: Quiste dermoide y adenopatías necróticas. Buscar movimiento vertical del QCT con los movimientos linguales.
- Fuera de la línea media: Quiste de la hendidura branquial, adenopatías e higromas quísticos.

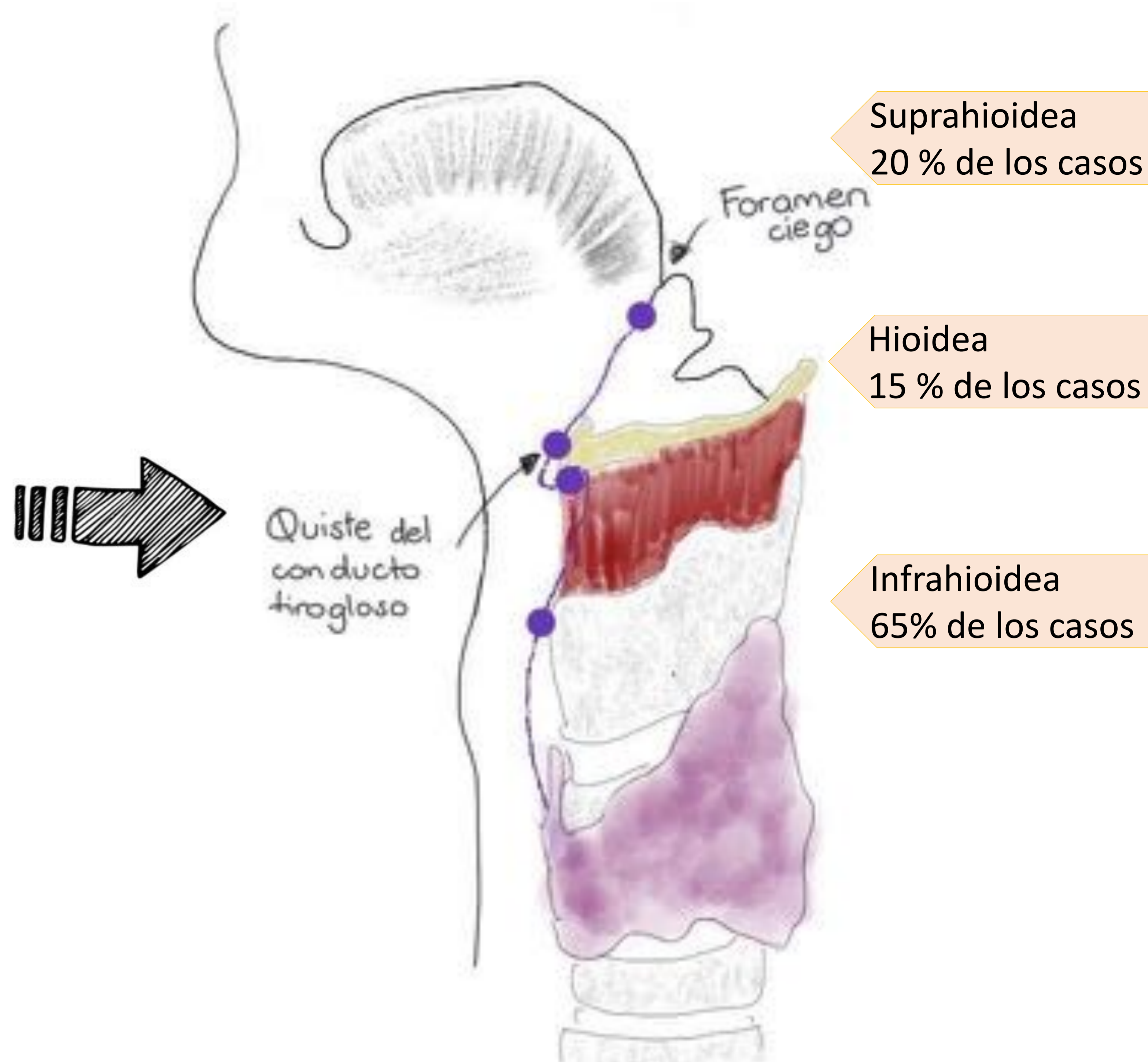


Fig. 1 Localización de los QCT.

Localización:

- El 75% se encuentra en la línea media.
- Mientras más inferior es el quiste, mayor probabilidad de que se localice fuera de la línea media.

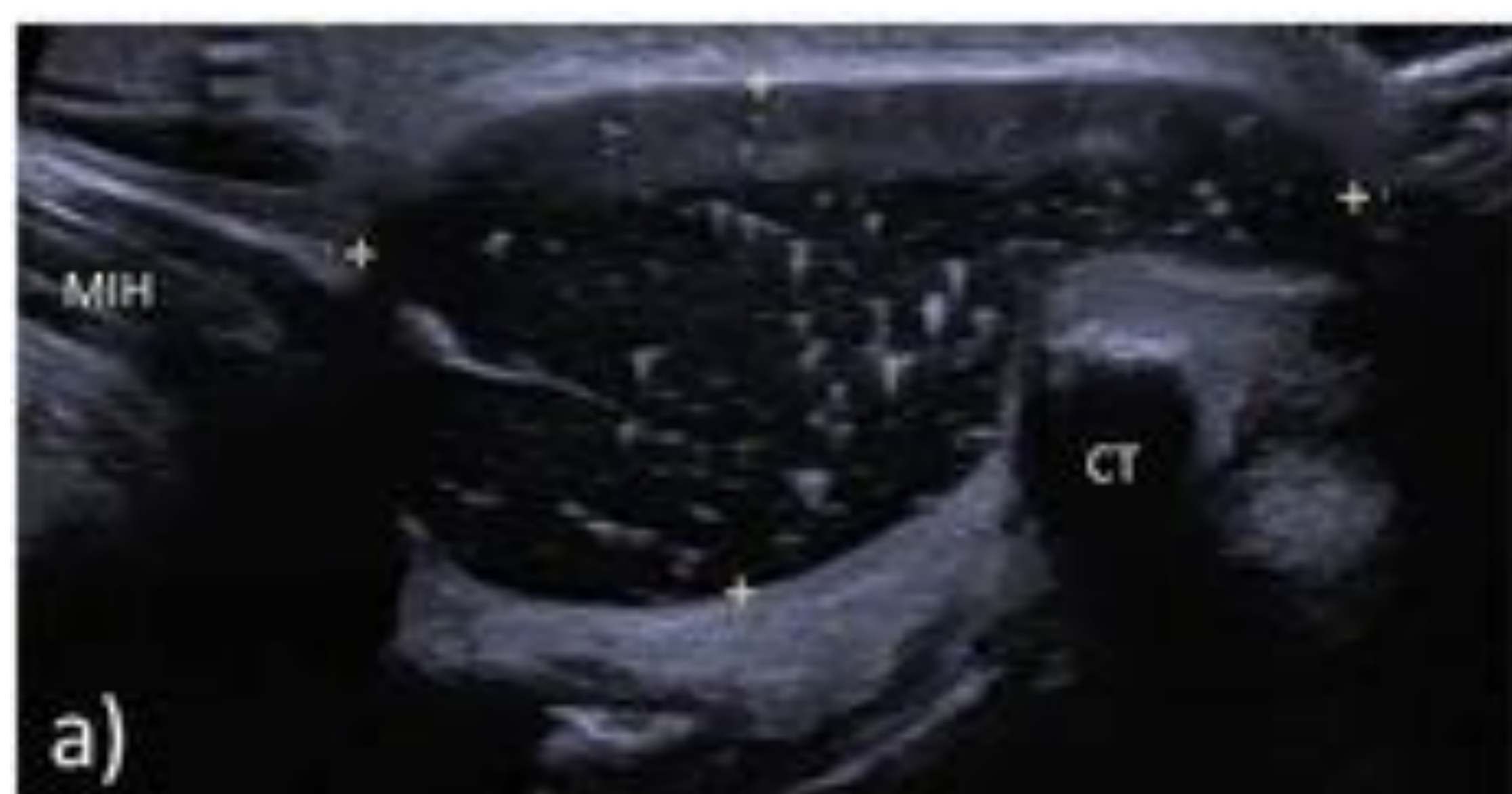


Fig. 2 Hombre de 39 años con bultoma en región cervical anterior, móvil, con crecimiento progresivo compatible con QCT complicado confirmado por AP. **a)** Plano longitudinal ecográfico de la lesión infrahioidea, localizada anterior al cartílago tiroideo (CT) y en estrecha relación con la musculatura infrahioidea (MIH). Es hipoeicoica, con múltiples focos ecogénicos en su interior y de margen circunscrito. **b y c)** En los cortes axial y sagital del TC de cuello esta lesión tiene un aspecto homogéneo, con atenuación superior al líquido que no realza y una fina pared con tenue captación. Contacta y deforma ligeramente la lámina izquierda del cartílago tiroideo (flecha). El corte sagital se correlaciona con la imagen ecográfica.

Quistes de la hendidura branquial

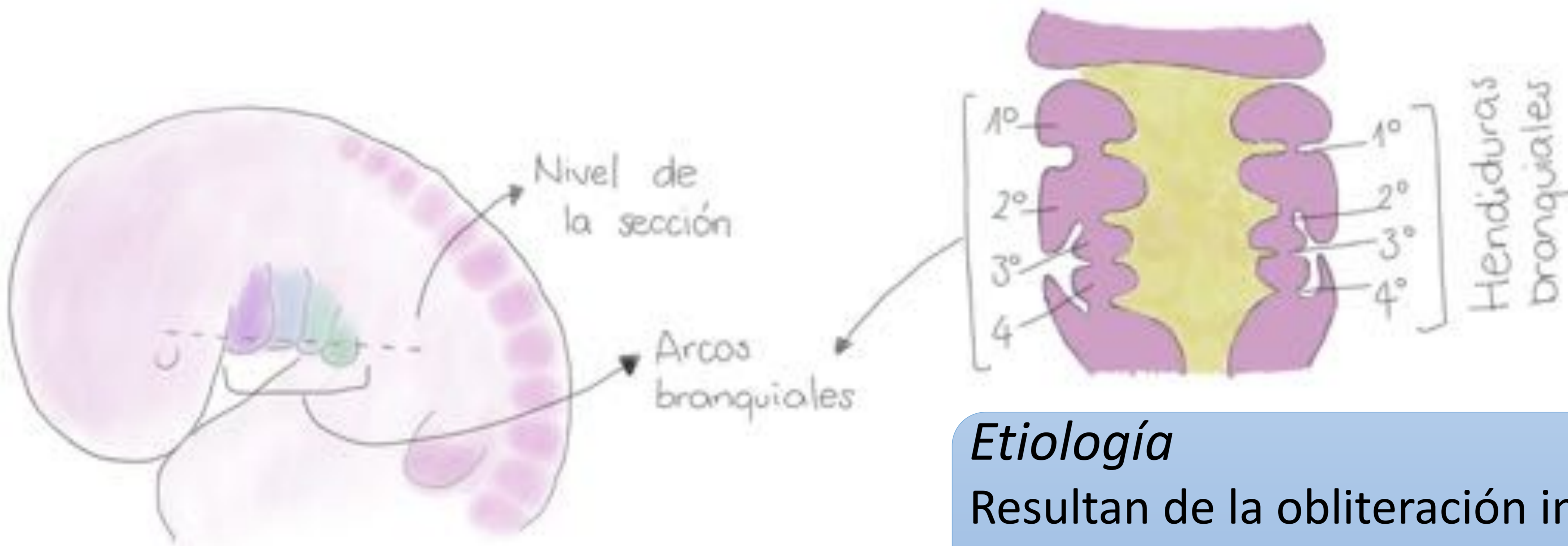


Fig. 3 Arcos y hendiduras branquiales

Etiología

Resultan de la obliteración incompleta de cualquier tracto de una hendidura branquial (Fig. 3) pudiendo aparecer un quiste (75%), seno o tracto fistuloso (25%).

Características

Primera hendidura branquial

- Menos comunes y generalmente relacionadas con la glándula parótida, deben incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones quísticas parotídeas. Típicamente se presentan como fístulas y senos. Los quistes son menos frecuentes.
- Imagen: Masa quística redondeada u oval de localización superficial, profunda o en el espesor de la parótida (Fig. 4). También pueden aparecer a lo largo del conducto auditivo externo.

Segunda hendidura branquial

- Masas quísticas en el aspecto lateral del cuello en adultos jóvenes.
- Presenta cuatro subtipos (Tabla 1).
Imagen:
 - Ecografía
Masa anecoica con pared fina bien definida. También puede presentar una pared gruesa con septos o ecos internos (Fig. 6).
 - TC
Masa bien circunscrita, de baja atenuación, homogénea y sin realce. A veces se puede apreciar el signo del pico (Fig. 5), que consiste en un borde curvo que se localiza entre la ACI y la ACE. La pared puede realzar en el caso de inflamación asociada.

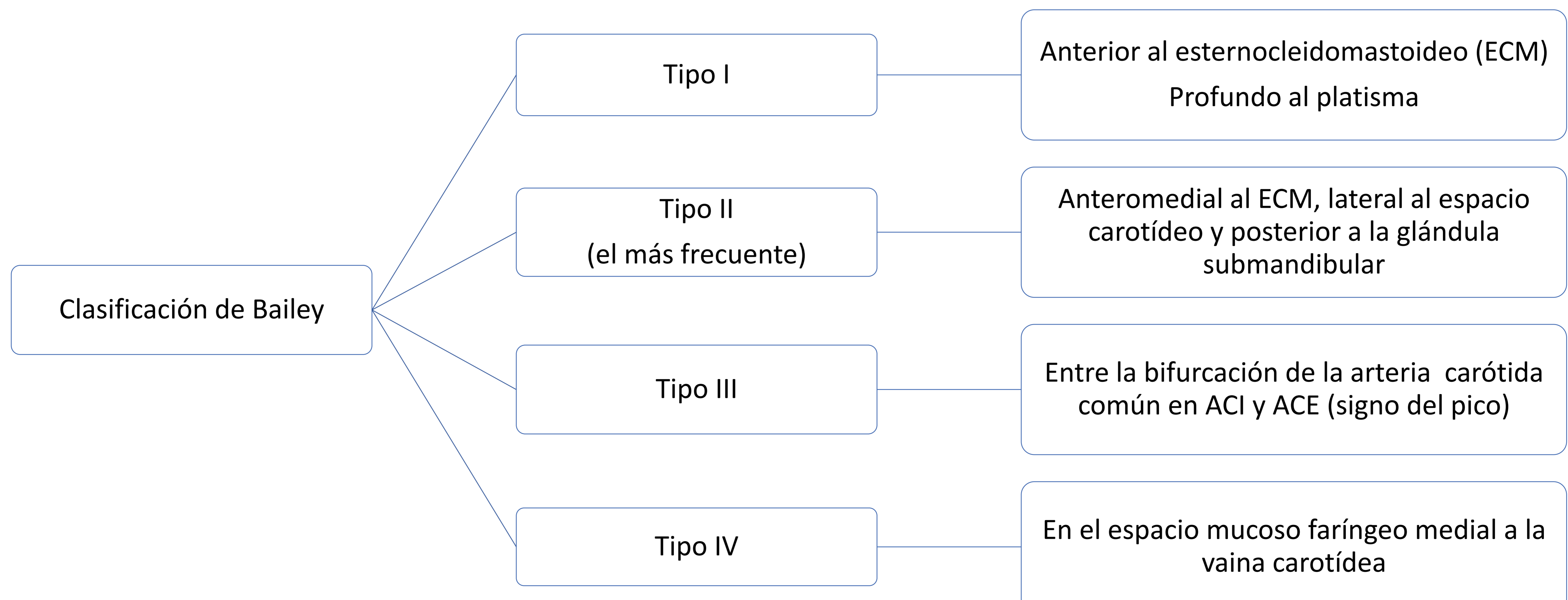


Tabla 1. Clasificación de Bailey de los quistes de la segunda hendidura branquial.

Quistes de la hendidura branquial

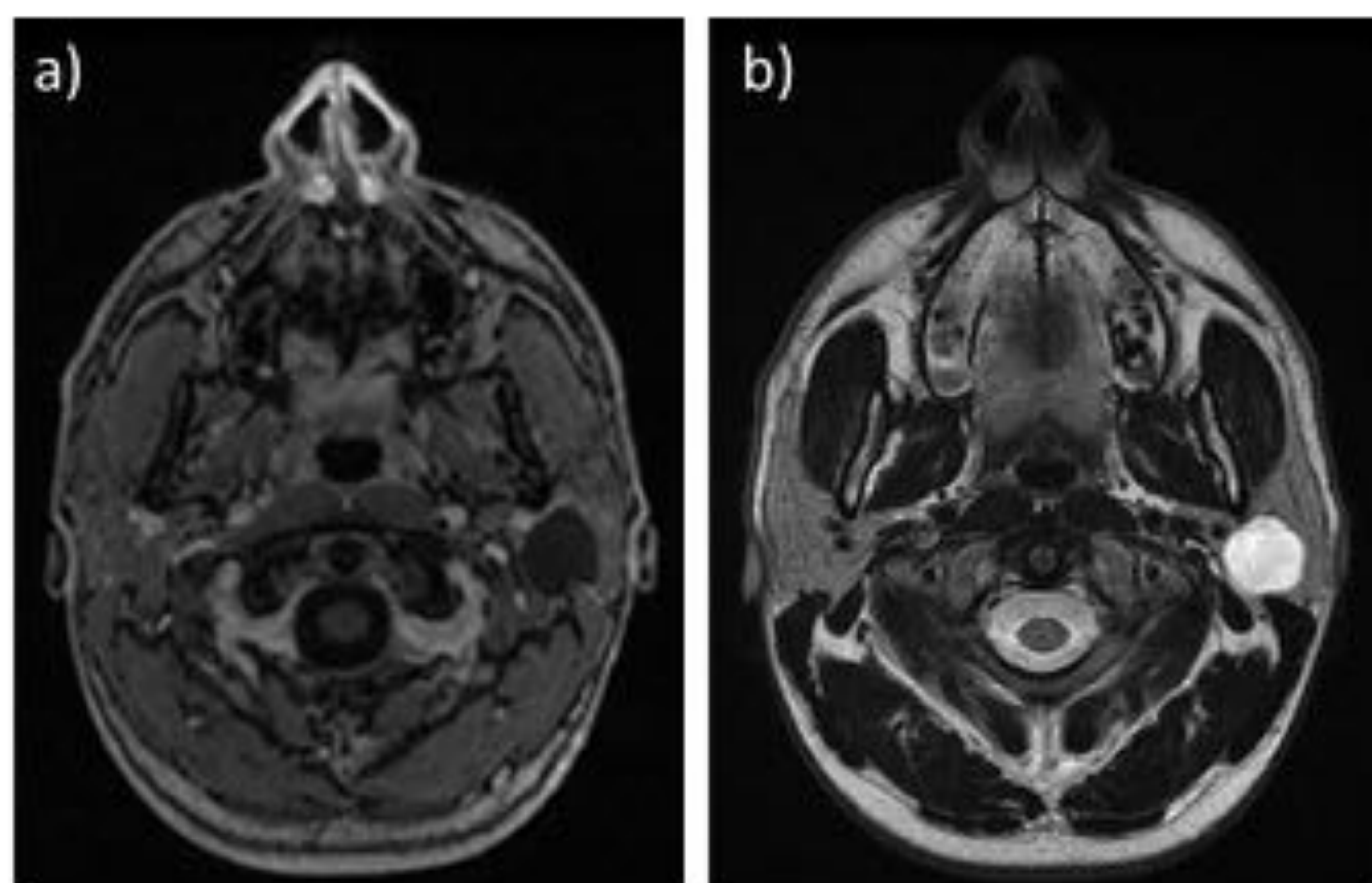


Fig. 4 **a y b)** Secuencias axiales potenciadas en T1 y T2 que muestran una quiste de la primera hendidura branquial localizado en el lóbulo profundo de la parótida.

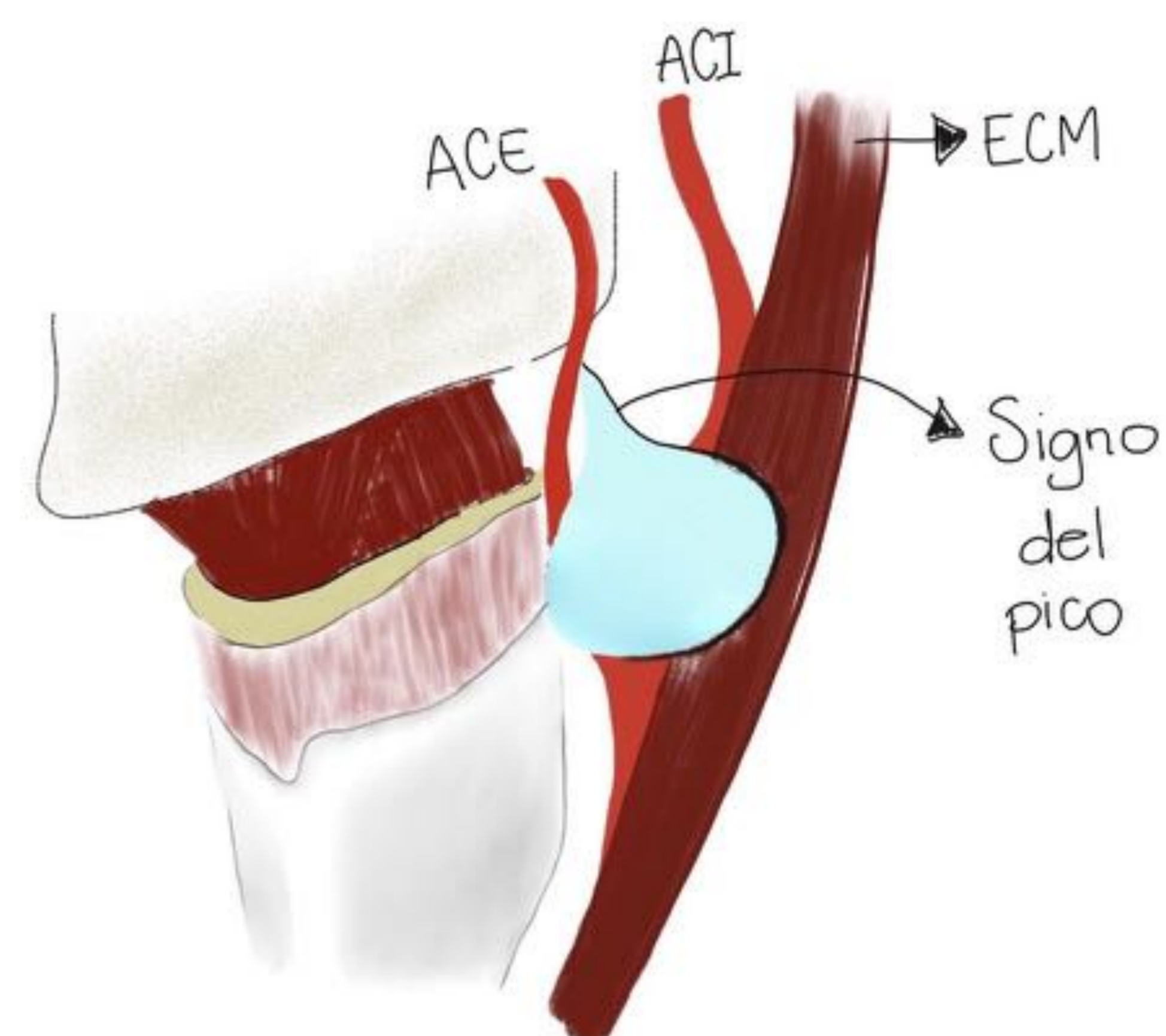


Fig. 5 Quiste branquial localizado entre las arterias carótida interna y carótida externa con el «signo del pico»

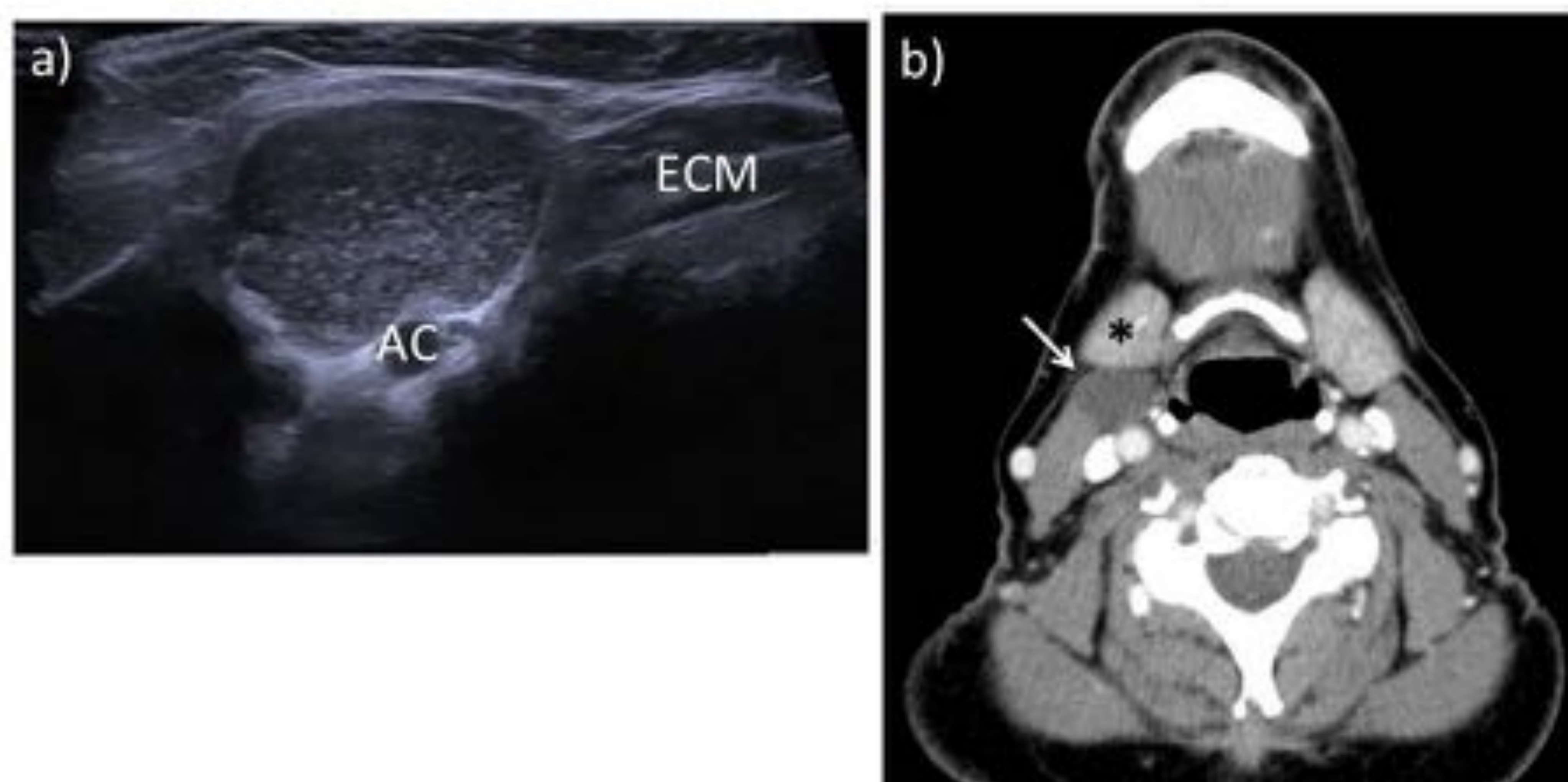
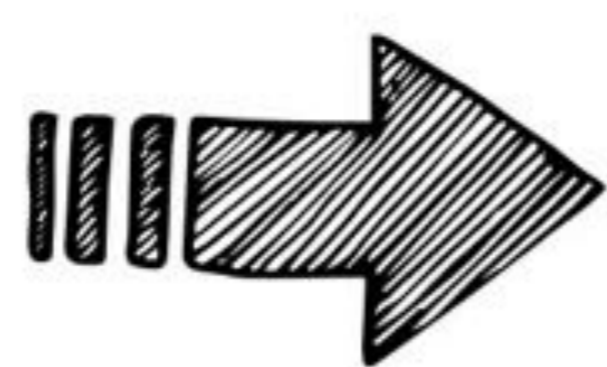


Fig. 6 **a)** Imagen axial de ecografía de cuello que muestra una masa de bordes discretamente engrosados y contenido hipoecoico heterogéneo con ecos internos localizada lateral a la arteria carótida común (AC). Presenta refuerzo acústico posterior. **b)** En la TC axial de cuello con contraste intravenoso, esta lesión (flecha) es de atenuación baja (25UH) y no muestra realce. Se localiza posterior a la glándula submandibular (asterisco), anterior al músculo ECM y lateral al espacio carotídeo. Estos hallazgos son compatibles con un quiste de la segunda hendidura branquial tipo II.

Tercera y cuarta hendidura branquial

- Son muy raros y se presentan como senos o tractos fistulosos en pacientes con historial de infecciones repetidas del cuello. Ambos están relacionados con el seno piriforme.
- Los quistes de la tercera hendidura branquial se extienden a lo largo de la faringe desde el ápex del seno piriforme, posterior al espacio carotídeo y al ECM, hasta la porción lateral inferior cervical.
- Las anomalías de la cuarta hendidura branquial surgen del seno piriforme y se dirigen por debajo del arco aórtico (si la lesión es izquierda) o debajo de la arteria subclavia derecha (en lesiones derechas) para posteriormente ascender por la superficie ventral de la arteria carótida común hacia su bifurcación. Pueden ocasionar fístulas cutáneas o asociarse con tiroiditis supurativa.

Linfangioma



Malformación quística congénita del sistema linfático que generalmente afecta a la cabeza y cuello.

Clínica

- Masa blanda de consistencia pastosa.
- El 90% de las veces se presentan en menores de 2 años.

Tres tipos de acuerdo al tamaño de las cavidades quísticas

1

Microquístico o linfangioma capilar

2

Linfangioma quístico o higroma quístico:

- Los más frecuentes, siendo el cuello la localización más usual (75% de los casos).
- Suelen comprometer el triángulo posterior o el espacio submandibular.
- Son infiltrativas y no respetan los planos faciales.

3

Macroquístico o linfangioma cavernoso

Imagen

Estas lesiones aumentan de tamaño de manera súbita cuando se complican.

Ecografía

- Masa quística con septos internos de espesor variable (Fig. 7).
- El contenido puede ser anecoico o hiperecoico con niveles líquido-líquido en el caso de hemorragia interna, infección o un contenido lipídico elevado.
- Se puede observar flujo Doppler arterial o venoso en los septos.
- Los linfangiomas grandes suelen ocupar más de un espacio en el cuello e insinuarse entre estructuras normales.

TC y RM

Útiles para la evaluación de la profundidad de la extensión en el cuello o el tórax.

CT:

Masas mal definidas, loculadas e hipoatenuantes en comparación con el músculo adyacente.

RM:

- Señal baja o intermedia en T1 y marcadamente alta en T2, a menos que se hayan complicado con hemorragia (hiperintensidad en T1).
- Puede existir realce en las paredes quísticas y en los septos, pero no en el contenido líquido.

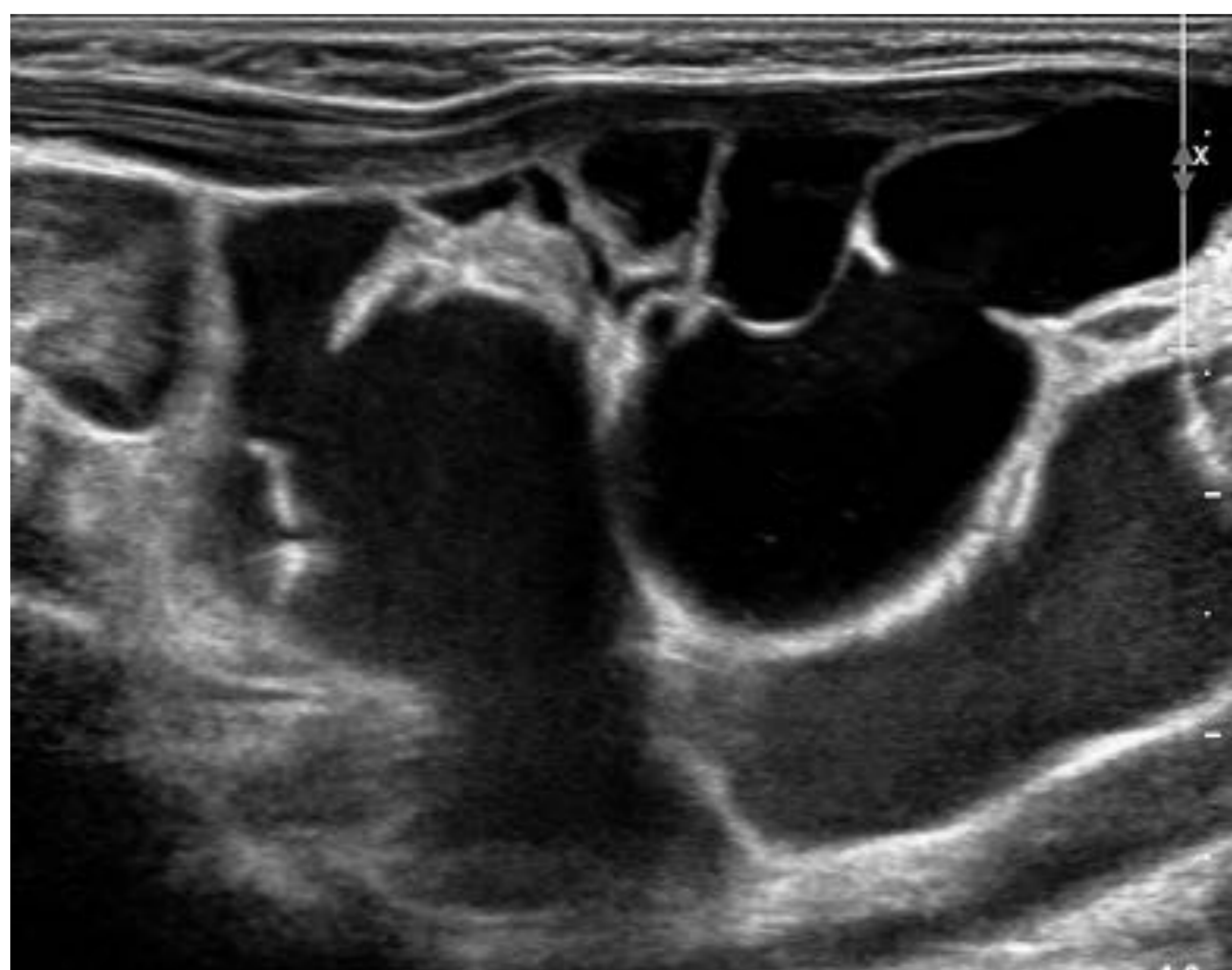


Fig. 7 Paciente de 16 meses con linfangioma quístico laterocervical izquierdo. En el corte axial de la ecografía de cuello se aprecia una masa anecoica, multiloculada y con septos múltiples.

Diagnóstico diferencial

- Teratomas: Tienen grasa o calcificaciones
- Malformaciones venosas: Flujo sanguíneo interno y realce central

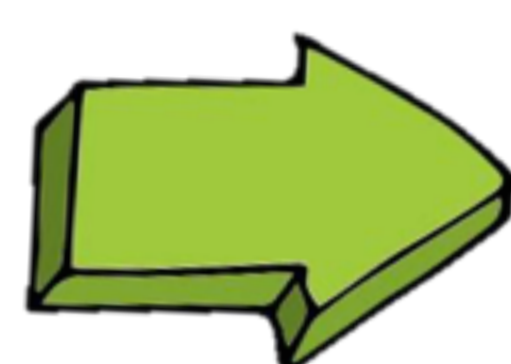
Quistes dermoides y epidermoides

Son quistes benignos de inclusión ectodérmica secundarios a la persistencia de elementos ectodérmicos en los sitios de cierre de suturas y de cierre del tubo neural.



- Ambos quistes tienen una estructura similar y contienen ectodermo.
- Los quistes dermoides, a diferencia de los epidermoides, contienen elementos cutáneos como glándulas sebáceas o folículos pilosos.
- Pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, con afectación de la cabeza y cuello en el 7% de los casos.

Presentación clínica



Los quistes dermoides generalmente aparecen durante la segunda y tercera década de la vida como masas de crecimiento lento en los espacios submandibulares o sublinguales, mientras que los quistes epidermoides se manifiestan durante la infancia.

Imagen



Ecografía

Masas bien definidas, anecoicas/hipoecoicas, con refuerzo acústico posterior localizadas en la línea media del cuello. Ocasionalmente pueden contener ecos internos secundarios a la presencia de calcificaciones, grasa, moco y/o material purulento o de partes blandas.

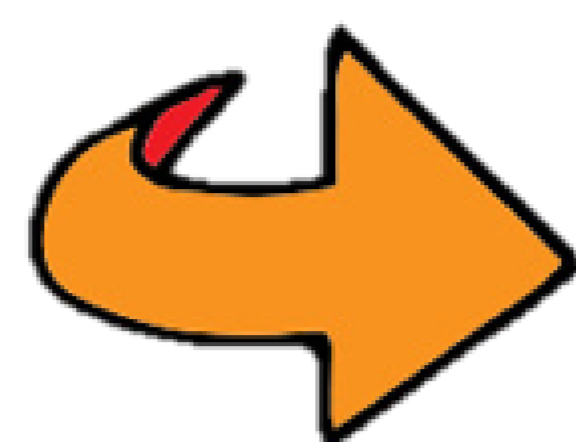
TC

Los quistes dermoides se presentan como masas circunscritas, uniloculares y de baja atenuación, con realce de sus bordes. Los glóbulos de grasa flotando dentro de la lesión pueden dar la apariencia característica en «saco de canicas». La presencia de calcificaciones y espacios quísticos ayuda a diferenciarlos de los lipomas (Fig. 8).



Fig. 8 Paciente de 10 años con tumoración submentoniana derecha de dos meses de evolución sin otras alteraciones locales asociadas. Se confirma mediante anatomía patológica que se trata de un quiste dermoide. **a)** Ecografía de cuello que muestra una lesión hipoecogénica con refuerzo acústico posterior de bordes bien definidos y un diámetro máximo de 3 cm localizada en la línea media submentoniana con lateralización hacia la derecha. **b y c)** TC de cuello sagital y axial con contraste intravenoso, que muestra la lesión visualizada en ecografía, localizada en el espacio sublingual derecho, en situación medial al músculo milohioideo derecho y lateral al rafe medio lingual; presenta una morfología ovoidea, de margen bien definido, hipodensa y con un foco de calcificación grosera en su porción más declive (flecha).

Quiste tímico



Presentación clínica

- Son poco frecuentes y asintomáticos.
- Se detectan principalmente en la primera década de la vida (entre los 2 y 15 años de vida).



Localización

- Pueden ser cervicales o torácicos con afectación de la mitad inferior del cuello desde el hueso hioides hasta el mediastino anterior.
- Más del 50% de los casos suelen presentar extensión mediastínica sea directa o por comunicación con un remanente.



Imagen

Quiste uni o multilocular de pared fina que se asocia íntimamente con la vaina carotídea y que se puede extender hacia el opérculo torácico, paralela al ECM, con una morfología similar a una mancuerna.

En muy pocos casos pueden encontrarse calcificaciones curvilíneas (Fig. 9).

Puede presentar valores de atenuación media de 23 UH.

RM

En el caso de quistes no complicados muestran las características típicas de cualquier quiste simple



Diagnóstico diferencial

Tomar en cuenta dos datos importantes: La edad y la localización del quiste.

- Quistes branquiales: Ocurren en la tercera década de la vida y afectan a la mitad superior del cuello.
- Linfangiomas: Aparecen principalmente en menores de 2 años y solo el 10% tiene extensión mediastínica.

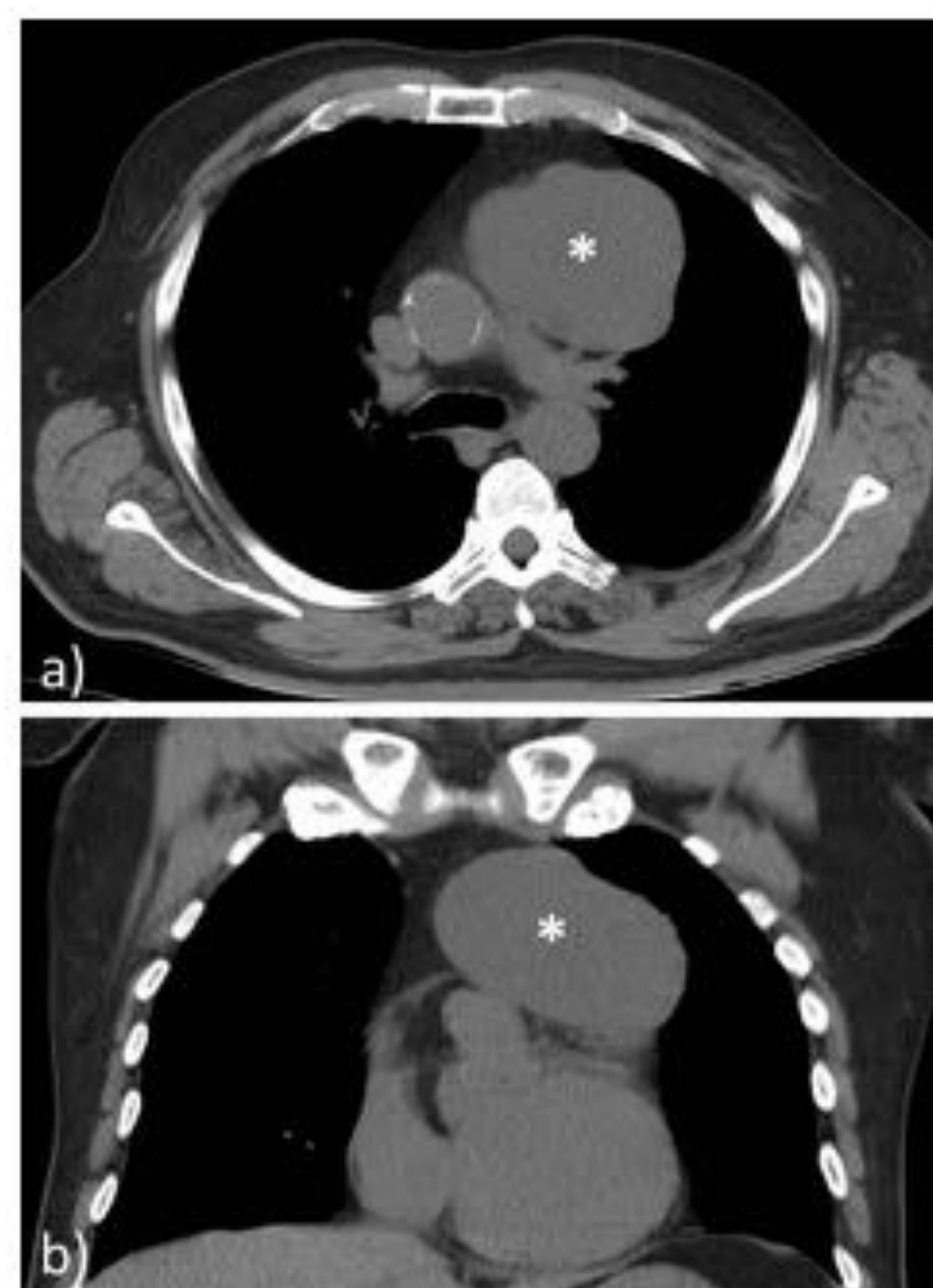


Fig 9. Hallazgo incidental presente en una Rx de tórax compatible con quiste tímico. **a y b)** Cortes axial y coronal de TC de tórax que muestran una lesión (asterisco) en mediastino anterior de aspecto homogéneo, con atenuación ligeramente superior al agua (22UH) y bordes bien delimitados. Muestra buen plano de clivaje con los grandes vasos y se extiende hacia los troncos supraaórticos.

Laringocele

Dilatación del sáculo laríngeo (extensión normal del ventrículo laríngeo), secundario a una obstrucción del mismo. Puede contener aire o líquido.



Localización

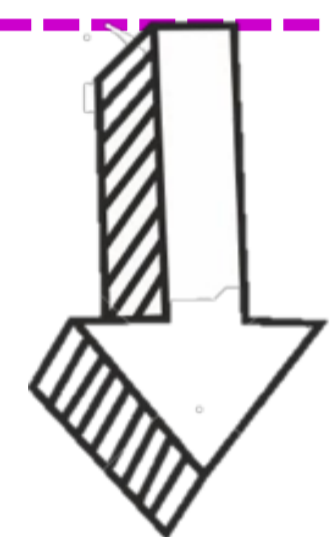
Se extiende superolateralmente desde el margen lateral del ventrículo laríngeo hasta el espacio paraglótico de la laringe supraglótica.

Etiología

Secundario a un aumento de la presión intraglótica (frecuente en músicos que tocan instrumentos de viento) posiblemente en combinación con un sáculo grande congénito. Los laringoceles también pueden tener como causa una obstrucción neoplásica.

Tipos

- **Internos:** Limitados por la membrana tirohioidea. Clínicamente suelen presentar ronquera, estridor, disfagia o tos (Fig. 10).
- **Externos:** Protruyen a través de la membrana tirohioidea con dilatación únicamente de la porción externa de la lesión. Se presentan como masas compresibles (Fig. 11).
- **Mixto:** Similares a los externos pero con dilatación de ambos segmentos: interno y externo.



Imagen

CT

Estructura de pared fina, bien definida, llena de aire o de líquido en el caso de que esté completamente obstruida.

RM

La intensidad de señal varía dependiendo de la presencia de secreciones proteináceas y otros debris.

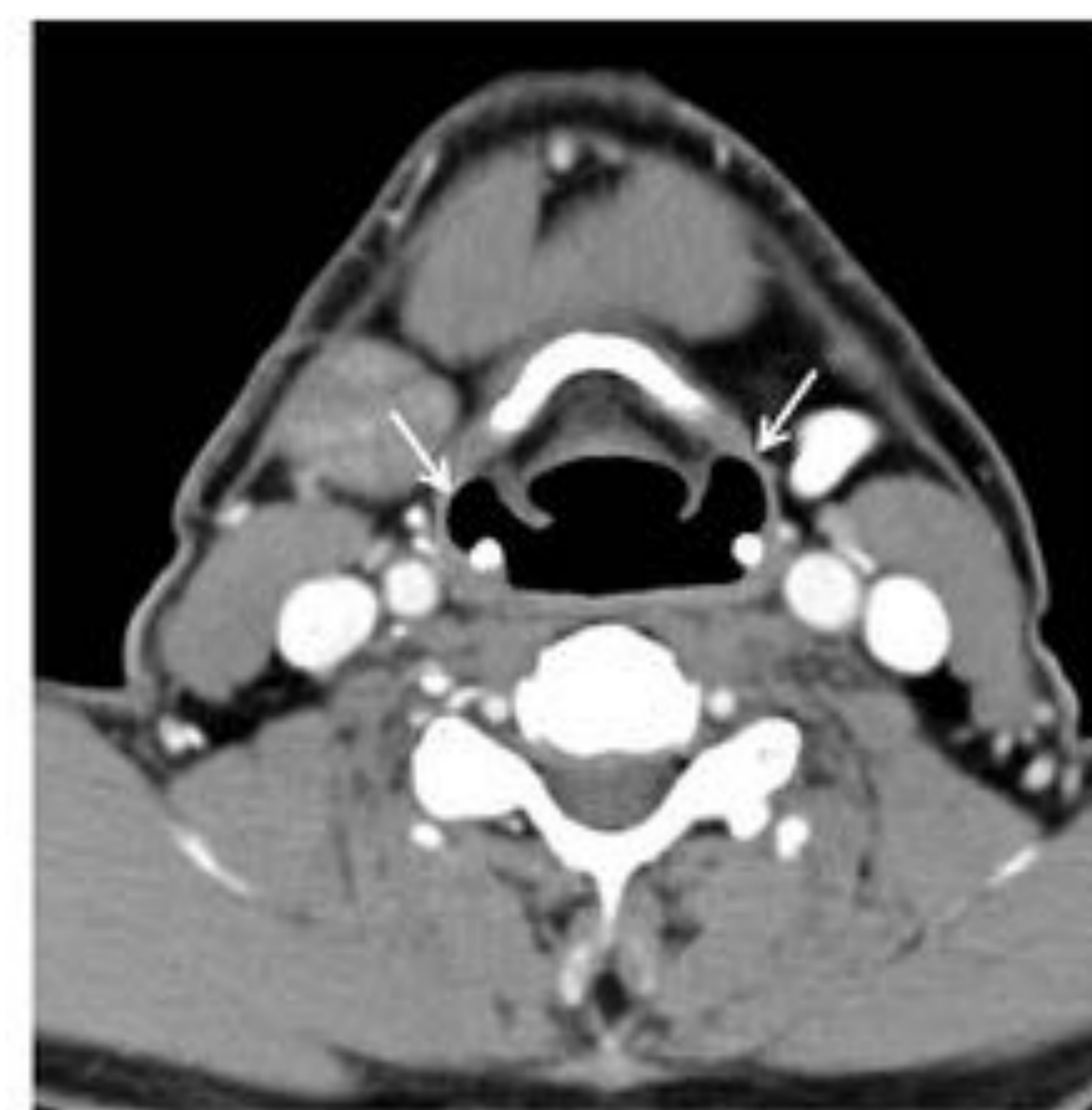


Fig. 10 TC de cuello con contraste intravenoso de un paciente fumador con disfagia y ronquera que presenta dos dilataciones saculares (flechas) con contenido aéreo que dependen de ambos ventrículos laríngeos y se encuentran confinadas al espacio paralaríngeo con discreto abombamiento de la membrana tirohioidea, en relación con laringoceles internos bilaterales.

Diagnóstico diferencial

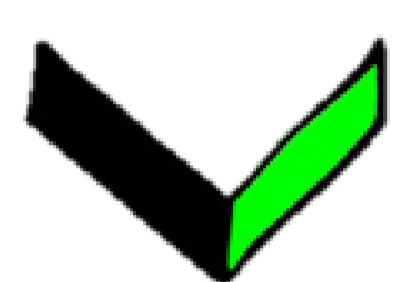
- Divertículo de la pared faríngea: Se rellena de contraste en un estudio baritado y no se extiende hacia el espacio grasa paraglótico.
- Dilatación asimétrica del seno piriforme: secundario a parálisis de cuerdas vocales.
- Quiste del conducto tirogloso: más anterior y en la línea media sin componente intralaríngeo.



Fig. 11 a y b) Corte axial y coronal de TC de cuello con contraste intravenoso que muestra dos laringoceles (flechas) con contenido aéreo que sobrepasan la membrana tirohioidea, sin apreciar dilatación de su porción interna, hallazgos en relación con laringoceles externos bilaterales.

Ránula

Son quistes de retención mucosa resultantes de la obstrucción de la glándula sublingual o su conducto.



Localización

- Típicamente aparecen en el suelo de la boca, craneales al músculo milohioideo, en el espacio sublingual (Fig. 12).
- Cuando se rompen, pueden extenderse posteriormente rodeando al margen posterior libre del milohioideo con la subsecuente ocupación del espacio submandibular.
- En ocasiones puede dirigirse caudalmente hacia el espacio parafaríngeo.

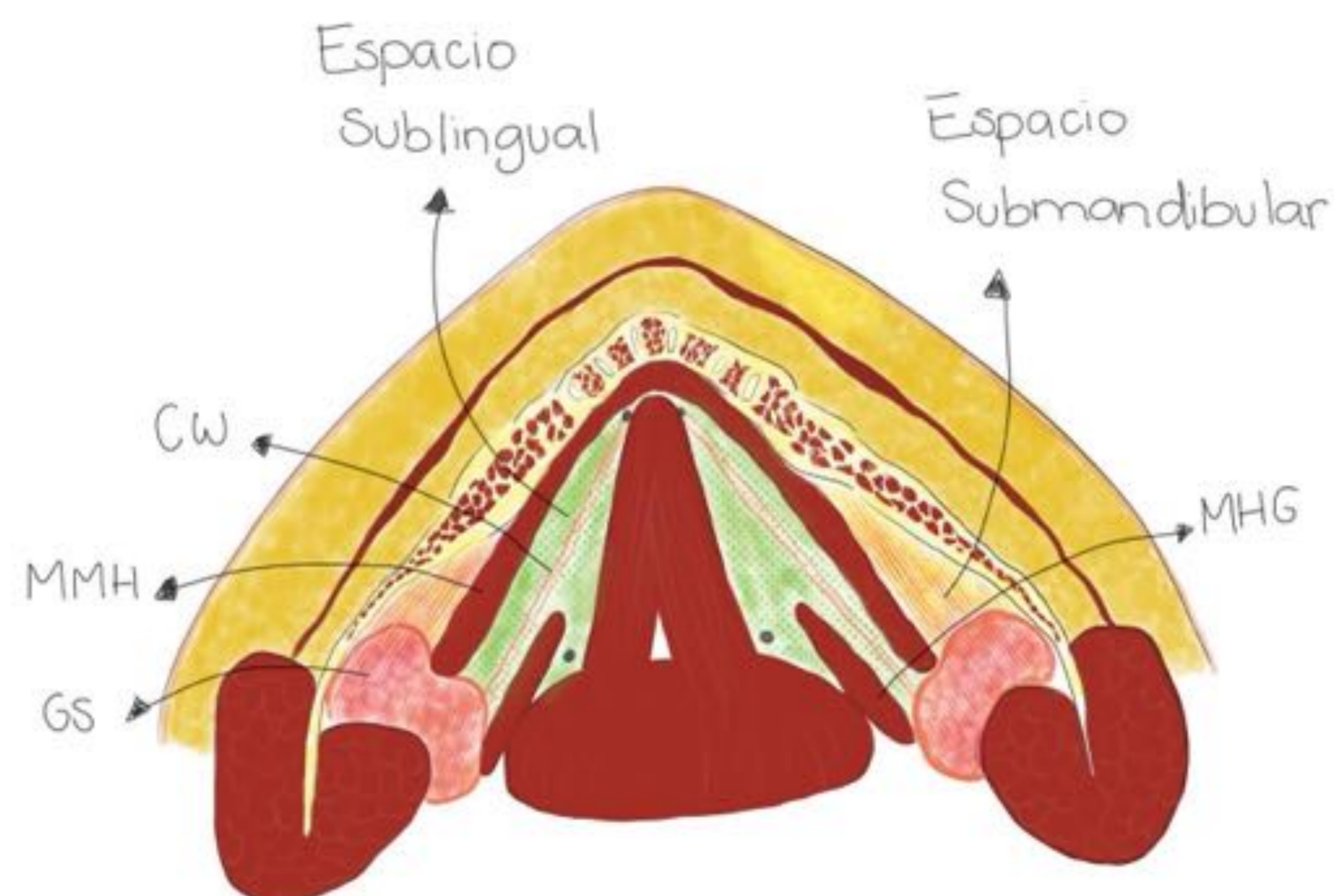
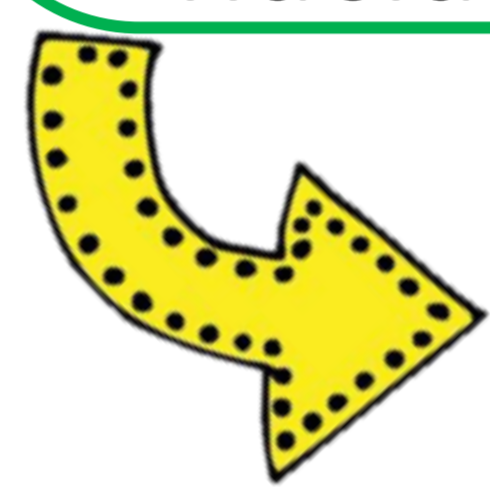


Fig. 12 Delimitación anatómica de los espacios sublingual (puntos verdes) y submandibular (líneas rosas). (CW) conducto de Wharton, (MMH) músculo milohioideo, (GS) glándula submandibular, (MHG) músculo hiogloso



Imagen

Quiste simple unilocular con una pared fina que no realza (Fig. 13).

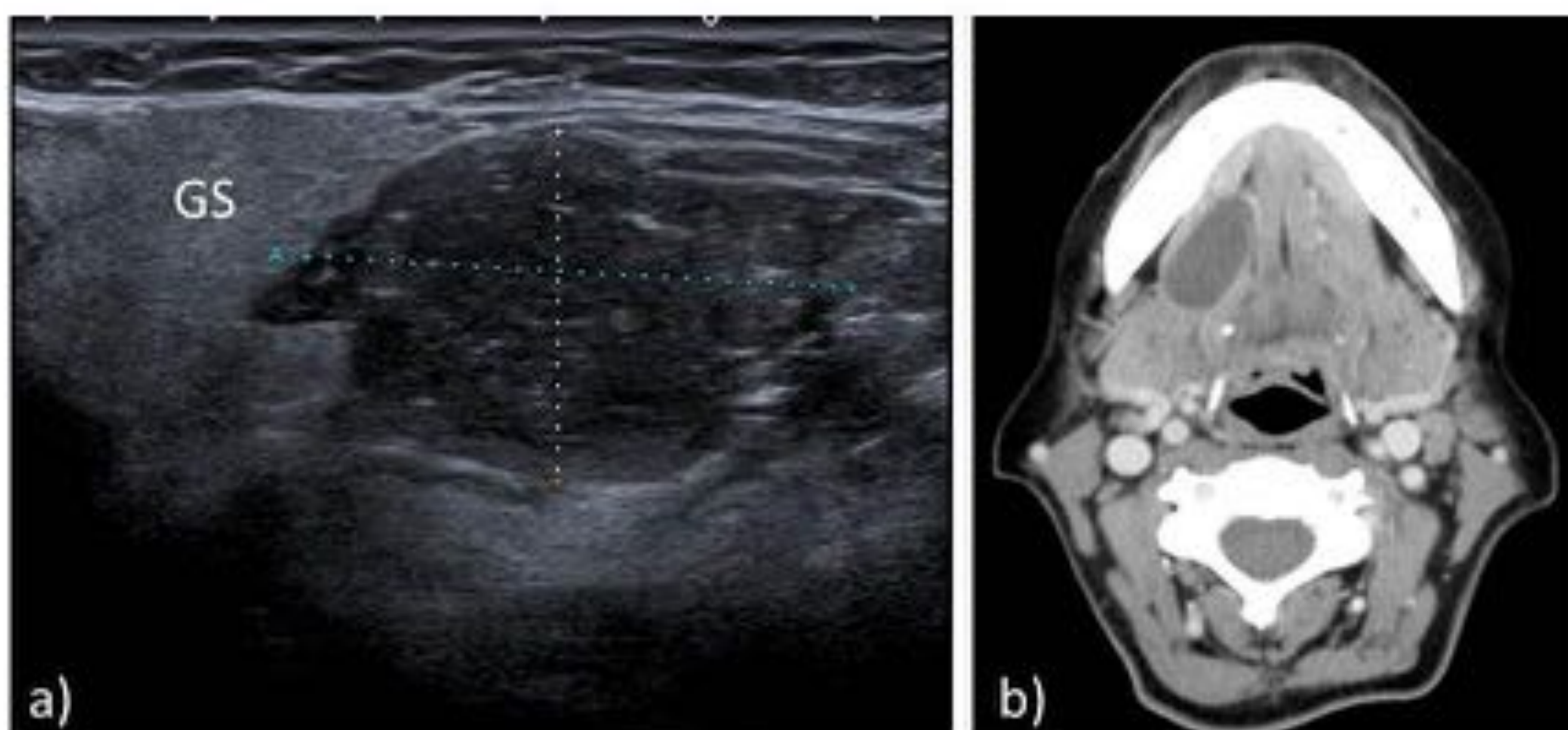


Fig. 13 Paciente con diagnóstico AP de ránula. **a)** Lesión hipoecoica con ecos internos, de morfología ovoidea y contornos bien definidos localizada medial a la glándula submandibular derecha (GS). **b)** El TC axial de cuello muestra una estructura quística homogénea no captante, unilocular y bien delimitada, localizada en el espacio sublingual derecho.

Diagnóstico diferencial

- Quistes dermoides y epidermoides
- Quiste del conducto tirogloso
- Linfangiomas
- La presencia de una porción de ránula alojada en el espacio sublingual es una característica distintiva importante.

Conclusiones:



Las características radiológicas visualizadas mediante las diferentes técnicas de imagen disponibles para la valoración de las lesiones quísticas del cuello permiten definir y sugerir con mayor certeza un diagnóstico definitivo.

Bibliografía

1. Bansal AG, Oudsema R, Masseaux JA, Rosenberg HK. US of Pediatric Superficial Masses of the Head and Neck. *RadioGraphics*. 1 de julio de 2018;38(4):1239-63.
2. Lev S, Lev MH. IMAGING OF CYSTIC LESIONS. *Radiologic Clinics of North America*. Septiembre de 2000;38(5):1013-27.
3. Haaga J, Boll D. CT and MRI of the Whole Body. Sexta edición. Elsevier 2017.
4. Harnsberger R. Diagnostic Imaging Head and Neck. 2da edición. Amyrsis 2011.
5. McInnis MC, Flores EJ, Shepard J-AO, Ackman JB. Pitfalls in the Imaging and Interpretation of Benign Thymic Lesions: How Thymic MRI Can Help. *American Journal of Roentgenology*. 23 de diciembre de 2015;206(1):W1-8.
6. Mittal MK, Malik A, Sureka B, Thukral BB. Cystic masses of neck: A pictorial review. *Indian J Radiol Imaging*. 2012;22(4):334-43.
7. Moore K, Persaud T, Mark T. The developing Human. Clinically oriented embryology. Novena edición. Elsevier 2013.