
Multimed 2023; 27: e2914

Artículo Original

Correlación clínico-cito histológica de los quistes congénitos cervicales

Clinical-cytological correlation of cervical congenital cysts

Correlação clínico-citológica dos cistos congênitos cervicais

Manuel Estrada Sarmiento^{1*}  <https://orcid.org/0000-0002-6170-5309>

Yinet de los Ángeles Aguilar Fonseca^{II}  <https://orcid.org/0009-0000-2861-7588>

^I Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Hospital Provincial Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

^{II} Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Granma. Granma, Cuba.

* Autor para la correspondencia. E-mail: mesarmiento.grm@infomed.sld.cu

RESUMEN

Los quistes constituyen una cavidad patológica revestida por una pared de tejido conectivo definida y con un tapiz epitelial. Se tuvo como objetivo determinar la correlación de los diagnósticos clínico y citológico en los quistes congénitos Cervicofaciales. Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico clínico, citológico y/o histológico de quiste tirogloso, branquial y demodé, atendidos en el hospital Universitario Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo, durante cinco años. Se calculó la sensibilidad, especificidad y seguridad del diagnóstico clínico y la biopsia por aspiración con aguja fina (FNAC) para cada quiste. El diagnóstico clínico fue de 93,3%, 60,0% y el 100,0 % para los quistes tirogloso branquial y dermoide respectivamente. Encontramos mayor tendencia al error clínico en los quistes branquiales, donde las confusiones más frecuentes se presentan con linfadenopatías inflamatorias. El diagnóstico por aspiración con aguja fina fue de 93.3% y el 60% para



los quistes tirogloso y branquial respectivamente. Se concluyó que el diagnóstico clínico no es suficiente en ocasiones, por lo que es preciso recurrir a medios diagnósticos complementarios, como la biopsia por aspiración con aguja fina; sin embargo esta prueba no es 100% segura.

Palabras clave: Quiste tirogloso; Branquioma; Quiste dermoide; Biopsia con aguja.

ABSTRACT

Cysts constitute a pathological cavity lined by a defined connective tissue wall and with an epithelial tapestry. The objective was to determine the correlation of clinical and cytological diagnoses in congenital cervicofacial cysts. A retrospective study of patients with clinical, cytological and/or histological diagnosis of thyroglossal, branchial and demodé cysts, attended at the Carlos Manuel de Céspedes University Hospital in Bayamo, for five years, was conducted. We calculated the sensitivity, specificity and safety of clinical diagnosis and fine needle aspiration biopsy (FNAC) for each cyst. The clinical diagnosis was 93.3%, 60.0% and 100.0% for branchial thyroglossal and dermoid cysts respectively. We found a greater tendency to clinical error in branchial cysts, where the most frequent confusions occur with inflammatory lymphadenopathy. The diagnosis by fine needle aspiration was 93.3% and 60% for thyroglossal and branchial cysts respectively. It was concluded that clinical diagnosis is sometimes not sufficient, so it is necessary to resort to complementary diagnostic means, such as fine needle aspiration biopsy; However, this test is not 100% safe.

Keywords: Tyroglossal cyst; Gilliom; Dermoid cyst; Needle biopsy.

RESUMO

Os cistos constituem uma cavidade patológica revestida por uma parede de tecido conjuntivo definida e com uma tapeçaria epitelial. O objetivo foi determinar a correlação dos diagnósticos clínicos e citológicos em cistos cervicofaciais. Foi realizado um estudo retrospectivo de pacientes com diagnóstico clínico, citológico e/ou histológico de cistos tireoglossos, branquiais e demodé, atendidos no Hospital



Universitário Carlos Manuel de Céspedes, en Bayamo, por cinco años. Foran calculadas a sensibilidade, especificidade e segurança do diagnóstico clínico e da punção aspirativa por agulha fina (PAAF) para cada cisto. O diagnóstico clínico foi de 93,3%, 60,0% e 100,0% para cistos branquiais tireoglosso e dermóide, respectivamente. Encontramos maior tendência ao erro clínico nos cistos branquiais, onde as confusões mais frequentes ocorrem con linfadenopatía inflamatória. O diagnóstico por punção aspirativa por agulha fina foi de 93,3% e 60% para cistos tireoglossos e branquiais, respectivamente. Concluiu-se que o diagnóstico clínico às vezes não é suficiente, sendo necesario recorrer a meios diagnósticos complementares, como a punção aspirativa por agulha fina; No entanto, este teste não é 100% seguro.

Palavras-chave: Cesto tiroglosso; Gilliom; Cistodermóide; Biópsia por agulha.

Recibido: 20/06/2023

Aprobado: 20/07/2023

Introducción

Los quistes constituyen una cavidad patológica revestida por una pared de tejido conectivo definida y con un tapiz epitelial; presenta en su interior un contenido líquido, semilíquido o gaseoso; su crecimiento es de forma centrífuga y expansiva.⁽¹⁾

La clasificación modificada de Robinson y Thomas para los quistes del área cervicofacial incluye a los quistes tiroglosso, branquial y dermoide, dentro de los congénitos.⁽²⁾ Actualmente se incluyen otros quistes como: laringoceles, quistes tímicos, linfangiomas, otros teratomas y quistes broncogénicos.^(3, 4)

El quiste del conducto tiroglosso es una formación congénita situada en la línea media del cuello o cerca de ella, entre la base de la lengua y el hueso hioides. Un signo patognomónico es el movimiento vertical de la masa a la deglución y a la protracción



lingual. Es considerado la tumefacción congénita del cuello más frecuente, y constituye la segunda causa de tumoración cervical después de las linfadenopatías benignas.^(5, 6)

El quiste branquial, es una malformación congénita blanda, lisa o lobulada de etiología muy discutida, sin embargo la teoría de los remanentes branquiales es más aceptada y se basa en el cierre imperfecto de la primera, segunda, tercera o cuarta hendidura branquial, y por esa razón, aparece en la cara lateral del cuello.^(3,6)

La mayoría de los quistes branquiales cursan sin sintomatología, es decir, no suelen ser dolorosos ni tienden a interrumpir la movilidad del cuello ni la deglución.

Entre un 92% y un 90% se relacionan con la segunda.^(7, 8) El diagnóstico se debe realizar en primer lugar por la clínica sugestiva como es la de una tumefacción latero-cervical por delante del músculo esternocleidomastoideo en un adulto joven.⁽⁹⁾

El quiste dermoide cervical es una anomalía del desarrollo, constituye una cavidad llena de material seroso y con evidencia de derivados de piel especializada, es un teratoma quístico que se presenta como una tumefacción en el cuello, se origina de una inclusión de restos epiteliales en la línea media, en el momento del cierre del I y II arcos branquiales, durante la quinta semana del desarrollo embrionario.^(10,11)

Los quistes congénitos cervicofaciales por su localización, forma de aparición y por los datos de la exploración clínica, ofrecen pocas dudas con respecto al diagnóstico diferencial, esto se hacía más patente hace un tiempo cuando el soporte clínico era prácticamente el único requisito para proponer realizar el acto quirúrgico, en los últimos años, el avance de las modernas técnicas de diagnóstico por imagen y el aumento de la fiabilidad e inocuidad del PAAF, hacen que esta batería de estudio sea un requisito indispensable para llevar a cabo la cirugía con una sospecha quirúrgica que coincide mayormente con los resultados histopatológicos definitivos.⁽¹²⁾

El presente trabajo se realizó con el objetivo de precisar la efectividad del diagnóstico clínico y citológico de estos quistes.

Métodos



Se realizó un estudio retrospectivo de 22 pacientes con diagnóstico clínico, citológico y/o histológico de quiste tirogloso, branquial o dermoide atendidos en el servicio de cirugía maxilo facial del Hospital Universitario Carlos Manuel de Céspedes de Granma, de Cuba, entre enero de 2018 y diciembre del 2022; con el objetivo de establecer la efectividad del diagnóstico clínico y citológico de estos quistes.

Todos los pacientes contaban con una punción aspirativa con aguja fina(PAAF) realizada previo al acto quirúrgico.

Los pacientes fueron clasificados en:

- ✓ Verdaderos positivos (VP): Aquellos cuyo diagnóstico clínico y citológico coincidió con el histológico.
- ✓ Falsos positivos (FP): El diagnóstico clínico o citológico es de un quiste congénito pero no se corroboró histológicamente.

Se calculó la seguridad del diagnóstico clínico y el PAAF para cada tipo de quiste mediante las siguientes fórmulas:

Seguridad = $(VP + VN) / \text{total}$ Agrupa las dos categorías anteriores.

El informe del diagnóstico histológico se consideró como el de mayor exactitud diagnóstica.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, impresión diagnóstica en la solicitud del PAAF y diagnósticos citológico e histológico. Para ello se revisaron los archivos de biopsias y PAAF del departamento de anatomía patológica de la institución hospitalaria.

Los datos se recogieron en una ficha de vaciamiento confeccionada al efecto. La información fue procesada por el método manual y con el uso de una calculadora; obteniéndose frecuencias absolutas y porcentajes. Los datos tabulados fueron llevados a tablas y representados gráficamente los más importantes.

Resultados

La figura 1 muestra el comportamiento de los quistes congénitos según la clasificación de Robinson y Thomas modificada. El quiste tirogloso resultó ser el más frecuente, siendo el 68,1% de todos los quistes mal formados que se estudian. Le siguen en orden de frecuencia, el quiste branquial, con un 22,7% y el dermoide con 9,1%.



Fig. 1. Prevalencia de los quistes congénitos cervico faciales.

El valor del diagnóstico clínico para los quistes congénitos cervicofaciales se muestran en tablas.

En la tabla 1 se muestra que la seguridad del diagnóstico clínico para el quiste tirogloso fue de 95,4 y la especificidad de 87,5. El 93,3 % de los pacientes que presentaban un quiste tirogloso fue diagnosticado correctamente en la consulta. El resto se distribuyó en:

Falso positivo:

- 1 adenitis crónica.

Tabla 1. Correlación clínico histopatológica de los quistes tirogloso.

Diagnóstico clínico		Diagnóstico histopatológico		Otros	
NO	%	NO	%	NO	%
15	100	14	93,3	1	6,7

Para el quiste branquial se observa que solo el 60,0% tuvo un diagnóstico clínico correcto. (Tabla 2)

Falsos positivos:

- ✓ 1 adenitis granulomatosa.
- ✓ 1 adenitis reactivas.

Tabla 2. Correlación clínico histopatológica de los quistes branquiales.

Diagnóstico clínico		Diagnóstico histopatológico		Otros	
No	%	No	%	No	%
5	100	3	60	2	40

Para el quiste dermoide, el 100 % fueron diagnosticados clínicamente de forma correcta. (Tabla 3)

Tabla 3. Correlación clínica histológica de los quistes dermoide.

Diagnóstico clínico del quiste Dermoide		Diagnóstico histopatológico del quiste dermoide		Otros diagnósticos	
No	%	No	%	No	%
2	100	2	100	-	-

Las tabla 4 y tabla 5 muestran la relación cito-histopatológica de los quistes congénitos de cara y cuello donde se obtuvo un diagnóstico citológico previo a la intervención quirúrgica.

Para el tirogloso se define que el 93,4% de los pacientes fueron correctamente diagnosticados con esa prueba; siendo la seguridad del diagnóstico citológico en este caso de un 95,4%. (Tabla 4)

Falso positivo:

- 1 carcinoma epidermoide submucoso.

Tabla 4. Correlación cito histológica de los quistes tirogloso.

Diagnóstico por FNAC		Diagnóstico histopatológico		Otros diagnósticos	
QUISTE TIROGLOSO		QUISTE TIROGLOSO			
NO	%	NO	%	NO	%
15	100	14	93,4	1	6,6

En la tabla 5 se muestra que para el quiste branquial la seguridad del PAAF fue de un 90,9%; el 60% fue diagnosticado correctamente por el PAAF y el resto resultaron:

Falso positivo:

- 2 hiperplasias ganglionares reactivas.

Tabla 5. Correlación cito histológica de los quistes branquiales.

Diagnóstico por FNAC		Diagnóstico histopatológico		Otros diagnósticos	
QUISTE BRANQUIAL		QUISTE BRANQUIAL			
NO	%	NO	%	NO	%
5	100	3	60,0	2	40,0

Discusión

En varias ocasiones se presentan dificultades al establecer un diagnóstico presuntivo certero en casos de tumores quísticos cervicales aún después de seguir toda una serie de pasos y estudios complementarios.

Estrada Sarmientos,⁽⁶⁾ y Álvarez García,⁽⁹⁾ reconocen al quiste tirogloso como el quiste malformativo Cervicofacial de mayor prevalencia, esto apoya nuestros resultados.

A pesar de ser considerada una afección característica de pacientes menores de 10 años de edad, no dejó de ser predominante en nuestra muestra, constituida por pacientes mayores de 15 años.

Fundamentalmente, ante una tumoración cervical se ha de establecer el diagnóstico diferencial con tres etiologías posibles: congénita, infecciosa y neoplásica.⁽¹³⁾

Cuando se examina un paciente con una tumefacción cervical, la primera observación debe ser el grupo de edad en que se encuentra: pediátrica (hasta los 15 años), adulto joven (16-40 años), y adulto mayor (+ de 40 años). En el primer y segundo grupo las tumefacciones inflamatorias son más frecuentes que las congénitas, le siguen las neoplásicas; sin embargo, en edades más avanzadas la primera consideración debe ser la de origen neoplásico. Después de la edad debe considerarse la localización de la masa cervical; las congénitas generalmente aparecen en sitios constantes. Las de origen ganglionar generalmente siguen el trayecto de los vasos y ganglios linfáticos además debe enfatizarse en los antecedentes patológicos familiares y personales y en el examen físico, este último es considerado el paso más importante del diagnóstico; pues nos ayuda a determinar la localización, tamaño, relación con estructuras vecinas, consistencia, presencia de thrills o pulsaciones. El tiempo de evolución es otro elemento a considerar, pues una tumefacción de pocos días de evolución es por lo general inflamatoria, de meses es de origen neoplásico seguramente y de años es generalmente congénita.⁽¹⁴⁾

Se encontró mayor tendencia al error clínico en los quistes branquiales, esto podría a deberse que ellos presentan una localización común a un gran número de afecciones como: masas cervicales de origen tumoral benigno o maligno, de origen metastásico, inflamatorio o congénito. Las confusiones más frecuentes se presentan con linfadenopatías, quizás por la elevada frecuencia de sobreinfecciones que manifiestan y los hacen dolorosos; los autores,^(8,15) atribuyen esta susceptibilidad a las infecciones de las vías aéreas superiores.

Para el quiste dermoide no hubo error clínico probablemente porque las características clínicas son patognomónicas y se prestan menos frecuentemente a confusiones, ya que un aumento de volumen blando, no fijo a piel que socava el hueso subyacente y localizado frecuentemente en cola de ceja hace pensar primeramente en un quiste dermoide.

A menudo la anamnesis y la exploración física no son suficientes, y es preciso recurrir a medios diagnósticos complementarios. El PAAF es una prueba diagnóstica confiable sensible, mínimamente invasiva en el diagnóstico de los quistes congénitos cervicales.

La BAAF, ofrece un diagnóstico preoperatorio muy cercano al definitivo en la gran mayoría de los casos. Algunos autores,^(16,17) prefieren este método por ser sencillo y rápido, también acompañada del ultrasonido para una mejor guía.⁽¹³⁾

Consideramos el PAAF de gran utilidad para el diagnóstico de los quistes congénitos cervicofaciales. Algunos autores,^(16,17) prefieren este método por ser sencillo y rápido; aunque otras investigaciones,⁽¹⁷⁾ consideran de primera elección las pruebas de imagen como la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear.

Conclusiones

El diagnóstico clínico no es totalmente efectivo. Es preciso recurrir a medios auxiliares de diagnóstico, como la biopsia por aspiración con aguja fina. Esta constituye una técnica de mayor seguridad. Consideramos el PAAF de gran utilidad para el diagnóstico de los quistes congénitos Cervicofaciales.

Referencias bibliográficas

1. Medina Vega LD, Márquez Rancaño E, Concepción Guzmán J, Rodríguez Jiménez R, Martín Pino J. Correlación clínico-citohistológica de los quistes congénitos cervicales. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac 2004; 26(1): 22-8.
2. Peterson LW. Quistes de los huesos y los tejidos blandos de la cavidad bucal y de las estructuras contiguas. En: Kruger GO. Cirugía Buco-Maxilofacial. 5ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1986. p. 230-53.
3. Cuastumal M, Mejía L. Caracterización de quiste tirogloso en pacientes pediátricos. Pediatr. 2021; 54(1): 12-16.

4. Quintana-Díaz J, Villareal-Corvo N, Quintana-Giralt M, Rodríguez-Reyes D. Quiste dermoide cervical. Reporte de caso clínico. Medimay. [Internet]. 2019 [citado 30/08/2023]; 26(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1354>
5. González-Gómez J, Rodríguez-Fernández Y, Ledo de la Luz A, Naranjo-Amaro A. Técnica quirúrgica del quiste tirogloso. Revista Cubana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. [Internet]. 2019 [citado 30/08/2023]; 3(1). Disponible en: <https://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/79/143>
6. Estrada Sarmientos M. Quistes y fístulas del conducto tirogloso. Nuestra experiencia. Rev Cubana Cir 1996; 35: 138-44.
7. Soler Noda G, Escalona Muñoz LZ, Peña Leyva K. Nuevos aspectos moleculares y fisiopatológicos de la anemia drepanocítica. Rev cubana med. 2021; 60(1): e505.
8. Dwivedi G, Saxena P, Patnaik U, Kumari A, Sood A. Dermoid Cyst Floor of Mouth: A Diagnostic Conundrum. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2022; 74(Suppl 2): 1961-3.
9. Álvarez García N, Burgués Prades P, González Martínez-Pardo N, Simón Portero S, Fernández Atuán R. El quiste tirogloso intratiroideo en el diagnóstico diferencial del nódulo tiroideo solitario: a propósito de 2 casos. AnPediatr 2015; 82(5): 360-1.
10. Limardo A, Blanco L, Menéndez J, García L, Ortega A. Desarrollo de algoritmo clínico para el diagnóstico de tumores del espacio parafaríngeo. Revisión sistemática. Acta Otorrinolaringol. 2018; 73(3): 141-50.
11. Quintana Díaz JC, Villareal Corvo N, Quintana Giralt M, Rodríguez Reyes D. Quiste dermoide cervical. Reporte de caso clínico. Revista Electrónica Medimay. 2019; 26(1): 99-105.
12. Das DK, George SA, Mohammad T, John B, George SS, Behbehani AI. Papillary carcinoma in thyroglossal duct cyst: Diagnosis by fine-needle aspiration cytology and immunocytochemistry. Diagn Cytopathol. 2018; 46(9): 797-800.
13. Upadhyaya C, Paunju N, Chaurasia N, Srii R. A Large Dermoid Cyst in the Floor of the Mouth. Kathmandu Univ Med J (KUMJ). 2018;16(64):348-50.

-
14. Huang PK, Hsieh LC, Leu YS. Thyroglossal Duct Cyst Papillary Carcinoma With Airway Compromise. Ear Nose Throat J. [Internet]. 2021 [Citado 30/08/2023]; 8:1455613211022077. DOI: [10.1177/01455613211022077](https://doi.org/10.1177/01455613211022077)
 15. Yehuda M, Schechter ME, Abu-Ghanem N, Golan G, Horowitz G, Fliss DM, Abu-Ghanem S. The incidence of malignancy in clinically benign cystic lesions of the lateral neck: our experience and proposed diagnostic algorithm. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2018; 275(3): 767-73.
 16. Kalra A, Prucher GM, Hodges S. The role of core needle biopsies in the management of neck lumps. Ann R Coll Surg Engl. 2019; 101(3):193-6.
 17. Vazquez Salas S, Pedro K, Balram A, Syed S, Kotaka K, Kadivar A, et al. Head and Neck Cystic Lesions: A Cytology Review of Common and Uncommon Entities. Acta Cytol. 2022; 66(5): 359-70.

Conflicto de Intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Contribución de Autoría

Recursos, Visualización, Redacción, Metodología: MsC. Manuel Estrada Sarmiento.

Curación de datos: Lic. Yinet de los Ángeles Aguilar Fonseca.