

# CAZ CLINIC CU CHIST BRANHIAL SUPRAINFECTAT ȘI SIMPTOMATOLOGIE COMPRESIVĂ ASUPRA CĂILOR AERIENE SUPERIOARE

*Clinical case with infected branchial cyst and compression symptoms of upper airways*

Conf. Dr. I. Anghel<sup>1</sup>, Dr. Alina Anghel<sup>2</sup>

*Clinica ORL, Spitalul Clinic „Colțea“,  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, București  
Clinica ORL, Spital Clinic „Colțea“, București*

## REZUMAT

Autorii prezintă un caz clinic particular de chist branhial ce s-a manifestat prin două episoade cu suprainfecție și apariția ulterioară a unei simptomatologii compresive externe asupra faringelui și laringelui ce a necesitat traheotomie. Diagnosticul este relativ facil, dar tratamentul chirurgical este mai complex datorită aderențelor cicatriciale și a posibilității de recidivă.

**Cuvinte cheie:** chist branhial, adenoflegmon, traheotomie

## ABSTRACT

The authors present the case of a branchial cleft cyst manifested by two recurrent episodes of neck abscess and the ulterior development of significant symptoms of external compression of the pharynx and larynx which required tracheostomy. Although it was an easy diagnosis, the condition implied a complex and difficult surgical approach, due to the local adherencial processes and to the risk of recurrence.

**Key words:** branchial cleft cyst, neck abscess, tracheostomy

## MATERIAL ȘI METODĂ

Vă prezentăm cazul unui pacient, M.I., în vârstă de 35 de ani, din mediul urban, care se internează în clinica noastră pentru următoarele  **motive:** tumefacție laterocervicală stângă, disfagie accentuată, dispnee moderată, predominant inspiratorie și disfonie. Din anamneză reiese că simptomele s-au instalat progresiv în ultimele 3 luni. În antecedente pacientul a prezentat două episoade de supurație laterocervicală stângă, diagnosticate drept adenoflegmoane laterocervicale și tratate ca atare (incizie și drenaj). Aceste episoade au survenit în urmă cu șase și, respectiv, patru ani de zile față de momentul internării, cu intervale lipsite de orice manifestări clinice.

La **inspecție**, se remarcă deformarea regiunii laterocervicale stânga prin prezența unei formațiuni tumorale, de aproximativ 10/8 cm și prezența cicatricelor postoperatorii laterocervicale stânga.

Formațiunea tumorală este situată la nivelul marginii anterioare a mușchiiului SCM, în regiunea laterocervicală stângă superioară. Prezintă fluctuență la **palpare**, este imprecis delimitată și este fixată la planurile profunde. Nu este dureroasă, spontan sau la palpare, și nu sunt prezente modificări inflamatorii tegumentare.

La laringoscopia indirectă se descrie: bombarea peretelui lateral stâng al hipofaringelui și staza salivară la nivelul sinusului piriform stâng; reducerea spațiului glotic prin compresie extrinsecă.

Adresa de corespondență:

Conf. Dr. I. Anghel, Spitalul Clinic „Colțea“, B-dul I.C. Brătianu Nr. 1, București



**FIGURA 1.** Caz clinic cu chist branhial suprainfectat, recidivant

Nu sunt depistate alte modificări patologice la examinarea clinică O.R.L. sau la cea generală.

Examenenele paraclinice de laborator nu determină modificări inflamator-infecțioase; testele VDRL, HIV1 și HIV2 sunt negative. Investigațiile radiologice (scopia pulmonară și radiografia cervicală) sunt, de asemenea, normale.

Puncția formațiunii tumorale extrage lichid serosanguinolent pentru care se obține următorul rezultat citologic: relativ frecvente histiocite și hematii, rare limfocite și PMN.

Se stabilește diagnosticul de **formațiune tumorală chistică laterocervicală stângă, compresivă la nivel faringo-laringian** și se decide intervenția chirurgicală.

Intubația orotraheală este imposibilă; așadar, se practică inițial *traheotomie*, urmată ulterior de intubație endotraheală și anestezie generală.

**Abordarea chirurgicală.** Intervenția constă în excizia formațiunii tumorale. Aceasta este voluminoasă, chistică, foarte greu decolabilă datorită aderențelor cicatriceale, prezintă un pedicul, de asemenea dificil de disecat, situat între artera carotidă internă și artera carotidă externă de partea stângă.

Aderența intimă a tumorii la peretele lateral faringian, cu important edem al acestuia, justifică decizia de montare a unei *sonde de alimentație nazo-gastrică*.

Piesa se trimite la examen HP, împreună cu un ganglion laterocervical de aproximativ 1,5/1,5 cm.



**FIGURA 2.** Caz clinic cu chist branhial și cicatrice anterioare – status postoperator

**Evoluția postoperatorie** este lent favorabilă, pacientul aflându-se sub tratament intensiv antibiotic și antiinflamator, pe tot parcursul internării. Sonda nazo-gastrică se suspendă după 2 săptămâni, în urma probei cu albastru de metilen. Se suspendă, de asemenea, traheostoma. Pacientul este externat, vindecat, la o lună de la internare.



**FIGURA 3.** Caz clinic cu chist branhial – aspect postoperator

**Rezultatul histopatologic** (buletin nr. 130834/3393) este cel care stabilește diagnosticul de certitudine: **chist branhial**. Cea de-a doua piesă trimisă laboratorului de anatomie patologică este limfoganglion reactiv.

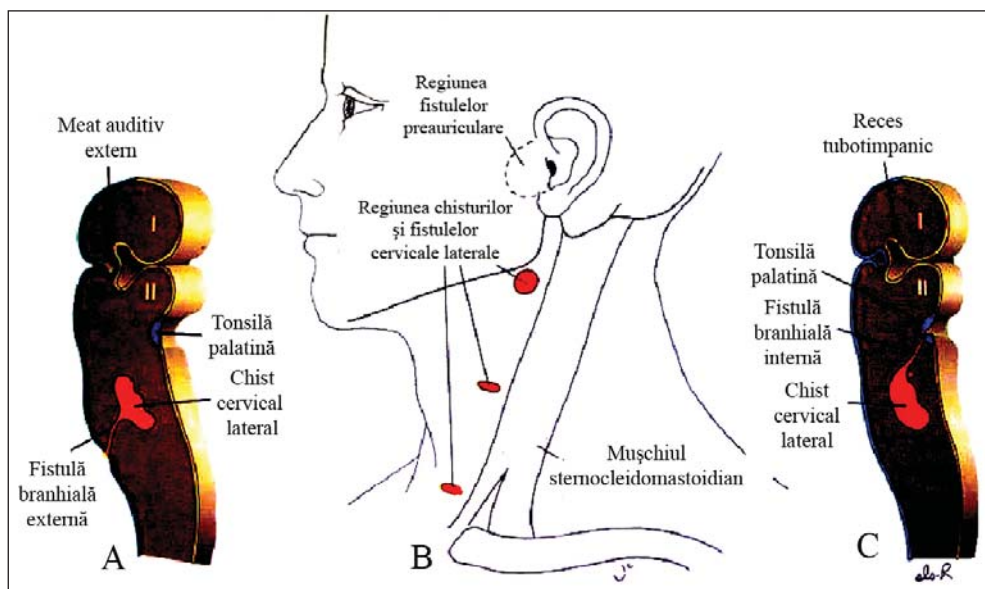
## DISCUȚII

Chisturile branhiale reprezintă formațiuni laterocervicale rezultate în urma unor defecte congenitale ale dezvoltării aparatului branhial primitiv (în săptămânile trei-patru de viață embrionară). Reprezintă 2% dintre tumorile gâtului.

Cea mai acceptată teorie patogenică este că, fistulele, sinusurile și chisturile branhiale rezultă prin închiderea incompletă a conexiunii dintre fantele și, respectiv, pungile branhiale, cu ruperea plăcii branhiale. O altă teorie, susținută de dovezi histopatologice este cea a degenerării chistice a limfoganglionilor cervicali. Recent au fost efectuate studii care sugerează o bază moleculară pentru anomaliile arcurilor branhiale, respectiv apariția acestora printr-o alterare, în cursul embriogenezei precoce, a migrării țesutului de la nivelul creștelor neurale.

Se admite, în general, că vârsta de manifestare este între 10 și 30/40 de ani și că distribuția pe sexe este relativ echivalentă.

Cele mai frecvente sunt chisturile provenind din a doua fantă branhială, al căror traiect fistulos se poate termina în apropierea constrictorului mijlociu al faringelui, sau poate prezenta o deschidere internă la nivelul fosei tonsilare. Chisturi de arc I branhial (8%) pot apărea ca formațiuni parotidiene și pot determina otalgie și chiar otoree. Chisturile de arc III și IV sunt rare, mai frecvent de partea stângă și pot asocia afecțiuni tiroidiene, iar traiectele lor fistuloase se pot deschide la nivelul sinusului piriform.

**FIGURA 4.**

**A.** Chist latero-cervical care comunică printr-o fistulă cu suprafața externă laterală a gâtului.

**B.** Chisturi și fistule latero-cervicale, localizate anterior de mușchiul sternocleidomastoidian. Se observă și regiunea în care se produc fistulele preauriculare.

**C.** Chist latero-cervical care se deschide în faringe la nivelul tonsilei palatine.

Aceste formațiuni sunt mărginite de epiteliu scuamos stratificat, mai rar epiteliu de tip respirator, subepitelial apărând foliculi limfoizi, keratină, foliculi piloși, cartilaj, glande sebacee și sudoripare.

Problema conversiei maligne (la nivelul peretelui chistului) este controversată, dar există acord unanim că acești pacienți trebuie urmăriți cel puțin cinci ani de zile. Malignizarea trebuie suspectată în următoarele situații: creșterea rapidă în dimensiuni, fixarea la țesuturile adiacente, lichid de aspect hemoragic, tablou histopatologic sugestiv.

Aspectul tipic al chistului branhial este de tumoră localizată la nivelul marginii anterioare a SCM, moale, depresibilă, cu fluctuență, nedureroasă. Alte manifestări includ: tumefacție, durere (30%), suprainfecție (15%), simptomatologie compresivă faringolaringiană (5%) cu disfagie, dispnee, disfonie, stridor. Adesea, debutul este precedat de pusee infecțioase acute (20-40%) datorită comunicării cu fosa amigdaliană sau sinusul piriform.

Diagnosticul diferențial se face cu majoritatea formațiunilor laterocervicale: tumori parotidiene/parotidomegalia; tumori ale glandei submaxilare; laringocel extern, mixt; tumori inflamatorii (miozita SCM, pseudo-Bezold, adenoflegmon, celulo-flegmon, actinomicoză); adenopatii de diverse cauze (TBC, sifilis, neoplazice); tumori vasculare; tumori

superficiale (chist dermoid, lipom); boli de sistem (sarcoidoză, leucemie limfoidă cronică, boala Hodgkin); chist hidatic, etc.

Diagnosticul de certitudine este doar cel histopatologic.

Tratamentul este chirurgical și presupune exereza completă a chistului cu disecția și excizia minuțioasă a traiectelor fistuloase. Excizia incompletă produce recidive sau episoade infecțioase/inflamatorii ulterioare, reintervențiile și infecțiile recidivante crescând gradul de dificultate al intervenției chirurgicale.

## CONCLUZII. PARTICULARITĂȚILE CAZULUI

Debut prin suprainfecție la vârsta de 29 de ani, urmat de recidiva abcedării peste 2 ani de zile, ambele episoade fiind diagnosticate și tratate drept adenoflegmoane laterocervicale.

Simptomatologie compresivă severă apărută la 4 ani de la ultima operație, cu necesitatea efectuării traheotomiei preoperator (intubație imposibilă).

Dificultatea actului chirurgical propriu-zis, datorată aderențelor cicatriceale secundare infecțiilor și inciziilor chirurgicale anterioare.

Măsuri de protejare a faringelui – sonda nazogastrică – similare celor adoptate în cazul pacienților operați pentru neoplasm laringian.

## BIBLIOGRAFIE

1. Ballenger J.J., Snow J. – Ballenger's Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 16<sup>th</sup> edition, BC Decker Inc., 2003, p. 1073, 1087.
2. Bacalbasa A. – Diagnostic pozitiv și diferențial în O.R.L., Ed. MedicArt, București, 2004.
3. Lee K.J. – Otolaryngology. A Surgical Notebook, Thieme, 2007.
4. Myers, E.N. – Operative Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Saunders, 2008.
5. Scott-Brown's – Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Vol. 5, Butterworth-Heinemann, 2010.