

11237



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
PEDIATRIA

“FISTULAS BRANQUIALES DE CARA LATERAL DEL
CUELLO EN EL PACIENTE PEDIATRICO”

HOSPITAL PEDIATRICO DE COYOACAN

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTA :

DRA. GINA AURORA SOLANO HERNANDEZ

PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. FRANCISCO EMILIO FERREIRA AGUILA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE:
POR APOYARME SIEMPRE..

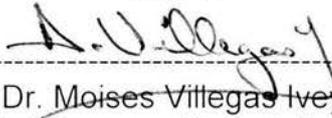
DR VILLEGAS :
POR SU APOYO Y POR SER UN EJEMPLO A SEGUIR

LIC. FRAUSTO:
POR TU APOYO Y COMPAÑÍA

A LOS NIÑOS

FISTULAS BRANQUIALES DE CARA LATERAL DEL
CUELLO EN EL PACIENTE PEDIATRICO
DRA. GINA AURORA SOLANO HERNANDEZ

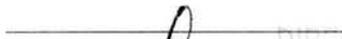
Vo.Bo



Dr. Moises Villegas Ivey

Profesor Titular del Curso en Especialización en Pediatría

Vo. Bo



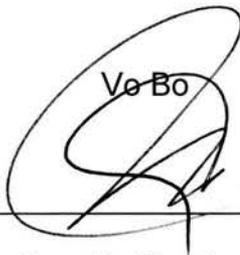
Dr. Roberto Sánchez Ramírez
Director de Educación e Investigación



CIÓN
STADO

FISTULAS BRANQUIALES DE CARA LATERAL
DEL CUELLO
EN EL PACIENTE PEDIATRICO
DRA. GINA AURORA SOLANO HERNANDEZ.

Vo Bo

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long vertical stroke at the end, positioned above a horizontal line.

Dr. Francisco Emilio Ferreira Águila
Director de Tesis
Hospital Pediátrico de Coyoacan

INDICE

RESUMEN

I.- INTRODUCCION	3
II.- MATERIAL Y METODOS.....	5
III.- RESULTADOS.....	5
IV.- DISCUSION.....	6
V.- CONCLUSIONES.....	7
VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	8

ANEXOS

RESUMEN.

OBJETIVOS: Informar los hallazgos clínicos y la evolución de 20 pacientes diagnosticados y manejados con esta entidad nosológica.

MATERIAL Y METODOS: Se revisaron los expedientes clínicos de 20 pacientes, de los cuales se obtuvieron datos como historia clínica, estudios de rutina, estudios especiales (faringograma con medio de contraste y fistulografía) además de los resultados de estudios histopatológicos de piezas quirúrgicas resecadas, asimismo se evaluó el seguimiento de los casos.

RESULTADOS: De los veinte niños detectados, fueron intervenidos quirúrgicamente el diagnóstico preoperatorio fue fístula branquial, teniendo como diagnóstico diferencial el linfangioma o hemangiolinfangioma, quiste dermoide y adenitis cervical crónica. Del total 16 pacientes fueron fístulas preauriculares, el restante correspondió a fístulas de cuello que fueron del tercer y cuarto arco branquial. La evolución ha sido satisfactoria, habiendo hecho un seguimiento de un lapso que varía de 6 meses a cinco años, después de la intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES: Las fístula o los quistes branquiales representan un problema diagnóstico por su poca frecuencia, se pueden confundir con adenopatías crónicas, linfangiomas o simplemente no se le da importancia necesaria como un trastorno menor del desarrollo y es hasta que se complica con una infección o forman abscesos de gran tamaño; cuando se les considera para su tratamiento médico y quirúrgico.

Los tumores de origen branquial, son todavía menos frecuentes, pero la persistencia de este epitelio embrionario que no se ha resecado, puede ocasionar el llamado epitelioma branquial o también llamado carcinoma branquiogénico.

La resección quirúrgica es necesaria no solo por motivos estéticos y funcionales sino por el riesgo de ser lesiones premalignas.

INTRODUCCIÓN:

Hay un grupo de enfermedades que suelen pasar desapercibidas en el examen rutinario, pero no minucioso que corresponde a anomalías congénitas, localizadas en cabeza y cuello. Estas enfermedades cuando llegan a ser percibidas por el médico, (no familiarizado con ellas) pueden ser identificadas erróneamente. Entre las enfermedades que son diagnosticadas suelen confundirse con: quiste dermoide, adenitis cervical, linfangiomas y hasta hemangiomas, siendo que se trata de un defecto embrionario caracterizado por un conducto que procede del ectodermo llamado seno cervical y que suele desembocar en la piel del cuello y las regiones basales de la cabeza. (1,2,3,4,5,6).

El problema a que dan lugar esta relacionado con infecciones recurrentes, hasta llegar a producir una lesión premaligna. Aún cuando la incidencia de esta anomalía no ha sido bien definida, debido a que pocas veces se diagnostica, Agaton reportó que su incidencia era de 1:10,000. (7,8,9).

Es pertinente plantear o destacar que esta enfermedad se establece en etapas tempranas de la embriogénesis, en la formación de cara, cuello y las cavidades: nasales, boca, laringe y faringe. (10).

El primer arco branquial se encarga del desarrollo de la cara. En los extremos dorsales del primero y segundo arcos branquiales se producen pequeñas elevaciones o montículos que rodean la abertura del primer surco branquial y poco a poco se fusionan para formar el pabellón auricular, u oreja, del oído externo. (11)

El quiste branquial o quiste cervical lateral, el tercero y cuarto arcos branquiales se incluyen normalmente en el seno cervical.

Puede persistir componentes del seno cervical, del segundo surco branquial, o ambos, y formar un quiste esférico o alargado.

Aunque puede relacionarse con senos bronquiales y drenar a través de ellos, tales quistes suelen ser únicos y encontrarse en el cuello justo por debajo del ángulo de la mandíbula. Sin embargo, pueden desarrollarse en cualquier punto a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. (12,13)

Los quistes branquiales no suelen hacerse evidentes sino hasta el final de la infancia o adultez temprana y se manifiesta por abultamiento que crece en forma insidiosa en el cuello. Los quistes aumentan de tamaño por la acumulación de líquido y desechos celulares provenientes de la descamación de sus revestimientos celulares.

Los quistes y fístulas branquiales se pueden dividir en 4 tipos: I las que se encuentran entre la aponeurosis y la piel. II las que se localizan entre la aponeurosis y las carótidas (es el tipo mas frecuente). III las que se ubican en la bifurcación carotidea y IV entre las carótidas y la pared faríngea.(14,15).Una vez recordados los aspectos embriológicos que caracterizan el desarrollo de esta anomalía dada la escasa frecuencia de su diagnostico , es conveniente señalar que en un periodo de seis años, en el hospital donde laboran los autores, se han diagnosticado cerca de 200 niños, entre estos se tuvo especial interés en estudiar 20 de ellos que fueron seguidos desde su nacimiento el mas pequeño hasta los 16años el mayor .

MATERIAL Y MÉTODOS:

En los archivos de los pacientes atendidos en los años (1997-2003) de 200 niños, con fistulas branquiales. Variando la edad desde el nacimiento hasta los 16 años. Se encontraron 14 fistulas preauriculares y 6 fistulas branquiales, del expediente se recabaron los siguientes datos: historia clínica, estudios de rutina y de los estudios especiales como faringograma con medio de contraste y fistulografía en un caso siguiendo las recomendaciones hechas por otros autores (18, 19,20).

Todos los niños fueron intervenidos quirúrgicamente, en el transoperatorio, se colocó un catéter con violeta de genciana para apreciar el trayecto de la fístula y facilitar su resección quirúrgica. Los especímenes extirpados fueron enviados a histopatológica..

RESULTADOS:

Dos fistulas preauriculares y seis fistulas branquiales se confirmó la presencia de restos epiteliales en el conducto en todas ellas . No ha existido recidivas hasta el momento en un periodo de seguimiento de seis meses a cinco años y no hubo infecciones postoperatorias, incluso en los casos que se operaron como una urgencia relativa por presentar un absceso.(figura1)

DISCUSIÓN:

Se tiene que hacer un Diagnóstico Preciso para normar el tratamiento. Para nosotros las fistulas branquiales son: tanto por su evolución, situación anatómica y por el diagnóstico histopatológico, diferentes en primer lugar a los quistes tiroideos, que si bien tienen que ver con el segundo arco branquial, la relación que existe entre el cuerpo del hioides del segundo arco branquial y el trayecto de la formación de la glándula tiroides del agujero ciego de la V lingual, al cerrarse el cuerpo del hioides; no en todos los casos este quiste y fístula pasan por dicho cuerpo, además aparece embriológicamente en el piso de la boca y en el agujero ciego de la V lingual y posteriormente desciende a la parte anteromedial del cuello. El tratamiento es quirúrgico pero la fisiopatología es diferente. (21,22)

El llamado higroma quístico o como debe de llamarse, linfangioma, es un trastorno de fusión y falta de drenaje de los vasos linfáticos, se le ha confundido como quiste branquial, pero este por su diagnóstico histológico no obedece a la patología de origen branquial y es englobado en el apartado de malformaciones vasculares. (23).

En nuestra casuística de 16 pacientes en un periodo de seis años, corroboramos que las fistulas preauriculares que son del primer surco branquial son la causa más frecuente y las fistulas del cuello que son del tercero o cuarto arco branquial, ocupan el resto del total; además en este momento no podemos ubicar a la fístula de la línea media, de las cuales encontramos en la literatura un solo reporte, no sabemos en cual clasificarla. Por lo tanto es conveniente puntualizar que las fistulas pertenecen a los derivados de los arcos branquiales. (24,25)(Fig. 2)

CONCLUSIONES:

Las fístula o los quistes branquiales representan un problema diagnóstico por su poca frecuencia, se pueden confundir con adenopatías crónicas, linfangiomas o simplemente no se le da importancia necesaria a un trastorno menor del desarrollo y es hasta que se complica como una infección o forman abscesos de gran tamaño que se les considera para su tratamiento médico y quirúrgico. Los tumores de origen branquial, son todavía menos frecuentes, pero la persistencia de este epitelio embriológico que no se ha resecado, puede ocasionar el llamado epiteloma branquial o también llamado carcinoma branquiogénico.

La resección quirúrgica es necesaria no solo por motivos estéticos y funcionales sino por el riesgo de ser lesiones premalignas.(figura 3).

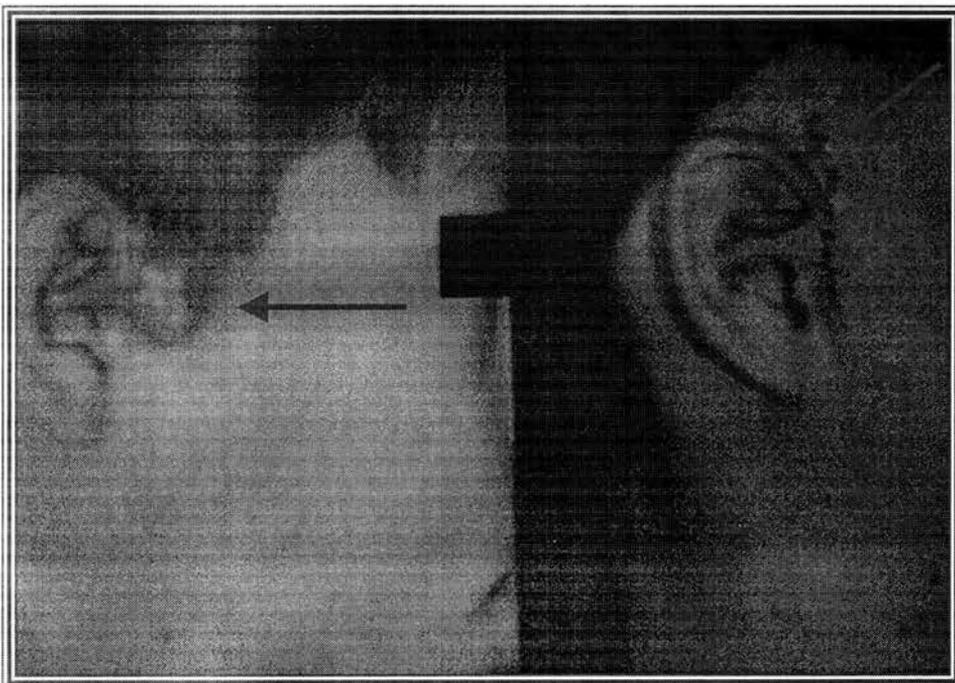
BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Fontaine P, Truy E, Kauffmann I, Disant F, Morgon A. Congenital cyst and fistulae of the face and the neck. ***Pediatr.*** 1992; 47: 617-22.
- 2.-Queizan A, Martínez UM. Quistes y fistulas branquiales. ***An Españoles Pediatr.*** 1985 ; 22b: 596-600.
- 3.-Policarpo M, Pia F, Dosdegani R, Aluffi P. Malformations of the first branchial cleft: a case report. ***Acta Otorhinolaryngol Ital.*** 2000 ; 20: 192-5.
- 4.-de Caluwe D, Hayes R. Complex branchial fistula: a variant arch anomaly. ***J Pediatr Surg.*** 2001 ; 36: 1087-8.
- 5.-Hamoir M, Rombaux P, Cornu A, Clayput P. Congenital fistula of the fourth branchial pouch. ***Eur Arch Otorhinolaryngol.*** 1998; 255: 322-4.
- 6.-Chaudhary N. Gupta A, Motwani M, Sanjeev K. Fistula of the fourth branchial pouch. ***Am J Otol.*** 2003; 13: 250-52.
- 7.-Agaton B.F. Gay E.C. Diagnosis and treatment of branchial cleft cyst and fistulae. A retrospective study of 183 patients. ***Int J Oral Maxillofac Surg.*** 1996 ; 25: 449-52.
- 8.-Sendra T.J. Plaza MG, Navas M, Raboso E, Baquero E, Martínez V, et al. Congenital anomalies of three first branchial cleft. Retrospective study. ***An Otorrinolaringol Ibero Am.*** 2001; 28 : 407-18.

- 9.-Benchemam Y, Benateu H, Laraba C, Alix T, Assaf R, Labbe D, et al. Cysts from the first branchial cleft. Apropos of a case. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2002 ; 103: 379-83.
- 10.-Moore K.L. Aparato Branquial, Cabeza y Cuello. En: *Embriología Clínica.* Interamericana; México, 2000:p187-227.
- 11.-de Gaudemar I, Elmaleh M, Cortez A, Peuchmaur M, Francois M. Unusual presentation of a first branchial cleft. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 1995; 252: 57-60.
- 12.-Bartnik Wb. Congenital cyst and fistulas of the neck. *Otolaryngol Pol.* 2002; 56: 567-71.
- 13.-Patra R, Chattopadhyay A, Vijaykumar, Nagedhar M, Rao P. Pyriform sinus fistula. *Indian J Pediatr.* 2002; 69: 903-4.
- 14.-Nicollas R. Guelfucci B, Roman S, Triglia J. Congenital cysts and fistulas of the neck. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2000 ; 55: 117-24.
- 15.-Tsai C.C., Lui C.C., Chung M.Y, Ko T.Y. Branchial-cleft sinus presenting with a retropharyngeal abscess for a newborn: a case report. *Am J Perinatol.* 2003 ; 20: 227-31.
- 16.-de PR. Mikhail T. A combined approach excision of branchial fistula. *J Laryngol Otol.* 1995 ; 109: 999-1000.
- 17.-Stulner C, Chambers PA, Telfer M, Corrigan M. Management of first branchial cleft anomalies : report two cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2001 ; 39: 30-3.

- 18.-Possel L, Francois M, Van den A, Narcy P. Mode of presentation of fistula of the first branchial cleft. **Arch Pediatr.** 1997 ; 4: 1087-92.
- 19.-O'Mara W, Guarisco L. Management of the preauricular sinus. **J La State Med Soc.** 1999; 151: 447-50.
- 20.-Gamble B, Mc Clay J, Biavanti M, Choi S. Aberrant second branchial cleft fistula. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol.** 1998 15; 46: 103-7.
- 21.-Shin L.K, Gold B.M., Zelman W, Katz D. Fluoroscopic diagnosis of a second branchial cleft fistula. **AJR Am J Roentgenol.** 2003 ; 181: 285-8.
- 22.-Ye F.L Dong M.M , Lou W. The first branchial fistula : an analysis of 16 cases. **Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi.** 2000; 14b: 458-9.
- 23.-Augustine AJ, Pai KR, Govindarajan R. Clinics in diagnostic imaging (66). Right complete branchial fistula. **Singapore Med J.** 2001; 42: 494-5.
- 24.-Mlynarek A, Hagr A, Tewfik T, Nguyen V. Congenital mid-line cervical cleft : case report and review of literature. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol.** 2003 ; 8: 2-7.
- 25.-Chatterje S, Das S, Khan J. An uncommon case of neck fistula. **J Indian Med Assoc.** 2003 ; 101: 24-26.

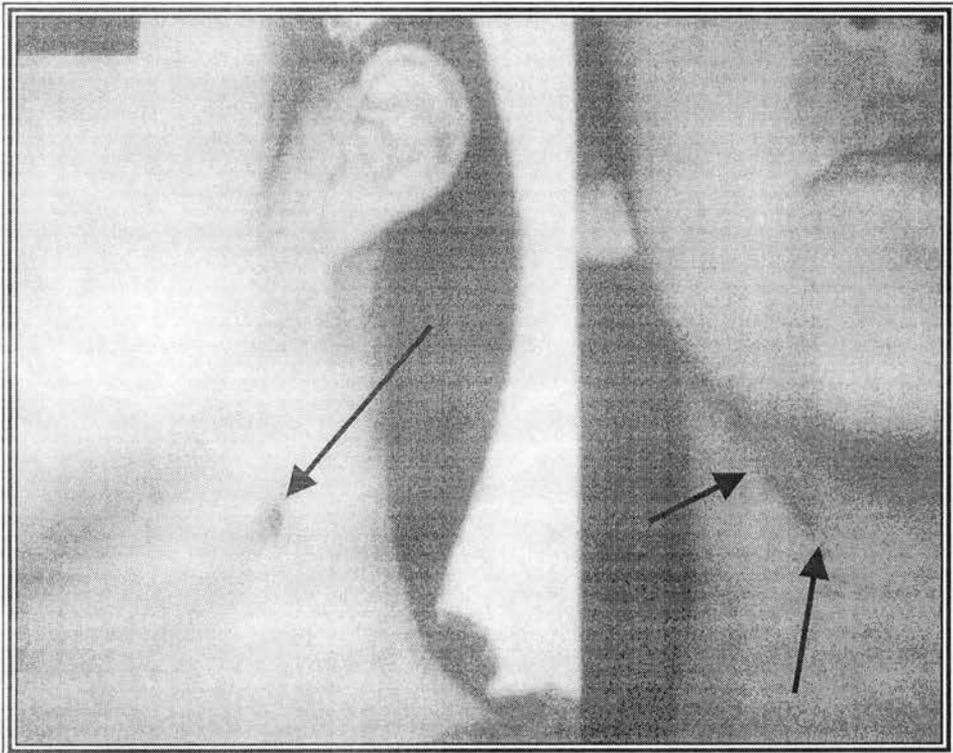
Fig.1 (a) Fístula preauricular infectada. El trayecto se dirige hacia la base del hèlix. (b) resolución quirúrgica



a)

b)

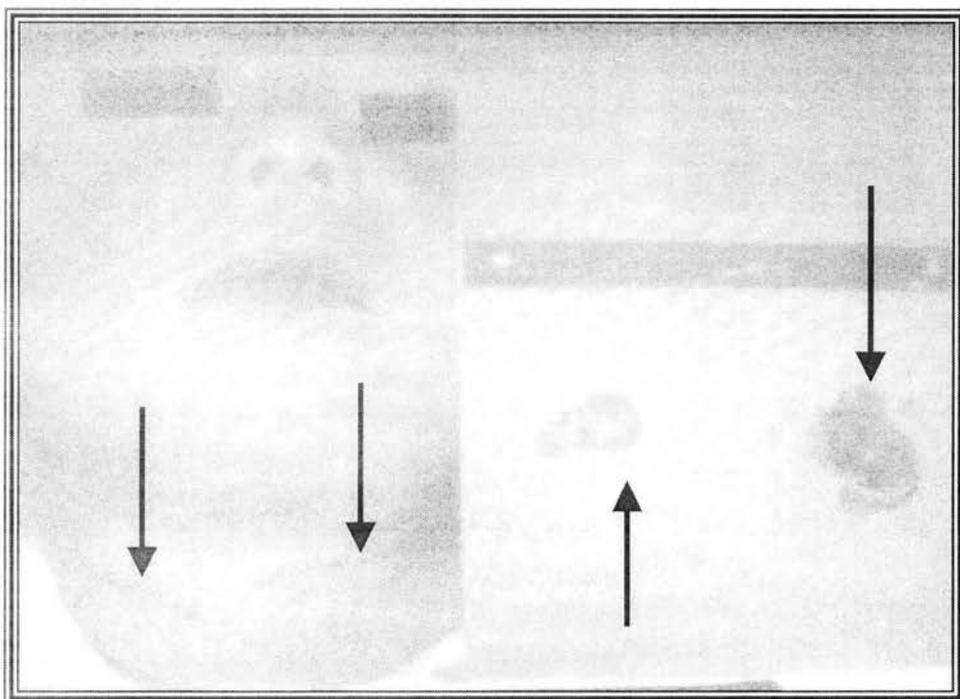
Fig.2 (a) Fístula branquial del cuello bilateral, detectada por los datos de infección . En estos (b) resolución quirúrgica



a)

b)

Fig.3(a) Postoperatorio temprano de fistulectomía branquial bilateral . (b) piezas quirúrgicas son enviadas a estudio histopatológico.



a)

b)