

Quiste cervical del conducto torácico: reporte de un caso y revisión de la literatura

Cervical thoracic duct cyst: case report and review of the literatura

Kurt Liebner M.¹, José Carlos Casqueiro S.¹, Concepción Ferreiro A.², Jorge Martín G.^{3†}

¹Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España.

²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España.

³Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España.

[†]Fallecido.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Recibido el 26 de junio de 2023.

Aceptado el 03 de octubre de 2023.

Correspondencia:

Kurt Liebner M

Dirección: Servicio de Otorrinolaringología

Hospital Universitario Severo Ochoa, Av.

de Orellana s/n, 28914 Leganés,

Madrid, España

Email: Liebner.kurt@gmail.com

Resumen

El quiste del conducto torácico en su porción cervical es una patología infrecuente con escasos casos reportados en la literatura mundial. Habitualmente, se presenta como un aumento de volumen blando e indoloro en la fosa supraclavicular izquierda, el cual puede generar sintomatología compresiva variable de las estructuras adyacentes. Presentamos el caso de una mujer de 76 años remitida a la consulta de otorrinolaringología por evidencia de una lesión quística en la fosa supraclavicular izquierda con estudio posterior concordante con quiste cervical del conducto torácico.

Palabras clave: Quiste cervical lateral, quiste conducto torácico, quilotorax, adulto, masa supraclavicular.

Abstract

The cervical thoracic duct cyst is an infrequent entity, with only a few cases reported in the international literature. It usually presents as a painless swelling on the left supraclavicular fossa, that can generate symptoms due to compression of adjacent structures. We present the case of a 76-year-old woman that was referred to otolaryngology due to a supraclavicular cyst, with subsequent diagnosis of cervical thoracic duct cyst.

Keywords: Cervical cyst, thoracic duct cyst, chylothorax, adults, supraclavicular mass.

Introducción

Los quistes del conducto torácico son dilataciones saculares patológicas del mismo que predisponen a su rotura y consiguientes complicaciones¹, no habiéndose descrito hasta ahora su transformación maligna. Se han reseñado escasos casos de dilataciones en su porción torácica, siendo aún más infrecuentes las encontradas en su porción cervical². La clínica es variable y depende, principalmente, del tamaño del mismo y la compresión de estructuras vecinas.

Caso Clínico

Mujer de 76 años de edad, con antecedentes

de hipotiroidismo, hipertensión arterial y obesidad sin historia de intervenciones cervicales ni traumatismos severos previos. En la ecografía tiroidea se observa de forma fortuita una lesión unilocular de aspecto quístico supraclavicular izquierda, asintomática (Figura 1). Al interrogatorio dirigido, la paciente refería haber notado dicha tumoración desde al menos 6 meses. A la exploración física se palpaba una tumoración de consistencia elástica, móvil, no adherida a planos profundos, no dolorosa y sin cambios tróficos de la piel circundante (Figura 1).

La tomografía computarizada cervical con contraste intravenoso (TC CIV) (Figura 2) muestra en la región supraclavicular izquierda, una lesión redondeada de pared fina con

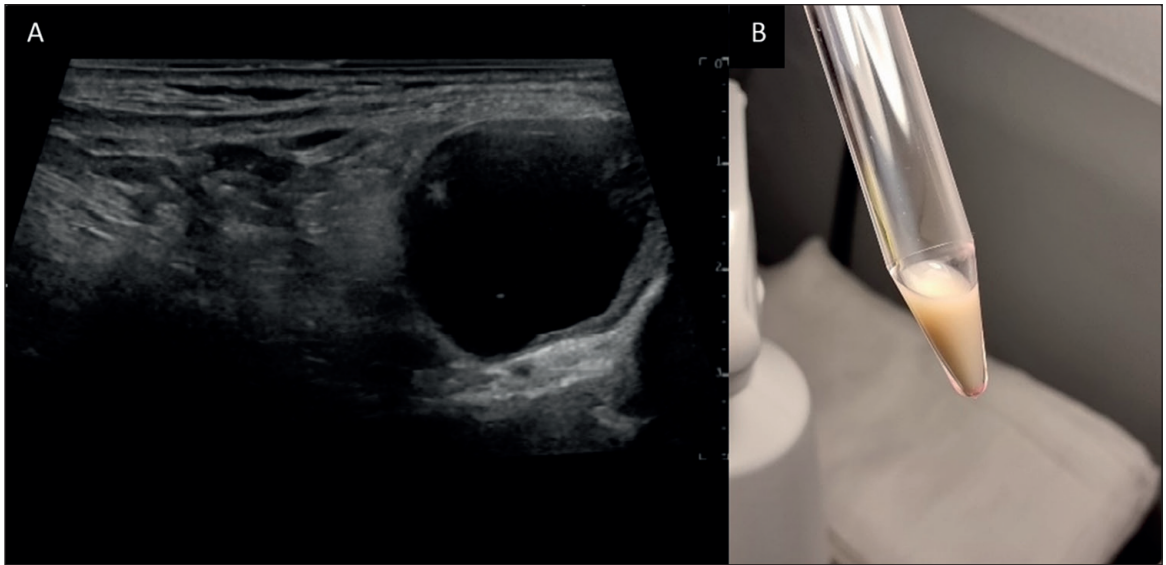


Figura 1. Ecografía cervical (A). Imagen redondeada, anecogénica, sin septos compatible con lesión quística. Fotografía del tubo de aspirado (B) que muestra líquido de aspecto quiloso obtenido mediante PAAF guiada por ecografía.

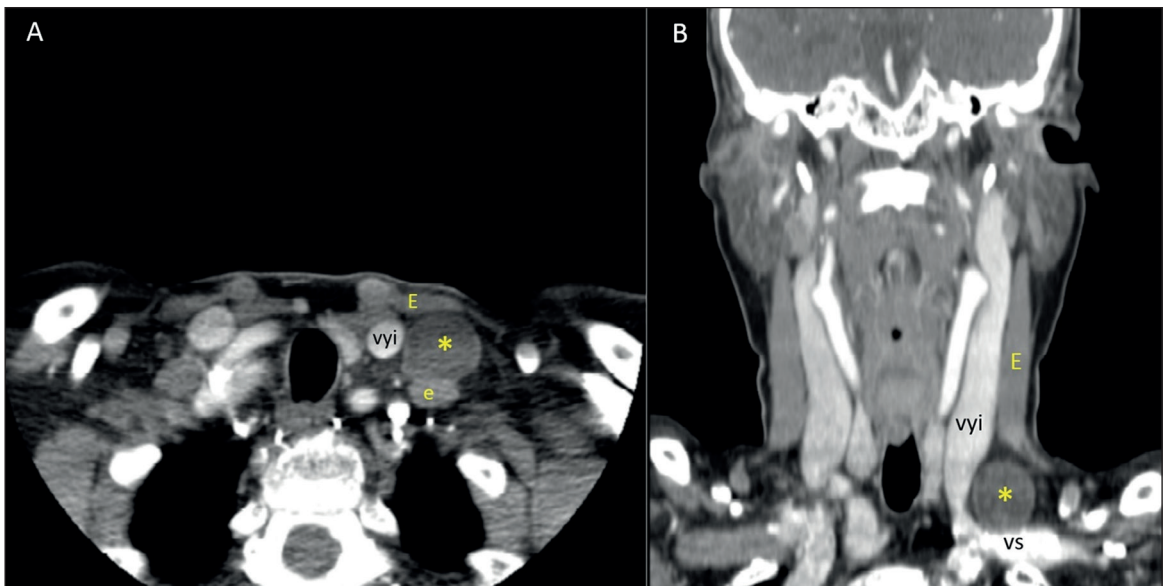


Figura 2. TC de cuello con CIV axial (A) y reconstrucción en plano coronal (B). Se observa en región supraclavicular izquierda lesión de aspecto redondeado y de baja atenuación compatible con quiste del conducto torácico (*). Vena yugular interna (vyi), vena subclavia (vs), músculo esternocleidomastoideo (E), músculo escaleno anterior (e).

contornos bien definidos, no tabicada, sin captación de contraste con un diámetro máximo de 28 mm. Dicha tumoración se localiza lateral a la vena yugular interna, anterior y superior a la vena subclavia, en la confluencia de las mismas, anterior al músculo escaleno anterior y

posterior al músculo esternocleidomastoideo. No se observan adenopatías ni otras lesiones en el cuello ni cortes torácicos.

Se decide realizar punción aspiración con aguja fina (PAAF) ecoguiada obteniéndose 10 cc de un líquido blanquecino amarillento de

CASO CLÍNICO

aspecto quiloso, con reducción del tamaño de la lesión (Figura 1). El estudio anatomopatológico revela la presencia de linfocitos de pequeño tamaño de aspecto maduro. El análisis bioquímico del contenido aspirado arrojó 85 mg/dL de colesterol y 2.363 mg/dL de triglicéridos. Se citó a la paciente para control ecográfico a las 4 semanas, observándose reaparición de la lesión con las mismas características.

Dado que la paciente se encontraba asintomática, se decidió manejo expectante con recomendación de dieta baja en grasas, suplementación de ácidos grasos de cadena mediana y seguimiento ecográfico.

Discusión

El conducto torácico recoge todos los vasos linfáticos del organismo, excepto los del lado derecho de la cabeza, el cuello, el miembro superior derecho y la mitad derecha del tórax con sus estructuras. Tiene un inicio abdominal ascendiendo aplicado a la aorta para drenar en la confluencia yugulo-subclavia izquierda, existiendo también variaciones anatómicas del mismo.

El quiste del conducto torácico es una entidad rara, con menos de 50 casos publicados en la literatura³⁻⁵, siendo aún más raros los reportados en su región cervical².

El diagnóstico del quiste se basa en las pruebas de imagen, el estudio bioquímico del contenido quístico y anatomopatológico de la pieza en los casos de cirugía. La linfangiografía es considerada el *gold standard* por muchos autores, ya que de esta forma es posible delimitar las porciones torácicas y cervicales del conducto hasta su desembocadura. Este método es invasivo y, generalmente, innecesario debido a la disponibilidad actual de métodos radiológicos de alta resolución sumados a la punción con aspiración para análisis⁶.

Los escasos casos descritos de quistes del conducto torácico concuerdan, clínicamente, con el descrito aquí: masa de consistencia blanda habitualmente asintomática, móvil, localizada en la región supraclavicular izquierda, que puede observarse como hallazgo incidental en estudios de imagen en adultos⁷. Otros motivos de consulta pueden ser motivos estéticos, compresión de estructuras vecinas o

incluso debutar como quilotórax en caso de su rotura espontánea, o secundaria a cirugía o traumatismo¹.

La patogenia de este quiste no está clara^{8,9}. Puede deberse a una obstrucción en algún punto del conducto torácico cerca de su desembocadura en la vena subclavia izquierda. A esto se suma la incompetencia o ausencia de válvulas en los sitios de drenaje de los canales linfáticos, lo que puede hacer que un saco linfático remanente se dilate de forma retrógrada ante la presión ejercida, por ejemplo, ante una maniobra de Valsalva¹⁰. Algunas teorías también sugieren una degeneración adquirida debida a inflamación, aterosclerosis, trauma o infección^{11,12}.

Las lesiones quísticas de la porción cervical lateral incluyen una amplia variedad de diagnósticos diferenciales que van desde quistes branquiales, metástasis quísticas de tumores malignos, quistes tímicos, quistes de paratiroides, linfangioma quístico, malformaciones vasculares.

Si bien no existe consenso en el manejo, los escasos casos disponibles en la literatura revisada describen distintas formas de tratamiento con respuesta satisfactoria⁵. La resolución quirúrgica del mismo es la más habitual, describiéndose como una cirugía compleja en la que se deben ligar todos los conductos dilatados sobre la confluencia del quiste para evitar lesiones nerviosas, trombosis venosas, fistulas y quilotórax¹, teniendo en cuenta que no es frecuente observar una unión gruesa del quiste con el conducto torácico o con la confluencia yugulosubclavia en sí misma^{13,14}.

Las PAAF repetidas del mismo como método terapéutico no suelen recomendarse, ya que la recidiva del mismo se observa en más de un 80% de los casos, además aumenta la posibilidad de infección y rotura del mismo con la consiguiente fístula⁵.

El manejo conservador se prefiere en los casos asintomáticos, el que incluye la simple observación¹⁵, cambios en la dieta limitando la ingesta de grasas y la compresión externa⁵.

Conclusión

El quiste cervical del conducto torácico es una entidad rara, pero que debe sospecharse

ante lesiones quísticas de la región supraclavicular izquierda. En su diagnóstico son esenciales las pruebas de imagen correlacionadas con la histopatología y el estudio bioquímico del contenido del quiste. El tratamiento es variable y dependerá, principalmente, de la sintomatología presente al momento de decidirlo. La evolución de la lesión es incierta, no habiéndose descrito hasta el momento transformaciones malignas.

Bibliografía

- Noor A, Lam B, Ho JPK, Kuo TS. Traumatic rupture of a cervical thoracic duct cyst: an unusual presentation of a rare diagnosis. *ANZ J Surg.* 2022;92(6):1514-1515. doi:10.1111/ans.17305
- Veziat J, Sakka L, Galvaing G, Tardy MM, Cassagnes L, Filaire M. Lymphovenous anastomosis for recurrent swelling syndrome and chylous effusion due to cervical thoracic duct cyst. *J Vasc Surg.* 2015;62(4):1068-1070. doi:10.1016/j.jvs.2014.02.060
- Shen L, Bruscano-Raiola F, Leung M. Supraclavicular thoracic duct cyst: an unusual neck mass. *ANZ J Surg.* 2017;87(12):E307-E308. doi:10.1111/ans.13145
- Brauchle RW, Risin SA, Ghorbani RP, Pereira KD. Cervical thoracic duct cysts: a case report and review of the literature. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003;129(5):581-583. doi:10.1001/archotol.129.5.581
- Abelardo E, Shastri P, Prabhu V. Variations in the Management of Cervical Thoracic Duct Cyst. *Biomed Hub.* 2020;5(2):7-14. doi:10.1159/000507275
- Dortch JD, Eck D, Hakaim AG, Casler JD. Management of cervical thoracic duct cyst with cyst-venous anastomosis. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5(12):1028-1030. doi:10.1016/j.ijscr.2014.10.012
- Carreira-Delgado M, Fernández-Rodríguez E, Martínez-Míguez M, Álvarez-Martín MJ, Nuño Vázquez-Garza JM. *Cirugía y Cirujanos.* 2017; 85(Supl.1): 40-43. doi: 10.1016/j.circir.2016.11.010
- Moesgaard L, Baerentzen S, Mirz F. Cervical thoracic duct cyst: a differential diagnosis of left supraclavicular swelling. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2007;264(7):797-799. doi:10.1007/s00405-007-0257-5
- Planchette J, Jaccard C, Nigrón A, et al. Recurrent thoracic duct cyst of the left supraclavicular fossa: A retrospective study of 6 observational case series and literature review. *Medicine (Baltimore).* 2021;100(50):e28213. doi:10.1097/MD.00000000000028213
- Steinberg I. Roentgen Diagnosis of persistent jugular lymph sac. *Radiology.* 1964;82:1022-1023. doi:10.1148/82.6.1022
- Mattila PS, Tarkkanen J, Mattila S. Thoracic duct cyst: a case report and review of 29 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1999;108(5):505-508. doi:10.1177/000348949910800516
- Gottwald F, Iro H, Finke C, Zenk J. Thoracic duct cysts: a rare differential diagnosis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005;132(2):330-333. doi:10.1016/j.otohns.2004.09.002
- Feutz EP, Yune HY, Mandelbaum I, Brashear RE. Intrathoracic cystic hygroma. A report of three cases. *Radiology.* 1973;108(1):61-66. doi:10.1148/108.1.61
- Maruyama M, Kobayashi S, Kasuga Y, et al. Thoracic duct cyst in supraclavicular region. *Ulster Med J.* 1997;66(2):140-143.
- Zätterström U, Aanesen JP, Kolbenstvedt A. Case report: Spontaneous regression of a supraclavicular thoracic duct cyst: case report with a follow-up of 25 years. *Br J Radiol.* 2009;82(980):e148-e150. doi:10.1259/bjr/61472642.