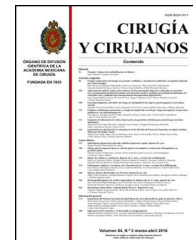




CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Quiste cervical del conducto torácico: una rara entidad



Manuel Carreira-Delgado^{a,*}, Elvira Fernández-Rodríguez^a, Marta Martínez-Míguez^b,
María Jesús Álvarez-Martín^c y José Manuel Nuño Vázquez-Garza^a

^a Servicio de Cirugía General, Hospital Álvaro Cunqueiro, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España

^b Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Álvaro Cunqueiro, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España

Recibido el 16 de diciembre de 2015; aceptado el 26 de noviembre de 2016

Disponible en Internet el 29 de diciembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Cervical;
Quiste conducto
torácico;
Cirugía

Resumen

Antecedentes: El quiste cervical del conducto torácico es una entidad sumamente infrecuente. **Objetivo:** Comunicar un caso de quiste cervical del conducto torácico y hacer revisión bibliográfica de la entidad.

Caso clínico: Mujer de 78 años de edad, que consulta por una tumoración supraclavicular izquierda asintomática de un año de evolución. La tomografía computada muestra una tumoración quística de 42 mm de diámetro. Se realiza punción aspiración con aguja fina, y se obtiene un líquido blanquecino lechoso espeso. Es intervenida quirúrgicamente, y se aprecia una tumoración quística supraclavicular izquierda, con algunos vasos linfáticos que se dirigen hacia la confluencia venosa yugulosubclavia. Se realiza ligadura de estos vasos linfáticos y resección de la tumoración. El estudio histopatológico confirma el diagnóstico de quiste del conducto torácico.

Conclusión: El diagnóstico de quiste cervical del conducto torácico debe sospecharse ante una tumoración quística en la región supraclavicular izquierda de la que, al ser puncionada, se obtenga un líquido blanquecino lechoso, espeso, muy característico, con alto contenido en linfocitos y triglicéridos. El tratamiento debe ser la extirpación completa con ligadura de los aferentes linfáticos.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Urbanización Miñor 53, 36380 Gondomar (Pontevedra), España. Teléfono: +00-34 986 369 670 / +00-34 678 760 730.

Correo electrónico: mancarreira@yahoo.es (M. Carreira-Delgado).

KEYWORDS

Cervical;
Thoracic duct cyst;
Surgery

Cervical thoracic duct cyst: An uncommon entity**Abstract**

Background: Cervical thoracic duct cysts are a rare anomaly.

Objective: To report a case of cervical thoracic duct cyst, and perform a literature review.

Clinical case: A 78-year-old female, with a one-year history of a left-sided asymptomatic supraclavicular cystic mass. Computerized tomography revealed a cystic mass 42 mm in diameter. We performed a fine needle aspiration puncture, obtaining a thick, milky, whitish liquid. The patient underwent surgery; finding a left-sided supraclavicular cystic mass, with some lymph vessels heading towards the jugulo subclavian venous junction. We performed a ligation of these lymph vessels and resection of the mass. The histopathologic study confirmed the diagnosis of thoracic duct cyst.

Conclusion: Diagnosis of cervical thoracic duct cyst should be suspected with a cystic lesion in the left supraclavicular region, which when perforated exudes a very distinctive thick milky, whitish liquid with a high content of lymphocytes and triglycerides. Treatment should be complete removal with ligation of the lymphatic afferent vessels.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

El quiste cervical del conducto torácico es una anomalía extremadamente infrecuente, de la que se han comunicado casos aislados¹⁻⁷, recopilaciones de casos conjuntos^{8,9} y solamente una serie de 5 casos en el mismo centro¹⁰. En un artículo de 2015⁷ se han contabilizado tan solo 34 casos publicados. Ha sido también descrito en el mediastino e incluso en el abdomen⁸.

Objetivo

El propósito de este trabajo es presentar un caso de quiste cervical del conducto torácico y revisar la entidad.

Caso clínico

Mujer de 78 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, poliartrosis y obesidad; con intervenciones quirúrgicas de histerectomía por miomatosis uterina y de litiasis renal izquierda. Consulta por haber notado, desde más de un año antes, una masa indolora en el hueso supraclavicular izquierdo.

La exploración física muestra en la fosa supraclavicular izquierda una tumoración de consistencia aumentada, elástica, de 5 cm, desplazable de piel y planos profundos. Resto de la exploración, sin hallazgos.

Analítica general y Rx de tórax sin datos relevantes. La tomografía computada (TC) (fig. 1) muestra en la región supraclavicular izquierda una lesión de aspecto quístico y contornos definidos, con un diámetro máximo de 42 mm. Sin adenopatías ni otras alteraciones en cuello y tórax.

Se le realiza punción aspiración con aguja fina, y se aspiran 14 cc de un líquido blanquecino amarillento, lechoso. Desaparece la tumoración palpable, que reaparece algunos días después. El estudio citológico muestra linfocitos

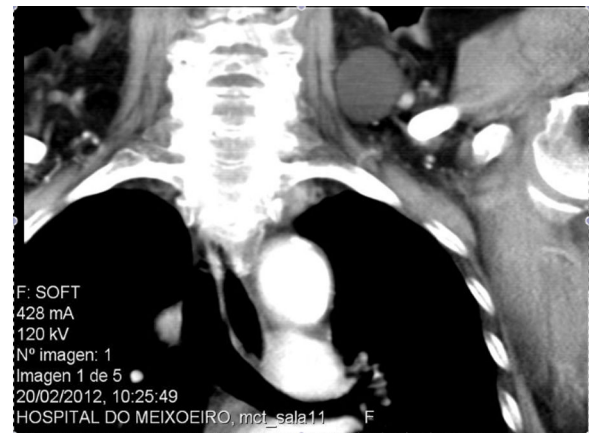


Figura 1 Tomografía computada cervicotorácica, corte frontal. Se aprecia lesión quística ovoidea en región supraclavicular izquierda.

maduros, que en el estudio inmunocitoquímico tienen positividad intensa y difusa para CD3 y negatividad para CD20, lo que indica fenotipo linfóide T. Estos hallazgos indican fuertemente el diagnóstico de quiste del conducto torácico.

La paciente es intervenida quirúrgicamente bajo anestesia general, a través de una incisión transversal en la fosa supraclavicular izquierda. Se aprecia una tumoración quística de pared blanquecina y fina, de 5 cm de diámetro, que ocupa la fosa supraclavicular izquierda y se extiende en profundidad sobre el plano de los escalenos. Al disecarla, se aprecian algunos pequeños vasos linfáticos, de pared delgada aunque consistente, con contenido de linfa quilífera en su interior, que se introducen en la tumoración y que son ligados y seccionados (fig. 2). El quiste se extiende medialmente hacia la región de la base de la vena yugular interna y su confluencia con la subclavia, pero no se aprecia ninguna comunicación gruesa con esta. Se extirpa el quiste de forma completa.

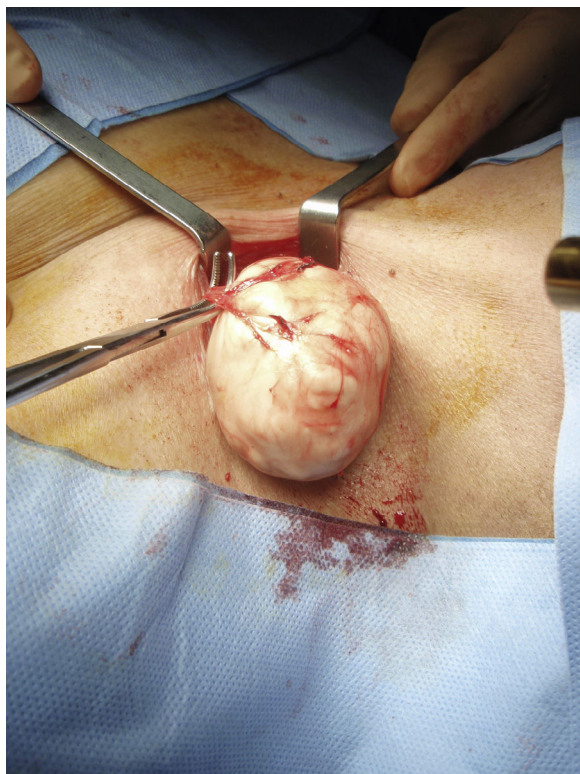


Figura 2 Ligadura y sección de vasos linfáticos aferentes al quiste.

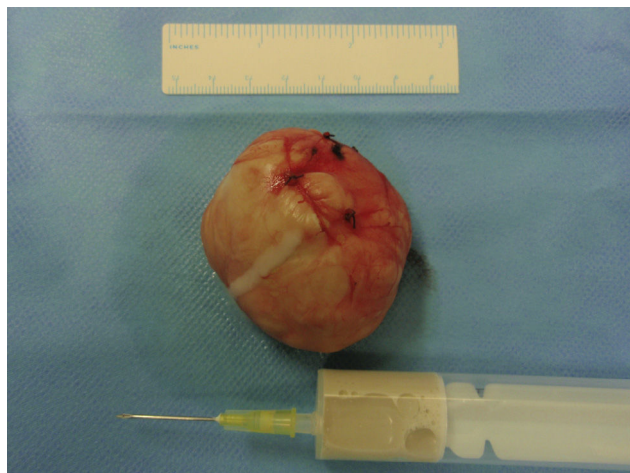


Figura 3 Quiste una vez extirpado. Se ha extraído con jeringa parte de su contenido líquido, consistente en quilo, que rezuma por el orificio de punción. Se observan también las ligaduras de algunos conductos linfáticos aferentes al quiste.

Una vez extraída la pieza, se punciona y se obtiene un líquido blanquecino lechoso, algo espeso, que corresponde a linfa (fig. 3). Se manda muestra del líquido al laboratorio para análisis, que indica cifras de colesterol de 264 mg/dl y de triglicéridos de 5,248 mg/dl. El estudio histopatológico confirma el diagnóstico de quiste del conducto torácico.

La evolución es satisfactoria, con buena cicatrización de la herida operatoria. Tres años después de la intervención la paciente está asintomática y no ha habido reaparición del quiste.

Discusión

La primera descripción de esta lesión fue publicada en 1964¹: se demostró radiológicamente un quiste del conducto torácico en la región supraclavicular izquierda, mediante angiocardiógrafa. En este trabajo se hace referencia a una observación previa del mismo autor, en la que se describe un caso similar en el lado derecho. Este caso es el único comunicado de quiste del conducto torácico cervical derecho, ya que todos los demás han sido izquierdos.

Se trata de una dilatación quística de la porción terminal del conducto torácico o de una de sus 2 ramas principales. La localización habitual es en la región supraclavicular izquierda, justo sobre la confluencia venosa yuguloclavicular.

Los clásicos¹¹ describen al conducto torácico como un largo conducto, de color gris blanquecino, de paredes delgadas y flexibles. Se forma por la unión de 2 troncos linfáticos lumbares, a los que se une un tronco intestinal, a nivel de las 2 primeras vértebras lumbares o de las últimas dorsales. Frecuentemente tiene un segmento inicial dilatado, que se conoce como cisterna de Pecquet. Desde su origen sube a lo largo del borde derecho de la aorta y sigue la cara posterointerna de la arteria subclavia izquierda; desde allí alcanza la base del cuello y forma una curva cóncava hacia abajo, que le lleva al confluente venoso yuguloclavicular izquierdo, donde desemboca.

La presentación habitual del quiste del conducto torácico es como una masa quística, habitualmente indolora y asintomática, en la región supraclavicular izquierda, en adultos, sin preferencia de sexo⁸. Con menos frecuencia se pueden presentar síntomas en relación con compresión de estructuras vecinas, como dolor supraclavicular, disfagia, disnea, tos, insuficiencia respiratoria o compresión de vena cava superior. Los quistes en mediastino por encima del arco aórtico son los más frecuentemente sintomáticos⁸.

La patogenia de estos quistes es desconocida. Se han apuntado como posibles causas⁸⁻¹⁰ una angulación excesiva de la unión de la vena yugular interna con la subclavia en el lado izquierdo, que provocaría obstrucción en la entrada del conducto torácico, asociada a debilidad de la pared del conducto, congénita o bien adquirida por arterioesclerosis, traumatismo o infección.

El diagnóstico preoperatorio de la entidad es difícil debido a su rareza. Debe entrar en el diagnóstico diferencial de cualquier masa quística en la región supraclavicular izquierda o mediastínica, como metástasis quísticas de tumores malignos, linfangiomas quísticos, quistes branquiales o quistes tímicos o paratiroides. Aunque se han utilizado la linfografía², la linfografía isotópica⁴ y la cistografía, rellenando el quiste con contraste radiopaco^{2,4}, actualmente el diagnóstico se basa en la ecografía, que confirma la lesión quística, y la punción aspiración con aguja fina, con obtención de un líquido blanquecino amarillento o lechoso, espeso, muy característico, con alto contenido en linfocitos y triglicéridos. La tomografía computada y la resonancia magnética nuclear son útiles para evaluar las relaciones anatómicas.

Aunque se ha descrito y está documentada la regresión espontánea de un quiste cervical del conducto torácico¹², debería siempre considerarse la resección quirúrgica, para aliviar la sintomatología y excluir malignidad. Es

imprescindible la ligadura de todos los conductos linfáticos dilatados sobre la superficie del quiste para evitar la fístula de quilo en el postoperatorio. No suele estar presente una comunicación gruesa con la confluencia venosa yugulo-subclavia izquierda en la base del cuello¹⁰. Si bien la ligadura del conducto torácico no tiene ninguna repercusión clínica, debido a la existencia de múltiples comunicaciones linfovenosas intratorácicas entre el conducto torácico y la vena hemiacigos, ha sido también descrita recientemente la anastomosis del quiste a la vena yugular interna izquierda¹³, con descompresión y desaparición del quiste.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Steinberg I. Roentgen diagnosis of persistent jugular lymph sac. *Radiology*. 1964;82:1022-3.
2. Maruyama M, Kobayashi S, Kasuga Y, Fujimori M, Yokoyama S, Shingu K, et al. Thoracic duct cyst in supraclavicular region. *Ulster Med J*. 1997;66:140-3.
3. Ducic Y, Gallaher TT. Thoracic duct cysts of the neck. *J Otolaryngol*. 1999;28:344-6.
4. Chapman KR, Ratnalunga PC. Thoracic duct cyst presenting as a left supraclavicular mass. *Ceylon Med J*. 2001;46:28-9.
5. Moesgaard L, Baerentzen S, Mirz F. Cervical thoracic duct cyst: A diferencial diagnosis of left supraclavicular swelling. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2007;264:797-9.
6. Wang YA, Zhang ZY, Zheng JW, Ye WM, Wang LZ, Zhu HG. Spontaneous thoracic duct cyst presenting as a left supraclavicular mass: Report of a case and review of literature. *Phlebology*. 2009;24:82-4.
7. Roger V, Babin E, Hitier M, Capovilla M, Blanchard D. Spontaneous cyst of the cervical segment of the thoracic duct: Literature review. *Ann Otolaryngol Rhinol*. 2015;2:1034-7.
8. Mattila PS, Tarkkanen J, Mattila S. Thoracic duct cyst: A case report and review of 29 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1999;108:505-8.
9. 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;129:581-3.
10. Gottwald F, Iro H, Finke C, Zenk J. Thoracic duct cysts: A rare diferencial diagnosis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005;132:330-3.
11. Rouvière H, Delmas A. Anatomía humana: descriptiva, topográfica y funcional. 8.ª edición española Madrid: Editorial Bailly-Bailliere; 1972. p. 206.
12. Zätterström U, Aanesen JP, Kolbenstvedt A. Spontaneous regression of a supraclavicular thoracic duct cyst: Case report with a follow-up of 25 years. *Br J Radiol*. 2009;82:148-50.
13. Dortch JD, Eck D, Hakaim AG, Casler JD. Management of cervical thoracic duct cyst with cyst-venous anastomosis. *Int J Surg Case Rep*. 2014;5:1028-30.