

ANOMALIAS BRANQUIAIS: REVISÃO DE 23 CASOS

BRANCHIAL ANOMALIES: A REVIEW OF 23 CASES

Rogério Aparecido Deditivis, TCBC-SP¹
André Vicente Guimarães²
Simone Remesso Cunha³
Alessandra Midori Wagatsuma³

RESUMO: A anomalia branquial é a doença congênita mais comum vista pelo cirurgião de cabeça e pescoço. Vinte e três pacientes portadores de anomalias branquiais tratados no período de 1994 a 1997 foram revisados. O diagnóstico clínico foi documentado por ultra-sonografia e comprovado pelo exame histopatológico. Encontramos seis anomalias de primeiro arco (26%); 16 do segundo arco (69,5%); e uma do terceiro (4,5%). Não houve anomalia do quarto arco. Após um seguimento que variou de três a 43 meses, não houve caso de recidiva. A prevalência de anomalias do segundo arco é compatível com a literatura, porém, foi alta a incidência do primeiro arco. O emprego da técnica cirúrgica adequada, com a ressecção de todo o trajeto fistuloso, mostrou-se eficaz.

Unitermos: Cistos e fístulas branquiais.

INTRODUÇÃO

Anomalias congênitas dos arcos branquiais são muito frequentes, manifestando-se habitualmente como fístulas e cistos cervicais.¹ Apresentam fisiopatologia desconhecida e podem aparecer em qualquer idade, com evidência de transmissão autossômica dominante.² A maioria dos casos (72%) é diagnosticada antes dos 30 anos de idade.³ Correspondem a 0,5% das afecções de cabeça e pescoço,⁷ e a cerca de 17% das massas cervicais na infância. A cirurgia inicial é crucial, já que a taxa de recorrência pode atingir 22% nos casos de ressecção incompleta.⁴ O objetivo é avaliar a incidência dos diversos tipos de anomalias branquiais e os resultados cirúrgicos.

A partir da terceira semana, quando o embrião mede cerca de 5mm, surgem cinco arcos branquiais, constituídos pelos três folhetos germinativos, de cada lado da região cervical, que se definem externamente por fendas e, no interior, pelas bolsas faríngeas. O aparelho branquial origina inúmeras estruturas da cabeça e pescoço.² O quinto arco, mal definido, é considerado integrante do quarto arco.^{2,5}

Há algumas teorias para a formação da anomalia: presença de remanescentes da bolsa branquial; ruptura da membrana da bolsa; regressão incompleta do sistema branquial¹; falha

na fusão das fendas; persistência do seio cervical; e remanescentes do ducto tímico.² Os cistos e fístulas congênitos relacionam-se às estruturas que serão originadas por cada bolsa. Assim, os de segunda bolsa estão em relação com as tonsilas palatinas. O trajeto da respectiva fístula pode seguir entre a carótida interna e externa. Já os de terceira bolsa relacionam-se ao seio piriforme, passando medialmente à carótida interna¹ e, para o correto diagnóstico, é imperativa a pesquisa de uma comunicação interna com o seio piriforme.⁶

Estima-se que 95% dos casos são do segundo arco, 5% de primeiro e terceiro, sendo as anomalias do quarto arco excepcionais. A origem das fístulas de quarto arco é no seio piriforme, com trajeto descendente até hipofaringe, caudalmente ao músculo cricotireóideo.⁵

As fístulas podem classificar-se em completas (quando apresentam orifício na pele e na faringe); externa (com orifício na pele, terminando em fundo de saco); e interna (o oposto).⁷

Massa cística ou orifício que se apresente ao longo da borda anterior do músculo esternocleidomastóideo na metade inferior do pescoço representa, em geral, uma fístula do segundo arco branquial.⁸ É discretamente mais predominante no sexo feminino e à direita, havendo casos de ocorrência familiar.⁹

1. Chefe do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Ana Costa. Mestre pelo Curso de Pós-Graduação em Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Complexo Hospitalar Heliópolis.
2. Cirurgião de Cabeça e Pescoço do Hospital Ana Costa.
3. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas de Santos da Fundação Lusfada.

Recebido em 17/3/98

Aceito para publicação em 9/7/98

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Ana Costa – Santos – SP.

O *coloboma auris* ou fístula da primeira fenda é encontrado como um processo fistuloso com orifício externo em região pré-auricular, contornando o pavilhão auricular por cima, terminando freqüentemente no conduto auditivo externo. Classicamente, esta fístula estende-se da região supra-hióidea lateral ao conduto auditivo externo.¹⁰

O diagnóstico diferencial deve ser feito com higroma cístico, na faixa etária pediátrica e com linfadenopatia inflamatória, principalmente causada por tuberculose ou neoplasia.² Devem ainda ser considerados cisto e fístula do ducto tireoglosso que, encontrados em geral na linha média do pescoço, podem lateralizar-se após recidivas ou infecções repetidas. Lipomas, neurofibromas e tumores do corpo carotídeo devem ser ainda considerados.¹⁰

Métodos de imagem podem ser utilizados em caso de dúvida diagnóstica. Pouca atenção tem sido dada à tomografia computadorizada, que é um método com alta acurácia, não invasivo e dispendioso.⁴

O tratamento é cirúrgico eletivo,^{8,10} com excelentes resultados e complicações pós-operatórias escassas.³ A indicação é estética, pela deformidade cervical, pela drenagem crônica das fístulas e pela possibilidade de infecção e abscessos, relativamente comuns. Casos infectados devem ser tratados clinicamente antes da cirurgia, pois a dissecação nestas condições é mais difícil.¹⁰ Malignização é incomum.⁴

Pode-se injetar uma solução com azul de metileno e peróxido de hidrogênio para melhor individualizar o trajeto a ser dissecado.⁸ As fístulas são tratadas a partir de incisão elíptica ao redor do orifício externo.¹⁰ A excisão do *coloboma auris* envolve freqüentemente uma parotidectomia parcial com preservação do nervo facial.⁹ A excisão completa do cisto, trato ou fístula é necessária para evitar recorrência da doença.^{11,12}

MATERIAL E MÉTODO

Foram estudados 23 pacientes portadores de anomalias branquiais, tratados no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1997, no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Ana Costa de Santos. Houve 15 pacientes do sexo feminino e oito do masculino. A distribuição por faixa etária mostrou uma maior incidência do diagnóstico na segunda e terceira décadas, contudo, houve casos desde a primeira até a oitava (Tabela 1). Houve ainda predomínio da raça branca, com 21 pacientes e dois pardos.

Tivemos quatro casos de bilateralidade, dez à direita e nove à esquerda. A manifestação clínica foi de fístula em dez casos e cisto nos outros 13. O diagnóstico foi clínico, com queixa de nódulo cervical ou de orifício fistuloso com saída intermitente de secreção serosa, ao nível da borda anterior do músculo esternocleidomastóideo. Dois pacientes apresentaram-se com cisto abscedado, que necessitou de antibioticoterapia sistêmica. Todos os casos foram documentados por ultrasonografia, que permitiu caracterizar o componente cístico das lesões. O tamanho dos cistos variou de 1,8cm a 6,0cm.

Tabela 1

Distribuição dos casos conforme a faixa etária

Idade (anos)	Número de casos
0 - 10	2
11 - 20	5
21 - 30	11
31 - 40	2
41 - 50	2
71 - 80	1
Total	23

O tratamento foi cirúrgico, com cervicotomia e individualização de cisto e fístula. Em três casos, devido à grande extensão da fístula, foram realizadas incisões escalonadas. Os dois casos de fístula do terceiro arco foram diagnosticados no intra-operatório, em que se observou comunicação com o seio piriforme. Todos foram comprovados pelo exame histopatológico. Em nenhum dos casos de fístula do primeiro arco foi necessária a realização de parotidectomia parcial.

RESULTADOS

Encontramos, em nossa casuística, seis anomalias de primeiro arco (26% do total de casos), sendo dois casos bilaterais; 16 do segundo arco (69,5%), sendo dois bilaterais; e um do terceiro (4,5%). Não foram encontradas anomalias do quarto arco.

Dos 16 casos de anomalia do segundo arco, a localização de cisto ou orifício da fístula foi: 11 ao nível da metade cranial do músculo esternocleidomastóideo, e cinco, na caudal.

Nenhum paciente permaneceu mais de um dia internado: 15 permaneceram um dia, enquanto oito tiveram alta hospitalar no mesmo dia. Não foi utilizada antibioticoprofilaxia de rotina, exceto em cinco casos em que o cisto rompeu-se durante o ato cirúrgico. Em todos os casos, foi mantido um dreno de Penrose fino, que foi retirado após 24 horas de pós-operatório. Infecção foi observada em apenas um caso, que foi tratado com antibioticoterapia sem necessidade de drenagem cirúrgica e com boa evolução. Não houve outras complicações pós-operatórias. Após um seguimento que variou de três a 43 meses, não houve caso de recidiva.

DISCUSSÃO

O diagnóstico das anomalias branquiais costuma não representar maior dificuldade. Pode ser dificultado na vigência de algum processo infeccioso agudo, que deve primeiro ser tratado clinicamente. História e palpação cuidadosas permitem uma avaliação adequada. A ultra-sonografia ratifica a natureza cística da lesão, sendo utilizada para confirmar o diagnóstico clínico.

Na nossa experiência, concordante com a literatura, a maioria dos casos foi de fístula do segundo arco, já que seguem até orofaringe, ao nível da região amigdalina. Não

Tabela 2

Distribuição dos casos conforme o arco branquial acometido

Arco branquial	Número de casos	Porcentagem (%)
1º	5	26
2º	16	69,5
3º	2	4,5
4º	0	0
Total	23	100

conseguimos correlacionar, contudo, a localização do cisto ou da fístula externa com o arco branquial anômalo. Nesse sentido, entre os casos do segundo arco, os orifícios externos localizaram-se indistintamente ao nível da borda anterior do músculo esternocleidomastóideo, desde a região cervical alta

até a união esternoclavicular.

Encontramos uma incidência de anomalias do primeiro arco branquial (26%) acima da habitualmente relatada pela maioria dos autores. Para estes, a incidência de alterações do primeiro arco são pouco freqüentes, já que as do segundo arco chegam a 95% do total.⁴

Não utilizamos em nenhum dos casos a injeção de corante tipo azul de metileno, que é recomendada por alguns autores para facilitar a individualização do trato. Nem por isso houve maiores dificuldades para dissecação, em nossa casuística.

Finalizamos confirmando que nesta série houve um predomínio (69,5%) das anomalias de segundo arco, porém, a incidência das do primeiro arco (26%) foi acima daquela relatada pela literatura e que o tratamento cirúrgico é definitivo, sendo que a total excisão do trato fistuloso evita a recidiva.

ABSTRACT

The branchial anomalies are the most common congenital neck mass. Twenty-three patients treated between 1994 and 1997 were reviewed. Clinical diagnosis was confirmed with ultrasonography. First branchial anomalies were seen in 26%, second in 69.5% and third in 4.5%. There was no fourth anomalie. The follow-up was from 3 to 43 months with no cases of recurrence. The prevalence of second branchial anomalies was according to the literature, but we had a high incidence of first anomalies. The surgical management with complete excision was essential for a successful outcome.

Key Words: Branchial cysts and fistulae.

REFERÊNCIAS

- Boysen ME, Besche A, Djupesland G, et al – Internal cysts and fistulae of branchial origin. *J Laryngol Otol* 1979;93:533-9.
- Fava AS, Andrade Sobrinho J, Rapoport A, et al – Cistos e fístulas branquiais. *An Paul Med Cir* 1981;108 (4):47-56.
- Perezp JA, Henning LE, Valencia CV, et al – Quistes de la segunda hendidura branquial: revision de 32 casos operados. *Rev Med Chile* 1994; 122 (7):782-7.
- Choi SS, Zalzal GH – Branchial anomalies: a review of 52 cases. *Laryngoscope* 1995;105:909-13.
- Godin MS, Kearns DB, Pransky SM, et al – Fourth branchial pouch sinus: Principles of diagnosis and management. *Laryngoscope* 1990; 100: 174-178.
- Lin J, Wang K – Persistent third branchial apparatus. *J Pediatr Surg* 1991;26:663-5.
- Rozas Aristy F – Quistes y fistulas branquiales. *Rev Med Caja Seg Soc* 1988; 20(2): 79-82.
- Bill Jr AH – Cysts and sinuses of the neck of thyroglossal and branchial origin. *Surg Clin North Am* 1956; 36: 1599-611.
- Ford GR, Balakrishnan A, Evans JN, et al – Branchial cleft and pouch anomalies. *J Laryngol. Otol* 1992; 106: 137-43.
- Fava AS, Andrade Sobrinho J, Rapoport A, et al – Cistos e fístulas branquiais. Parte 2. *An Paul Med Cir* 1982;109 (1):9-26.
- Edmonds JL, Girod DA, Woodroof JM, et al – Third branchial anomalies. Avoiding recurrences. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 123:438-41.
- Barbosa JF – *Surgical treatment of head and neck tumors*. Grune & Stratton, New Your, 1974, pp. 252-9.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Rogério Aparecido Dedivitis
Ed. Med Center
Rua Olinto Rodrigues Dantas, 343 cj. 92
11050-220 – Santos-SP