

Quando se fala em cistos de origem branquial é óbvio situá-los na região cervical lateral, preferencialmente na parte superior, adiante do músculo esterno-mastoideo em frente ao osso hióide ou um pouco acima dêste. Estes cistos branquiais ou branquiógenos ao atingirem grandes dimensões invadem a região supra-hioidea e nesta, como nas regiões vizinhas, determinam compressão sobre formações vâsculo-nervosas, a lembrar entre elas a veia jugular interna, artéria facial, nervos glossofaríngeo e hipoglosso, por cuja integridade o cirurgião deve zelar no decorrer da exérese. Existe estreita relação entre cistos, fístulas e trajetos branquiais, não só quanto à origem como ao ulterior desenvolvimento. Quanto à origem provém do segundo arco branquial, ainda conhecido por arco hióide; referentemente ao desenvolvimentto recordemos: o embrião humano na terceira semana de vida intra-uterina apresenta, de cada lado do pescôço, cinco arcos branquiais, limitados por quatro fendas paralelas, dirigidas obliquamente para baixo e para a linha média. Cada uma destas fendas acompanha-se de uma invaginação interna, a chamada bolsa faríngea. As fendas branquiais são normalmente separadas das bolsas faríngeas por uma membrana embrionária cuja destruição segundo CARROL, provocada por processos infecciosos embrionais, daria origem às fístulas branquiais. Para AIRD, entretanto, processa-se da seguinte maneira: o segundo arco branquial cresce mais rapidamente que os outros, estendendo-se para baixo, estando separado deles pelo "trajeto cervical". Este se oblitera pela aproximação e conse-

quente fusão da borda descendente do segundo arco branquial com o quinto, parecendo-se, então, como uma "ilha epitelial" que no entanto cêdo desaparece. Se este "trajeto cervical" permanecer aberto, por falha na fusão do segundo com o quinto arco branquial, resulta a Fístula Branquial. Se ocorre fusão, porém persiste epitélio incluído na porção descendente do segundo arco, desenvolve-se um Cisto Branquial.

Observação Clínica: E. B., com 53 anos de idade, sexo masculino, casado, cor branca, brasileiro, natural e residente no município de Santo Antônio da Patrulha. Procurou-nos em 30 de abril de 1961, com a seguinte história: há mais ou menos oito (8) anos da data da consulta, apareceu-lhe no lado direito do pescôço um tumor que não o importunava nos primeiros anos de seu aparecimento, a não ser pelo efeito antiestético. Ultimamente, isto é, de quatro meses para cá, notou que a tumefação aumentava de volume, progressivamente, com sensação de tensão, malestar, dores continuas pouco intensas e pequena dificuldade na deglutição de alimentos sólidos. Alertado por parentes e amigos e ele próprio receoso de neoplasia maligna, não teve dúvidas em procurar o Serviço de Clínica Cirúrgica, para solução rápida e satisfatória do seu caso. Na sua vida passada não refere doenças importantes, e nenhum membro teve tumefação cervical idêntica ou parecida.

Exame do doente: à inspeção conforme se vê nos clichês acima, notamos uma tumefação arredondada na região

* Cirurgião do IAPC. Instrutor de Ensino da Cadeira de Clínica Propedéutica Cirúrgica.

lateral direita do pescôço, tomando o grande eixo uma direção oblíqua de trás para diante e de cima para baixo, com cerca de 12 centímetros de largura por 9 centímetros de altura. O tumor ocupa os dois terços superiores da região carotídea direita, invade para cima a região parotídea direita e para diante as regiões supra e infra-hioideas. A pele que recobre o tumor é lisa, distendida, uniforme, sem sinais de flogose, clara e brilhante, sem vislumbre de circulação colateral anômala. A palpação: tumor duro, fixo na sua base, pouco doloroso. A pele e o tecido celular subcutâneo são mobilizáveis sobre a superfície tumoral. Não havia gânglios linfáticos infartados na zona do tumor ou vizinhanças. Os restantes sistemas e aparelhos orgânicos não apresentavam alterações dignas de nota. Em se tratando de um tumor de evolução lenta (8 anos), afastamos a hipótese de origem maligna e por sua localização na região do esterno-cleido-mastoideo, aventamos a possibilidade de neoformação embrionária, um cisto branquial, confirmado duplamente pelo ato cirúrgico e estudo anátomo-patológico, mais abaixo transcrito.

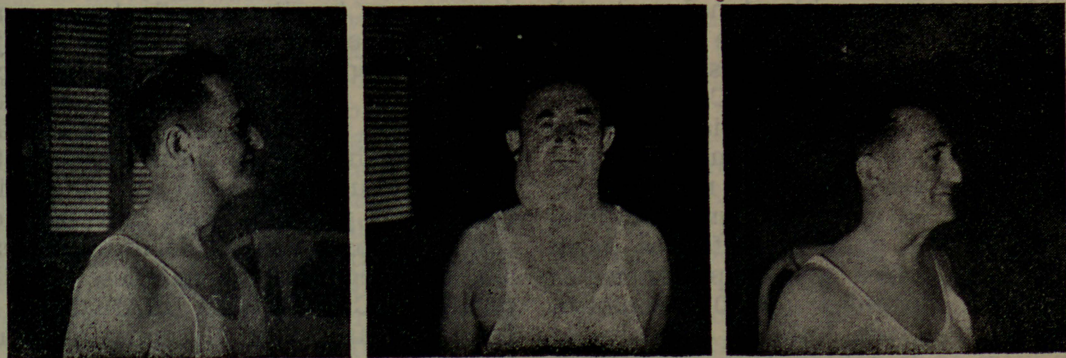
Após a realização dos exames pré-operatórios de rotina, com resultados dentro dos níveis normais, realizou-se a intervenção, usando-se para isto uma incisão transversal sobre o grande eixo do tumor. Após secção dos planos superficiais (pele, tec. celular subcutâneo, platisma), apareceu de imediato a cápsula do tumor de aparência fibrosa, parecendo conter líquido sob grande tensão. Feita a punção com agulha calibrosa, extraiu-se líquido purulento que, provando a natureza cística do tumor, revelou-nos seu conteúdo infectado. A retirada do cisto foi facilitada por bom plano de clivagem e o espaço morto deixado foi preenchido com hemostático local (Gelfoam). Drenagem com dreno de Penrose e bandagem compressiva. A peça operatória foi enviada ao anátomo-patologista e cujo traslado é o seguinte: material: Cápsula de cisto de pescôço. **Exame macroscópico:** recebida uma parede de cisto, já aberto, pesando 8,0 g. e medindo cerca de 4,0 cm. de diâmetro. A parede tem uma espessura variável de 0,35 cm. a 1,2 cm., e apresenta-se de aspecto fibroso. A superfície interna é vermelha par-

dacenta escura e irregular. A externa apresenta-se em áreas mais ou menos lisas. **Exame microscópico:** o cisto tem parede fibrosa e é revestido por epitélio malpighiano em cujo cório observa-se tecido linfóide, por vezes com a formação de folículos. Em uma extensão o epitélio acha-se substituído por úlcera recoberta por exsudato fibrinoso com neutrófilos. Notam-se áreas de hemorragias e vaso-congestão. **Diagnóstico:** Pescôço, ressecção — Cisto branquial infectado.

Comentário — Os cistos branquiais ou branquiógenos sempre estão localizados na região lateral do pescôço e por isto muitos autores os denominam ainda de cistos cervicais laterais. Não é demais lembrar quando pequenos surgem diante do bordo anterior do músculo esterno-cleido-mastoideo, no seu terço superior e ao atingirem grandes dimensões como no nosso caso, ocupam sua face anterior, invadem regiões vizinhas como a supra, infra-hioidea a parotídea e profundas como a faríngea lateral com a qual não poucas vezes mantém conexão mais íntima através de pequeno orifício, constante como sabemos nas fístulas branquiais.

O cisto do nosso doente estava localizado no lado direito, mas não há preferência quanto ao lado; é igual à direita como à esquerda e somente em 2% a localização é bilateral. Ambos os sexos são comprometidos em proporção idêntica. A incidência etária mais freqüente é a terceira década da vida.

O nosso paciente tinha 45 anos quando lhe apareceu o cisto, que evoluiu durante 8 anos, tendo se submetido à cirurgia aos 53, época, portanto, de incidência pouco comum. Pelo exposto se depreende também que os cistos branquiais tem evolução lenta, crescimento vagaroso e seus portadores vão ceder ou tarde à cirurgia mais por razões estéticas (mulheres), pelo temor ao câncer, do que propriamente pelas possíveis complicações, na maioria das vezes sem grande expressão sobre o resto da economia, no sentido de alterações orgânicas importantes. Entretanto sob o ponto de vista regional uma das complicações, a infecção piógena, poderá determinar modificações patológicas várias na conformação lateral do pescôço. Assim a supura-



ção do conteúdo cístico produz aumento de tensão, volume e dor, e que faz o doente precavido procurar alívio na incisão eficiente do cirurgião, e ao pouco sensível, ao conformado, a esperar ação benéfica da natureza, que não tarda em romper a cápsula, propiciando ou a exteriorização na superfície externa ou para dentro, na faringe, do pús coletado na cavidade do cisto. Em ambos os casos o resultado é único: a formação de FÍSTULA BRANQUIAL, sujeita a um tratamento cirúrgico radical ulterior. Muitas vezes o cisto mesmo infectado, não rompe e permanece assim, até seu afastamento definitivo. BAILEY menciona infecção tuberculosa num cisto branquial devida à presença de tecido linfóide na parede. O tecido linfático bastante desenvolvido na região lateral do pescoço é sede frequente de tuberculose e crê que esta possa propagar-se pelos mesmos motivos aos cistos branquiais. Quando os cistos forem flácidos ou apresentarem flutuação, podem ser puncionados com aspiração do conteúdo e ser injetado contraste para melhor estudo do seu tamanho e forma e também reconhecer a existência de prolongamentos profundos. As paredes dos cistos são constituídas em elevada proporção por tecido fibroso, entremeado com quantidades consideráveis de tecido linfóide, em forma de folículos dispersos. São revestidas por dentro por epitélio pavimentoso estratificado, que pode ser das variedades cilíndrico ou ciliar. O cisto de nosso paciente apresentava em extensão apreciável no epitélio uma úlcera recoberta por exsudato fi-

brinoso, com neutrófilos. O conteúdo dos cistos varia desde um líquido claro viscoso a opaco leitoso de acôrdo com o epitélio da cavidade e transforma-se em puriforme quando infectado. No líquido do cisto encontram-se em suspensão restos de epitélio e cristais de colesterol, estes últimos de real valor na diferenciação com os exsudatos tuberculosos de grande semelhança com os derrames císticos, pois os tuberculosos se diagnosticam pela ausência de colesterol.

Diagnóstico Diferencial: em referência ao diagnóstico diferencial enumeraremos as seguintes afecções cirúrgicas de maneira decrescente em relação à sua semelhança com os cistos branquiais: 1) — O TUMOR DO CORPÚSCULO CAROTÍDEO. Encontra-se este tumor no mesmo nível e quase igual frequência com os cistos branquiais, porém apresentam características peculiares suficientes para distingui-los: é um tumor cuja forma, lobulação, cor cinzenta, lembram a mais apreciada solanácea, a batata inglesa (POTATO TUMOUR). É originário, como já diz o nome, do corpúsculo carotídeo, situado na parede posterior da carótida primitiva, na sua bifurcação em carótidas externa e interna e cujos vasos transmitem, sempre, pulsações ao tumor, raramente pulsação expansível e excepcionalmente frêmito. Cresce mais para dentro do que para fora, é mobilizável no sentido transversal, nunca no vertical. As vezes o crescimento interior determina abaulamento da faringe, visível ou palpável. Ocasionalmente em pessoas

de idade induz ataques de isquemia cerebral e condiciona hipertensão arterial. Notificaram-se a síndrome de Claude Bernard-Horner e paralisias dos nervos hipoglosso e vago. 2) — **CÂNCER SECUNDÁRIO** — As neoplasias malignas primárias, afora os carcinomas tegumentares e linfossarcomas, são raros na região lateral do pescôco. O grande número de vasos e gânglios linfáticos desta região, entre eles, pela importância, os da cadeia carotídea (15-30), constitui uma encruzilhada linfática e para aí confluem os da cabeça, face, nuca, bôca, língua, faringe, laringe, tireóide, mediastino, vias respiratórias e aparelho digestivo. Por isso compreende-se quão frequente é aí a localização do câncer metastático e mais ainda quando por dificuldade diagnóstica ou exame superficial, não foi possível o carcinoma primário nas supra mencionadas regiões (cânceres latentes). No início a adenite cancerosa toma a forma de um nódulo duro, comprometendo um ou mais gânglios linfáticos da região cervical lateral. É móvel, aumenta lentamente de tamanho, e é indolor. Com o tempo fixa-se por invasão de tecidos vizinhos e às vezes sofre erupção, principalmente se houve trauma cirúrgico de biópsia. No nosso doente o fator tempo (evolução de oito anos) e o fato de estar o estado geral pouco comprometido, afastavam qualquer possibilidade de câncer, quer primário ou secundário. De qualquer maneira, reconhecido ou não o câncer primário em uma das regiões acima citadas, toda neoformação lateral do pescôco é passível de biópsia, cujo resultado anátomo patológico daria a última palavra. À medida que o tumor evolui o doente resente-se de seu estado geral, acusa fadiga fácil, é irritadido, inapetente, emagrece, em geral anemiado e o tempo de sobrevida desde o aparecimento do tumor, nestes pacientes em média, não passa de dois (2) anos. 3) — **ADENITE TUBERCULOSA** — A tuberculose dos gânglios linfáticos cervicais é mais comum nas crianças, ataca também adultos em número menor, sendo a infecção em 90% de origem vacum. O nosso paciente vivia e trabalhava em zona pastoril, cujas condições de higiene são habitualmente precárias, com facilidade ao beber leite cru, de contaminar-se. Ora, a infecção tuberculosa se faz, costumei-

ramente, através de duas portas de entrada — as tonsilas e os dentes — e assim o primeiro gânglio atacado é o jugulo-gástrico. Forma-se uma tumefação na mesma região ocupada pelos cistos branquiais, porém o gânglio ou os gânglios, usualmente ao alcançarem o tamanho de uma castanha sofrem caseificação e em presença deste processo, descobre-se, aos Raios X, depósitos de cálcio, sinal seguro de Tuberculose ganglionar. 4) — **CARCINOMA BRANQUIAL** — O termo carcinoma branquial ou branquiógeno foi usado pela primeira vez por VOLKMANN, em 1882, para designar um tumor epiteliomatoso com inclusão às vezes de elementos linfóides, situado profundamente na parte superior da região do esterno-cleido-mastoideo em pacientes nos quais não foi possível encontrar a fonte cancerosa primária. A maioria das escolas não aceita mais este tipo de carcinoma, pelo fato de que estes supostos blastomas branquiógenos seriam neoplasmas metastáticos de primários situados em regiões vizinhas e não reconhecido por sua criptogenia. A escola americana observa o seguinte critério para o diagnóstico de carcinomas branquiais: a) O tumor deverá localizar-se ao longo do bordo anterior do músculo esterno-cleido-mastoideo; b) sob o ponto de vista histológico, indicar sua origem em vestígios epidérmicos branquiais; c) demonstrar alguma relação com cistos, fístulas ou trajetos, considerados de origem branquial; d) sobrevida de cinco anos sem recidiva após erradicação cirúrgica. 5) — **LINFOSARCOMA** — Os gânglios linfáticos da região cervical lateral são frequentes vezes a sede de linfosarcomas que se caracterizam pelo crescimento rápido, atacando um gânglio ou vários gânglios linfáticos de vez, constituindo-se em tumores maciços, fixos, de superfície lobulada, indolores, ocupando de preferência os terços médio e inferior da região carotídea, invadem e comprimem órgãos vizinhos, como laringe, traquéia, nervo recorrente, daí rouquidão, voz bitonal, tosse. As metastases à distância são precoces, particularmente nos gânglios linfáticos do mediastino e aí são descobertos com facilidade pelos Raios X. São rádio-sensíveis, diminuem rapidamente com as aplicações de radioterapia, entretanto este efeito é passageiro. A moléstia de

Hodgkin também se apresenta sob forma tumoral na região lateral do pescoço, embora isso aconteça poucas vezes. Tem uma sintomatologia parecida com o linfossarcoma, porém convém destacar entre outros: comprometimento de um grupo ou vários grupos de gânglios linfáticos, estes conseguem-se individualizar melhor que no linfossarcoma, estão aumentados, porém não fundidos. Enfraquecimento, palidez, prurido, anemia, febre do tipo PEL-EBSTEIN, etc. É desnecessário ressaltar novamente a feita de biópsia imprescindível para esclarecer a natureza dos tumores linfáticos. 6) — **TUMORES RAROS** — Entre eles lembramos os **LIPOMAS** de fácil reconhecimento, superficiais, móveis, consegue-se separá-los com facilidade dos planos profundos, renitentes, indolores. O **ADENOMA SOLITARIO DO LOBO LATERAL DA TIREOIDE**, tem por característica patognóstica de ascender e baixar durante a deglutição. Os **TUMORES NEUROGÊNICOS** são na maioria das vezes identificados após ablação cirúrgica através do exame anátomo-patológico.

S U M Á R I O

O Autor apresenta um caso de **CISTO BRANQUIAL** num homem de 53 anos de idade, com evolução de oito anos. Além de conteúdo infectado, apresentava extensa úlcera no epitélio de revestimento. Acha o diagnóstico fácil, lembrando da localização típica destes cistos: abaixo da mandíbula, adiante do bordo anterior do esterno-cleido-mastoideo e atrás do osso hióide. Realça o valor do diagnóstico diferencial com os **TUMORES DO CORPO CAROTÍDEO**, com os **CÂNCERES METASTÁTICOS** e os **BLASTOMAS LINFÁTICOS**. Sendo hodiernamente rotina, a biópsia, em todos os tumores da região cervical lateral, é partidário, no entretanto, de que esta seja ampla, e quando possível, com retirada de todo o tumor.

S U M M A R Y

The author present a **BRANCHIAL CYST** case in a man of 53 years old, with evolution of eight years. Besides the

infectious content, the case had a extensive ulcer in revestiment epithelium. He classifies it as a simple diagnosis, remembering the typical localization of this kind of cyst: under the mandible, in front of the anterior board of the Sterno-Cleid-Mastoid, and behind as the hyoid bone. He emphasizes the value of the differential diagnosis with the **TUMOURS OF CAROTID BODY**, with the **METASTATIC CANCERS** and the **LYMPHATIC BLASTOMATA**. Despite the fact that the biopsy of all cervical tumours should be considered as routine, he mind that it has to be extensive and whenever possible, with the complete extraction of the tumour.

B I B L I O G R A F I A

- AIRD, IAN — Companion in Surgical Studies, Sec. Ed. — 1957 — Livingstone Ltd.
- CARROL, WALTER W. — Trat. de Patologia Cirúrgica, Vol. I — Col. Christopher, Ed. 1958 — Edit. Interamericana.
- KIRSCHNER-NORDMANN — Cirurgia — Tomo IV — Ed. 1949 — Edit. Labor, S. A.
- LAHEY, FRANK H. — Tumores del Cuello, apud Pratica Cir. de la Clínica Lahey — Ed. 1954 — José Bernar-des.
- LUMB, GEORGE — Tumours of Lymphoid Tissue — Ed. 1954 — Livingstone Ltd.
- LOBO, BRUNO ALÍPIO — Noções Básicas de Embriologia Humana — Ed. 1960 — Edit. Guanabara.
- ROUVIERE, H. — Anatomia Humana descriptiva e topográfica, Tomo I — Cabeza y cuello — Edit. Bailly-Bailliere.
- TESTUT-JACOB — Anatomia Topográfica — Edit. Salvat, S. A. — Tomo I.