

Correlación clínico-citohistológica de los quistes congénitos cervicales

Clinical-cytohystological correlation of cervicofacial congenital cysts

L.D. Medina Vega¹, E. Márquez Rancaño², J. Concepción Guzmán³, R. Rodríguez Jiménez⁴, J. Martín Pino⁵

Resumen: *Objetivo:* Determinar la efectividad de los diagnósticos clínico y citológico en los quistes congénitos cervicofaciales.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico clínico, citológico y/o histológico de quiste tirogloso, branquial y dermoide, atendidos en el Hospital Universitario «Arnaldo Milián Castro», durante cinco años. Se calculó la sensibilidad, especificidad y seguridad del diagnóstico clínico y la biopsia por aspiración con aguja fina (FNAC) para cada quiste.

Resultado: La seguridad del diagnóstico clínico fue de 94,1%, 92,2% y 98% para los quistes tirogloso branquial y dermoide respectivamente. Encontramos mayor tendencia al error clínico en los quistes branquiales, donde las confusiones más frecuentes se presentan con linfadenopatías inflamatorias. La seguridad de la biopsia por aspiración con aguja fina fue de 96,1% y 94,1% para los quistes tirogloso y branquial respectivamente.

Conclusiones: El diagnóstico clínico no es suficiente en ocasiones, por lo que es preciso recurrir a medios diagnósticos complementarios, como la biopsia por aspiración con aguja fina; sin embargo esta prueba no es 100% segura.

Palabras clave: Quiste tirogloso; Branquioma; Quiste dermoide; Biopsia con aguja.

Introducción

Los quistes constituyen una cavidad patológica revestida por una pared de tejido conectivo definida y con un tapiz epitelial; presenta en su interior un contenido líquido, semilíquido o gaseoso; su crecimiento es de forma centrífuga y expansiva.¹

La clasificación modificada de Robinson y Thoma para los quistes del área cervicofacial incluye a los quistes tirogloso, branquial y dermoide,

Abstract: *Objective:* To determine the effectiveness of clinical and cytological diagnosis in congenital cysts located in head and neck.

Method: We were carried out a retrospective study of patients with clinical, cytological or histological diagnosis of thyroglossal, branchial and dermoid cyst, assisted in the University Hospital Arnaldo Milián Castro¹, during five years. It was calculated the sensibility, specificity and security of the clinical diagnosis and the Fine Needle Aspiration Biopsy for each cyst.

Result: The security of the clinical diagnosis it was respectively of 94,1%, 92,2% and 98% for the thyroglossal, branchial and dermoid cysts. We find bigger tendency to the clinical error in branchial cysts, where the most frequent confusions are presented with inflammatory linfadenopathy.

The security of the Fine Needle Aspiration Biopsy was of 96,1% and 94,1% for the thyroglossal and branchial cysts respectively.

Conclusions: Clinical diagnosis is not enough in occasions, for what is necessary to appeal to means complementary diagnoses, as the Fine Needle Aspiration Biopsy; however this test is not 100% sure.

Key words: Thyroglossal cyst; Branchioma; Dermoid cyst; Biopsy with needle.

Introduction

Cysts constitute a pathological cavity lined by a wall of defined connective tissue with epithelial lining. They show a liquid content inside that is semiliquid or gaseous. Their growth is centrifugal and expansive.¹

The Robinson and Thoma modified classification for cervicofacial area cysts include thyroglossal, branchial and dermoid cysts, within the congenital ones.² At present, they include other cysts such as: laryngoceles, thymic cysts, lymphangiomas, other teratomas and bronchogenic cysts.³⁻⁴

1 Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Villa Clara, Cuba.

2 Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Instructor del Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro y del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba.

3 Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Asistente del Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro y del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba.

4 Especialista de Segundo Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Asistente del Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro y del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba.

5 Estudiante de 5º año de Estomatología. Instructora no Graduada de Cirugía Maxilofacial. Facultad de Estomatología. Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

dentro de los congénitos.² Actualmente se incluyen otros quistes como: laringoceles, quistes tímicos, linfangiomas, otros teratomas y quistes broncogénicos.^{3, 4}

El quiste del conducto tirogloso es una formación congénita situada en la línea media del cuello o cerca de ella, entre la base de la lengua y el hueso hioides. Un signo patognomónico es el movimiento vertical de la masa a la deglución y a la protracción lingual. Es considerado la tumefacción congénita del cuello más frecuente, y constituye la segunda causa de tumoración cervical después de las linfadenopatías benignas.^{5,6}

El quiste branquial, es una malformación blanda, lisa o lobulada de etiología muy discutida, sin embargo la teoría de los remanentes branquiales es más aceptada y se basa en el cierre imperfecto de la primera, segunda, tercera o cuarta hendidura branquial.

Entre un 92% y un 90% se relacionan con la segunda.^{7,8} El diagnóstico se debe realizar en primer lugar por la clínica sugestiva como es la de una tumefacción látero-cervical por delante del músculo esternocleidomastoideo en un adulto joven.⁹

El quiste dermoide es una anomalía del desarrollo, constituye una cavidad llena de material seroso y con evidencia de derivados de piel especializados llena de material seroso y con evidencia de derivados de piel especializados.^{10, 11}

Los quistes congénitos cervicofaciales por su localización, forma de aparición y por los datos de la exploración clínica, ofrecen pocas dudas con respecto al diagnóstico diferencial. Esto se hacía más patente hace un tiempo cuando el soporte clínico era prácticamente el único requisito para proponer realizar el acto quirúrgico. En los últimos años, el avance de las modernas técnicas de diagnóstico por imagen y el aumento de la fiabilidad e inocuidad del FNAC, hacen que esta batería de estudio sea un requisito indispensable para llevar a cabo la cirugía con una sospecha quirúrgica que coincide mayormente con los resultados histopatológicos definitivos.¹²

Material y método

Se realizó un estudio retrospectivo de 51 pacientes con diagnóstico clínico, citológico y/o histológico de quiste tirogloso, branquial o dermoide atendidos en el Hospital Universitario Arnaldo Milán Castro de Cuba, entre enero de 1996 y diciembre del 2000; con el objetivo de determinar la efectividad del diagnóstico clínico y citológico de estos quistes.

Se recogieron las siguientes variables: edad sexo, impresión diagnóstica en la solicitud del FNAC y diagnósticos citológico e histológico. para ello se revisaron los archivos de biopsias y FNAC del Departamento de Anatomía Patológica de la institución hospitalaria.

Los pacientes fueron clasificados en:

- *Verdaderos positivos (VP)*: Aquellos cuyo diagnóstico clínico y citológico coincidió con el histológico.
 - *Falsos positivos (FP)*: El diagnóstico clínico o citológico es de un quiste congénito pero no se corroboró histológicamente.
 - *Verdaderos negativos (VN)*: No se señaló la presencia del quiste que se analiza ni clínica ni cito-histológicamente.
 - *Falsos negativos (FN)*: el diagnóstico clínico o citológico no señala la presencia del quiste que se analiza, pero sí el estudio histológico.
- Se calculó la sensibilidad, especificidad y seguridad del diagnóstico

The thyroglossal duct cyst is a congenital formation located in the middle line of the neck or near it, between the base of the tongue and the hyoid bone. A pathognomonic sign is the vertical movement of the mass to deglutition and to the lingual protraction. It is considered to be the most frequent congenital swelling of the neck and constitutes the second cause of cervical tumor after benign lymphadenopathies.⁵⁻⁶

The branchial cyst is a soft, smooth and lobulated malformation having a very debatable etiology, however, the theory of the branchial remnants is very accepted and is based on the imperfect closure of the first, second, third or fourth branchial cleft.

Between 92% and 90% are related with the second one.⁷⁻⁸ The diagnosis should be performed in the first place by the suggestive symptoms, such as that of laterocervical swelling in front of the sternocleidomastoid muscle in a young adult.⁹

The dermoid cyst is a development abnormality and constitutes a cavity full of serous material with evidence of derivatives of specialized skin full of serous material and with evidence of derivatives of specialized skin.¹⁰⁻¹¹

The cervicofacial congenital cysts, due to their site, form of appearance and due to the clinical examination data offer little doubt in regards to the differential diagnosis. This became clear some time ago when clinical support was practically the only requirement to propose the surgical act. In recent years, the advance of the modern imaging diagnostic techniques and the increase of the reliability and harmlessness of the FNAB, make this study battery an essential requirement to carry out surgery with surgical suspicion that mostly coincides with the definitive histopathological results.¹²

Material and method

A retrospective study was performed with 51 patients with a clinical, cytological and/or histological diagnosis of thyroglossal, branchial or dermoid cyst seen in the University Hospital: Arnaldo Milán Castro, between January 1996 and December 2000; with the objective of determining the effectiveness of clinical and cytological diagnosis of these cysts.

The following variables were recorded: age, gender, diagnostic impression in the request for FNAB and cytological and histological diagnoses. To do so, a review was made of the biopsy and FNAB files of the Pathology Department of the hospital institution.

The patients were classified in:

- *True positives (TP)*: Those whose clinical and cytological diagnosis coincided with the histology.
- *False positives (FP)*: The clinical or cytological diagnosis is that of a congenital cyst that was not corroborated histologically.
- *True negatives (TN)*: The presence of the cyst being analyzed is not seen either clinically or cytohistologically.

clínico y el FNAC para cada tipo de quiste mediante las siguientes fórmulas:

- **Sensibilidad** = $VP / (VP + FN) * 100$ Es la probabilidad que presenta una prueba de ser positiva en un individuo que verdaderamente esté enfermo.
- **Esfecificidad** = $VN / (VN + FP) * 100$ Es la probabilidad que presenta una prueba diagnóstica de ser negativa e un individuo sano.
- **Seguridad** = $(VP + VN) / \text{total}$ Agrupa las dos categorías anteriores.

El informe del diagnóstico histológico se consideró como el de mayor exactitud diagnóstica.

Los datos se recogieron en una ficha de vaciamiento confeccionada al efecto. La información fue procesada por el método manual y con el uso de una calculadora; obteniéndose frecuencias absolutas y porcentajes. Los datos tabulados fueron llevados a tablas y representados gráficamente los más importantes.

Resultados

La figura 1 muestra el comportamiento de los quistes congénitos según la clasificación de Robinson y Thoma modificada. El quiste tirogloso resultó ser el más frecuente, siendo el 52,9% de todos los quistes mal formados que se estudian. Le siguen en orden de frecuencia, el quiste branquial, con un 29,4% y el dermoide con 17,7%.

El valor del diagnóstico clínico para los quistes congénitos cervicofaciales se muestra en las tablas 1, 2 y 3.

La seguridad del diagnóstico clínico para el quiste tirogloso fue de 94,1%.

El 88,9% de los pacientes que presentaban un quiste tirogloso fue diagnosticado correctamente en la consulta.

El resto se distribuyó en:

- Falsos negativos:
 - 1 nódulo tiroideo.
 - 1 ránula.
 - 1 adenopatía inflamatoria crónica.

- Falsos positivos:
 - 1 adenitis reactiva.

Para el quiste branquial vemos que solo el 73,3% tuvo un diagnóstico clínico correcto y el resto:

- Falsos negativos:
 - 3 adenopatías inflamatorias crónicas.
 - 1 tumor mixto de glándula submaxilar.
- Falsos positivos:
 - 3 adenitis reactivas.
 - 2 adenomas pleomorfos de glándula submaxilar.
 - 1 adenocarcinoma de bajo grado en glándula submaxilar.
 - 1 metástasis ganglionar de carcinoma epidermoide.

Para el quiste dermoide, el 95,5% fueron diagnosticados clínicamente de forma correcta y como:

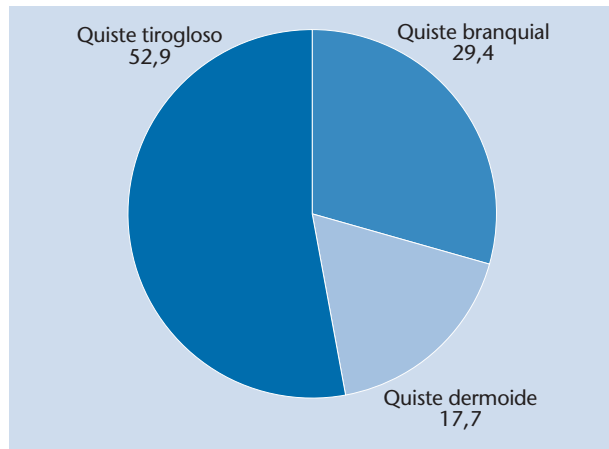


Figura 1. Prevalencia de los quistes congénitos cervico-faciales.
Figure 1. Source: Files of the Pathology Department.

- **False negatives (FN):** The clinical or cytological diagnosis does not show the presence of the cyst being analyzed, but the histological study does.

The sensitivity, specificity and safety of the clinical diagnosis and the FNAB for each type of cyst were calculated with the following formula:

- **Sensitivity** = $TP / (TP + FN) * 100$ It is the probability that a test presents of being positive in an individual who is really ill.
- **Specificity** = $TN / (TN +$

$FP) * 100$ It is the probability that a diagnostic test presents of being negative and a healthy individual.

- **Safety** = $(TP + TN) / \text{total}$ It groups the two previous categories.

The report of the histological diagnosis was considered as that having the greatest diagnostic accuracy.

The data are recorded on a data file for this purpose. The information was processed manually and with the use of a calculator, obtaining absolute frequencies and percentages. The data listed were placed in tables and the most important ones were graphically represented.

Results

Figure 1 shows the behavior of the congenital cysts according to the modified Robinson and Thoma classification. The thyroglossal cyst was the most frequent, it being 52,9% of all the poorly formed cysts studied. The branchial cyst is next in frequency, with 29,4% and the dermoid one with 17,7%.

The value of the clinical diagnosis for the cervicofacial congenital cysts is shown in tables 1, 2 and 3.

The safety of the clinical diagnosis for the thyroglossal cyst was 94,1%.

A total of 88,9% of the patients who presented a thyroglossal cyst were diagnosed correctly in the medical visit.

The rest were distributed into:

- **False negatives:** 1 thyroid nodule.
 - 1 sublingual cyst.
 - 1 chronic inflammatory lymph node.
- **False positives:**
 - 1 reactive adenitis.

For the branchial cyst, we see that only 73,3% had a correct clinical diagnosis and the rest:

- **False negatives:**
 - 3 chronic inflammatory lymph nodes.
 - 1 mixed tumor of the submaxillary gland.

Tabla 1. Correlación clínico-histológica de los quistes tiroglosos. Hospital Universitario «Arnaldo Milián Castro». Villa Clara 1996-2000

Diagnóstico Clínico	Diagnóstico histológico	
	Quiste tirogloso	Otros
Quiste tirogloso	24	2
Otros	3	24
Total	27	26

Sensibilidad = 88,89. Especificidad = 92,3. Seguridad = 90,56.
Fuente: Archivos del Departamento de Anatomía Patológica.

Tabla 2. Correlación clínico-histológica de los quistes Branquiales. Hospital Universitario «Arnaldo Milián Castro». Villa Clara 1996-2000

Diagnóstico Clínico	Diagnóstico histológico	
	Quiste branquial	Otros
Quiste branquial	11	7
Otros	4	36
Total	15	43

Sensibilidad = 73,33. Especificidad = 83,72. Seguridad = 81,03.
Fuente: Archivos del Departamento de Anatomía Patológica.

Tabla 3. Correlación clínico-histológica de los quistes dermoides. Hospital Universitario «Arnaldo Milián Castro». Villa Clara. 1996-2000

Diagnóstico Clínico	Diagnóstico histológico	
	Quiste dermoide	Otros
Quiste dermoide	8	2
Otros	1	42
Total	9	44

Sensibilidad = 88,89. Especificidad = 95,45. Seguridad = 94,3.
Fuente: Archivos del Departamento de Anatomía Patológica.

Tabla 4. Correlación cito-histológica de los quistes tiroglosos. Hospital Universitario «Arnaldo Milián Castro». Villa Clara 1996-2000

Diagnóstico por FNAC	Diagnóstico histológico	
	Quiste tirogloso	Otros
Quiste tirogloso	25	1
Otros	2	24
Total	27	25

Sensibilidad = 92,59. Especificidad = 96,0. Seguridad = 94,23.
Fuente: Archivos del Departamento de Anatomía Patológica.

Tabla 5. Correlación cito-histológica de los quistes branquiales. Hospital Universitario «Arnaldo Milián Castro» Villa Clara. 1996-2000

Diagnóstico por FNAC	Diagnóstico Histológico	
	Quiste branquial	Otros
Quiste branquial	12	2
Otros	3	36
Total	15	38

Sensibilidad = 80,0. Especificidad = 94,74. Seguridad = 90,6.
Fuente: Archivos del Departamento de Anatomía Patológica.

Table 1. Clinical-histological corroboration of thyroglossal cysts. University Hospital «Arnaldo Milián Castro». Villa Clara. 1996-2000

Clinical diagnosis	Histological diagnosis	
	Thyroglossal cyst	Others
Thyroglossal cyst	24	2
Others	3	24
Total	27	26

Sensitivity = 88,89. Specificity = 92,3. Safety = 90,56.
Source: Files of the Pathology Department.

Table 2. Clinical-histological corroboration of the branchial cysts. University Hospital «Arnaldo Milián Castro». Villa Clara. 1996-2000

Clinical diagnosis	Histological diagnosis	
	Branchial cyst	Others
Branchial cyst	11	7
Others	4	36
Total	15	43

Sensitivity = 73,33. Specificity = 83,72. Safety = 81,03.
Source: Files of the Pathology Department.

Table 3. Clinical-histological corroboration of the dermoid cysts. University Hospital «Arnaldo Milián Castro». Villa Clara. 1996-2000

Clinical diagnosis	Histological diagnosis	
	Dermoid Cyst	Others
Dermoid Cyst	8	2
Others	1	42
Total	9	44

Sensitivity = 88,89. Specificity = 95,45. Safety = 94,3.
Source: Files of the Pathology Department.

Table 4. Cyto-histological corroboration of the thyroglossal cysts. University Hospital «Arnaldo Milián Castro». Villa Clara. 1996-2000

FNAB diagnosis	Histological diagnosis	
	Thyroglossal cyst	Others
Thyroglossal cyst	25	1
Others	2	24
Total	27	25

Sensitivity = 92,59. Specificity = 96,0. Safety = 94,23.
Source: Files of the Pathology Department.

Table 5. Cyto-histological corroboration of the branchial cysts. University Hospital «Arnaldo Milián Castro». Villa Clara. 1996-2000

FNAB diagnosis	Histological diagnosis	
	Branchial cyst	Others
Branchial cyst	12	2
Others	3	36
Total	15	38

Sensitivity = 80,0. Specificity = 94,74. Safety = 90,6.
Source: Files of the Pathology Department.

- Falso negativo:
 - 1 verruga vulgar.
- Falso positivo:
 - 1 lipoma.
 - 1 quiste de inclusión epidérmica.

Las tablas 4 y 5 muestran el valor diagnóstico del FNAC en los quistes congénitos de cara y cuello. Para el tirogloso se define que el 92,6% de los pacientes fueron correctamente diagnosticados con esa prueba y el 96% de los que no presentaban esa afección fueron identificados como tal; siendo la seguridad del diagnóstico citológico en este caso de un 94,23%. Se presentaron como:

- Falsos negativos:
 - 2 nódulos tiroideos.
- Falso positivo:
 - 1 carcinoma epidermoide submucoso.

Para el quiste branquial la seguridad del FNAC fue de un 90,6%; el 80% (sensibilidad) fue diagnosticado correctamente por el FNAC y el resto resultaron:

- Falso negativo:
 - 3 linfomegalias inflamatorias crónicas.
- Falso positivo:
 - 2 hiperplasias ganglionares reactivas.

Discusión

En varias ocasiones se presentan dificultades al establecer un diagnóstico presuntivo certero en casos de tumores quísticos cervicales aún después de seguir toda una serie de pasos y estudios complementarios.

Entrada Sarmientos,⁶ y Santana Garay,⁹ reconocen al quiste tirogloso como el quiste malformativo cervicofacial de mayor prevalencia, esto apoya nuestros resultados.

A pesar de ser considerada una afección característica de pacientes menores de 10 años de edad, no dejó de ser predominante en nuestra muestra, constituida por pacientes mayores de 15 años.

Básicamente, ante una tumoración cervical se ha de establecer el diagnóstico diferencial con tres etiologías posibles: congénita, infecciosa y neoplásica.¹³

Cuando se examina un paciente con una tumefacción cervical, la primera observación debe ser el grupo de edad en que se encuentra: pediátrica (hasta los 15 años), adulto joven (16-40 años), y adulto mayor (+ de 40 años). En el primer y segundo grupo las tumefacciones inflamatorias son más frecuentes que las congénitas, le siguen las neoplásicas; sin embargo, en edades más avanzadas la primera consideración debe ser la de origen neoplásico. Después de la edad debe considerarse la localización de la masa cervical; las congénitas generalmente aparecen en sitios constantes. Las de origen ganglionar generalmente siguen el trayecto de los vasos y ganglios linfáticos. Además debe enfatizarse en los antecedentes patológicos familiares y personales y en el examen físico, este último es considerado el paso más importante del diagnóstico; pues nos ayuda a determinar la localización, tamaño, relación con estructuras vecinas, consistencia, presencia de thrills o pulsaciones. El tiempo de evolución es otro elemento a considerar, pues una tumefacción

- *False positives:*
 - 3 reactive adenitis.
 - 2 pleomorphic adenomas of submaxillary gland.
 - 1 low grade adenocarcinoma in submaxillary gland.
 - 1 ganglionic metastasis of epidermoid carcinoma.

For the dermoid cyst, 95,5% were clinically diagnosed correctly and as:

- *False negative:*
 - 1 verruca vulgar.
- *False positive:*
 - 1 lymphoma.
 - 1 cyst of epidermal inclusion.

Tables 4 and 5 show the diagnostic value of FNAB in the congenital cysts of the face and neck. For the thyroglossal one, it was defined that 92,6% of the patients were correctly diagnosed with this test and 96% of those who did not present this disease were identified as such, the safety of the cytology diagnosis being 94,23% in this case. They were presented as:

- *False negatives:*
 - 2 thyroid nodules.
- *False positive:*
 - 1 submucous epidermoid carcinoma.

For the branchial cyst, the FNAB safety was 90,6%; 80% (sensitivity) were correctly diagnosed by the FNAB and the rest were:

- *False negative:*
 - 2 chronic inflammatory lymphomegalias.
- *False positive:*
 - 2 reactive ganglionic hyperplasias.

Discussion

On several occasions, it was difficult to establish an accurate presumption diagnosis in cases of cervical cystic tumors even after following a total series of steps and complementary studies.

Entrada Sarmientos,⁶ and Santana Garay,⁹ recognized thyroglossal cyst as the cervicofacial malformative cyst having the greatest prevalence, which supports our results.

In spite of being considered a disease characteristic of patients under 10 years of age, it was still predominant in our sample, made up of patients over 15 years of age.

Basically, the differential diagnosis must be established when there is a cervical tumor with three possible etiologies: congenital, infectious and neoplastic¹³.

When a patient with cervical swelling is examined, the first observation should be the their age group: pediatric (until 15 years), young adult (16-40 years) and older adult (+ than 40 years). In the first and second group, the inflammatory swellings are more frequent than the congenital ones and are followed by the neoplastic ones. However, in more advanced ages, the first consideration should be that of the neoplastic origin. After age, the site of the cervical mass

de pocos días de evolución es por lo general inflamatoria, de meses es de origen neoplásico seguramente y de años es generalmente congénita.¹⁴

Encontramos mayor tendencia al error clínico en los quistes branquiales, esto podría deberse a que ellos presentan una localización común a un gran número de afecciones como: masas cervicales de origen tumoral benigno o maligno, de origen metastásico, inflamatorio o congénito. Las confusiones más frecuentes se presentan con linfadenopatías, quizás por la elevada frecuencia de sobreinfecciones que manifiestan y los hacen dolorosos; los autores,⁸⁻¹⁵ atribuyen esta susceptibilidad a las infecciones de las vías aéreas superiores.

Para el quiste dermoide hubo menor error clínico probablemente porque las características clínicas son patognomónicas y se prestan menos frecuentemente a confusiones, ya que un aumento de volumen blando, no fijo a piel, que socava el hueso subyacente y localizado frecuentemente en cola de ceja y región frontal hace pensar primeramente en un quiste dermoide.

A menudo la anamnesis y la exploración física no son suficientes, y es preciso recurrir a medios diagnósticos complementarios. El FNAC es una prueba diagnóstica que en nuestra experiencia mostró una sensibilidad discretamente más baja que la media mundial que oscila entre el 97% con una variabilidad entre los diferentes citólogos de un 8%.¹³ Otros estudios¹⁶ muestran una sensibilidad y especificidad de un 100% y un 99% respectivamente para las masas cervicales.

Consideramos el FNAC de gran utilidad para el diagnóstico de los quistes congénitos cervicofaciales. Algunos autores,^{16,17} prefieren este método por ser sencillo, rápido y económico; aunque otras investigaciones,¹⁷ consideran de primera elección las pruebas de imagen como la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear.

Conclusiones

El diagnóstico clínico no es totalmente efectivo. Es preciso recurrir a medios auxiliares de diagnóstico, como la biopsia por aspiración con aguja fina. Esta constituye una técnica de mayor seguridad. Es necesario perfeccionar el diagnóstico prequirúrgico de los quistes congénitos cervicofaciales en vistas a que el tratamiento resulte adecuado y curse con un mínimo de complicaciones.

Bibliografía

1. Sailer HF, Pajorola GF. *Oral surgery for the general dentist*. 1ª ed. New York: Thieme 1999:325-69.
2. Peterson LW. Quistes de los huesos y los tejidos blandos de la cavidad bucal y de las estructuras contiguas. En: Kruger GO. *Cirugía Buco-Maxilofacial*. 5ª ed Buenos Aires, Médica Panamericana 1986:230-53.
3. Hueston WJ, Gayleen ME, King D, Glauhlin MC. Common question patients ask during pregnancy. *Am Fam Phys* 1995;51:146-70.
4. Lev S, Lev MH. Imaging of cystic lesions. *Radiol Clin North Am* 2000;38:1013-27.
5. Donegan RK. Congenital neck masses. En: Cumming ChW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause ChJ, Schuler DE. *Otolaryngology-Head and Neck surgery II*. 2ª ed. Missouri, Mosby-New Book 1993:1554-65.

should be considered; the congenital ones generally appear in constant sites. Those having a ganglionic origin generally follow the vessel and lymph node pathway. In addition, emphasis should be placed on family and personal disease background, the latter being considered the most important step of the diagnosis, since it helps us determine the site, size, relationship with neighboring structures, consistency, presence of thrills or pulsations.

The evolution time is another element to consider, since a swelling having a few days of evolution is generally inflammatory, that of months is surely neoplastic and of years is generally congenital.¹⁴

We find a greater tendency for clinical error in the branchial cysts. This could be due to the fact that they present a location common to a large number of diseases such as: cervical masses having a benign or malignant tumor origin, metastatic, inflammatory or congenital origin. The most frequent confusions are presented as lymphadenopathies, perhaps due to the elevated frequency of superinfections that become manifest and painful. The authors,⁸⁻¹⁵ attribute this susceptibility to the infection of the upper airways.

For the dermoid cyst, there was less clinical error, probably because the clinical characteristics are pathognomonic and lead to confusion less frequently since an increase in soft volume, not fixed to the skin, that undermines the underlying bone and that is frequently located in the tail of the eyebrow and frontal region leads us to first think in a dermoid cyst.

The anamnesis and physical examination are often not enough and it is necessary to turn to complementary diagnostic means. FNAB is a diagnostic test which, in our experience, shows mildly lower sensitivity than the world mean that ranges between 97% with a variation among different cytologists of 8%.¹³ Other studies,¹⁶ show a sensitivity and specificity of 100% and 99% respectively for the cervical masses.

We consider the FNAB to be very useful for the diagnosis of the cervicofacial congenital cysts. Some authors^{16,17} prefer this method as it is simple, rapid and economical, although other investigators¹⁷ consider the imaging tests such as computed tomography and magnetic nuclear resonance to be of first choice.

Conclusions

The clinical diagnosis is not totally effective. It is necessary to turn to auxiliary diagnostic means, such as fine needle aspiration biopsy. This constitutes a technique having greater safety. It is necessary to improve the pre-surgical diagnosis of the cervicofacial congenital cysts for the treatment to be adequate and to develop with a minimum of complications.

6. Estrada Sarmientos M. Quistes y fístulas del conducto tirogloso. Nuestra experiencia. *Rev Cubana Cir* 1996;35: 138-44.
7. Shafer WG, Levy BM. Trastornos del desarrollo de las estructuras bucales y para bucales. En: Shafer WG, Levy BM. *Tratado de patología bucal*. 4ª ed. México, Nueva Editorial Interamericana 1999:3-86.
8. Ortiz Reina JA, Moreno Vázquez JC, Montalvo Moreno JJ, Castillo Escandón R. Quistes derivados de las hendiduras branquiales con manifestación en edad adulta. Análisis de sus características clínicas y forma de presentación. *Rev Esp Cirug Oral Maxilofac* 1996;18:106-13.
9. Santana Garay JC. Alteraciones del desarrollo de la cara, la boca y el cuello. En: Santana Garay JC. *Atlas de Patología del Complejo bucal*. 1ª ed. Ciudad de la Habana. Científico-Técnica 1985:20-24.
10. Torske KR, Benson GS, Warnock G. Dermoid cyst of the maxillary sinus. *Ann Diagn Pathol* 2001;5:172-6.
11. García González, Gracia García A, Antunez López J, Gardara Rey JM, Garrion Blanco A, Bilbao Alonso A. Quistes dermoides. Revisión de la literatura y presentación de un quiste dermoide del suelo de boca. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 1995;17:213-19.
12. López-Ríos Velazco J, González Sánchez E, Puente López G, Torrisco Ramón P, Arsenio Romero J, Montero Márquez N. Protocolo de evaluación preoperatoria en quistes branquiales. *ORL-Dips* 1998;25:76-8.
13. Raspall G Arcas A. Adenopatías Cervicales en oncología. Clínica, diagnóstico y tratamiento. *Medicina Oral* 2000; 5:89-95.
14. McGuiert WF. Differential diagnosis of neck masses. En: Cumming ChW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause ChJ, Schuler DE. *Otolaryngology-Head and neck surgery II*. 2ª ed. Missouri. Mosby-New Book 1993:1543-53.
15. Sancipriano Hernández JA, Benito González J, Calvo Boizas E, Rodríguez Gutiérrez A. Anormalidades Branquiales. Quiste gigante del segundo arco branquial. *ORL- Dips* 1997;24:59-64.
16. Waribel F, Mihaescu A, Lang FJ. Value of Fine Needle Aspiration Biopsy in diagnosis of cervical masses. *Schweiz Med Wochenschr* 2000;116(Suppl):475-495.
17. Vallés Fontanet J, Sánchez Fernández JM. Tumoraciones quísticas laterocervicales: dificultades diagnósticas e importancia de la tomografía axial computarizada y de la ecografía en este tipo de patología. *Acta Otorrinolaring Esp* 1995;36:385-93.