

Quisto branquial em localização atípica parafaríngea – caso clínico

Caso Clínico

Autores

Sandra Sousa

Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Portugal

Pedro Sousa

Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Portugal

Pedro Montalvão

Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Portugal

Alberto Santos

Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Portugal

Resumo

Os quistos branquiais parafaríngeos são lesões raras, com cerca de 40 casos descritos na literatura, sendo a excisão cirúrgica o tratamento de eleição. Apresenta-se o caso de um homem de 34 anos, sem antecedentes relevantes, avaliado por roncopatia e apneia do sono. Ao exame objetivo sublinha-se uma tumefação submucosa da parede lateral direita da orofaringe, com extensão até à hipofaringe. A RM evidenciou uma lesão quística no espaço parafaríngeo sugestiva de quisto do segundo arco branquial. Foi realizada excisão cirúrgica da lesão por via transcervical, e a histologia confirmou o diagnóstico. No pós-operatório identificou-se paralisia da corda vocal direita, com recuperação funcional após reabilitação. A RM de controlo aos 12 meses foi negativa para persistência/recorrência da lesão. Este caso destaca a raridade dos quistos branquiais em localização parafaríngea, o papel da RM no diagnóstico e planeamento cirúrgico, e a necessidade de reconhecer potenciais complicações associadas ao tratamento destas lesões em localizações anatómicas complexas.

Palavras-chave: quisto branquial; espaço parafaríngeo; excisão cirúrgica; abordagem transcervical

Introdução

Os quistos branquiais são malformações congénitas resultantes de anomalias no desenvolvimento dos arcos branquiais, estruturas embrionárias precursoras da face, pescoço e faringe^{1,2}. Cerca de 95% dos casos derivam do segundo arco branquial^{1,2}. Segundo a classificação de Bailey, os quistos do segundo arco branquial distribuem-se em quatro tipos, consoante a sua localização anatómica: tipo I (superficial, junto ao músculo esternocleidomastoideu), tipo II (entre a glândula submandibular e os grandes vasos do pescoço), tipo III (entre as artérias carótidas interna e externa) e tipo IV (no espaço mucoso faríngeo, abaixo da amígdala

Correspondência:

Sandra Sousa

sandra.sousa.10794@gmail.com

Artigo recebido a 8 de Setembro de 2025.

Aceite para publicação a 23 de Outubro de 2025.

palatina e medialmente aos grandes vasos do pescoço, com possível extensão à base do crânio)^{1,3,4}. Clinicamente, os quistos branquiais apresentam-se como massas cervicais laterais, geralmente em crianças ou adultos jovens, com maior incidência entre os 10 e os 40 anos^{1,5,6}. A forma mais comum é o tipo II, localizada junto ao ângulo da mandíbula⁶. A localização no espaço parafaríngeo ou tipo IV é rara, com apenas cerca de 40 casos documentados na literatura^{3,6-12}. O diagnóstico diferencial inclui, principalmente, tumores das glândulas salivares e tumores neurogênicos, sendo a ressonância magnética (RM) fundamental para a sua caracterização^{4,6,9,13}.

A excisão cirúrgica completa, preferencialmente por via transcervical, constitui o tratamento de primeira linha, sendo fundamental a adoção de técnicas que minimizem a morbidade, dada a estreita relação anatômica do espaço parafaríngeo com estruturas neurovasculares críticas^{6,7,10,11,13}. Com este caso clínico pretende-se destacar a raridade dos quistos branquiais em localização parafaríngea, sublinhar o papel da RM no diagnóstico e planeamento cirúrgico, bem como a necessidade de reconhecer potenciais

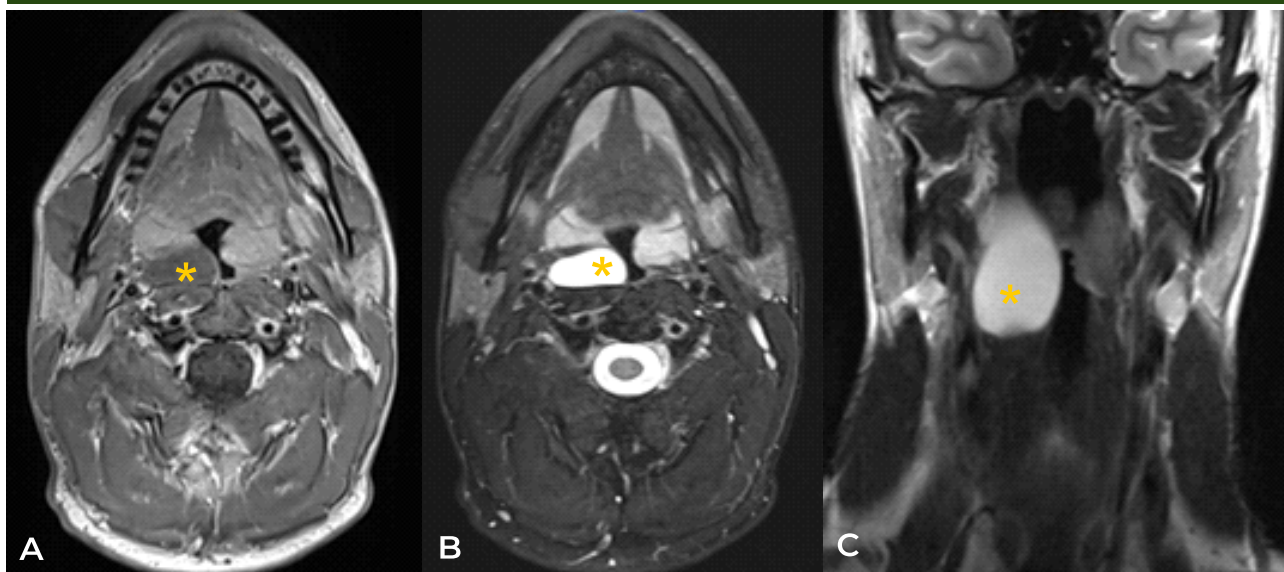
complicações associadas ao tratamento destas lesões em localizações anatómicas complexas.

Descrição do Caso

Paciente do sexo masculino, 34 anos, sem comorbilidades conhecidas, referenciado à consulta de Otorrinolaringologia por roncopatia e episódios de apneia do sono com dois anos de evolução. Ao exame da orofaringe identificou-se uma tumefação submucosa da parede lateral direita da faringe, com protusão da amígdala palatina e do palato mole. A nasofibrosopia demonstrou extensão submucosa até à hipofaringe, sem envolvimento da laringe. O exame cervical não revelou adenomegalias ou outras massas palpáveis. O paciente não apresentava défices neurológicos nem sintomas constitucionais. A RM identificou uma lesão quística capsulada, localizada no espaço parafaríngeo pré-estiloideu direito, insinuando-se medialmente, com extensão submucosa da orofaringe até à hipofaringe, provocando desvio pósterolateral da artéria carótida interna, com cerca de 44 x 29 x 11 mm (figura 1).

Figura 1

RM cervical pré-operatória demonstrando lesão quística no espaço parafaríngeo direito (*). A) Corte axial em T1 – lesão de limites bem definidos, com hiposinal homogêneo. B) Corte axial com realce pós-contraste – evidenciando cápsula de contornos regulares e hipersinal central compatível com conteúdo líquido. C) Reconstrução coronal – destacando a localização da lesão no espaço parafaríngeo e o seu efeito de compressão sobre o lúmen faríngeo.



Pelas características imagiológicas, foi sugerido como principal diagnóstico um quisto do segundo arco branquial, tipo IV. Foi proposta excisão cirúrgica por via transcervical sob anestesia geral. A abordagem cirúrgica consistiu em cervicotomia lateral direita ao nível do osso hióide, com laqueação da veia jugular externa, retração do músculo esternocleidomastoideu e identificação dos grandes vasos do pescoço. A massa foi localizada profundamente aos grandes vasos, adjacente à faringe, com limite inferior no grande corno do osso hióide e limite superior ao nível da base do crânio (figura 2a). Foi realizada disseção cuidadosa dos tecidos moles, com identificação do nervo vago, frênico e espinhal, com progressão cranial até atingir o polo superior da massa, que se estendia cerca de 4-5 cm acima do nível do ventre posterior do músculo digástrico. A massa foi excisada na totalidade (figura 2B). A análise histopatológica confirmou o diagnóstico de quisto branquial. No pós-operatório, o doente apresentou paralisia da corda vocal direita, apesar da identificação e preservação intraoperatória do nervo vago, com compensação glótica contralateral obtida

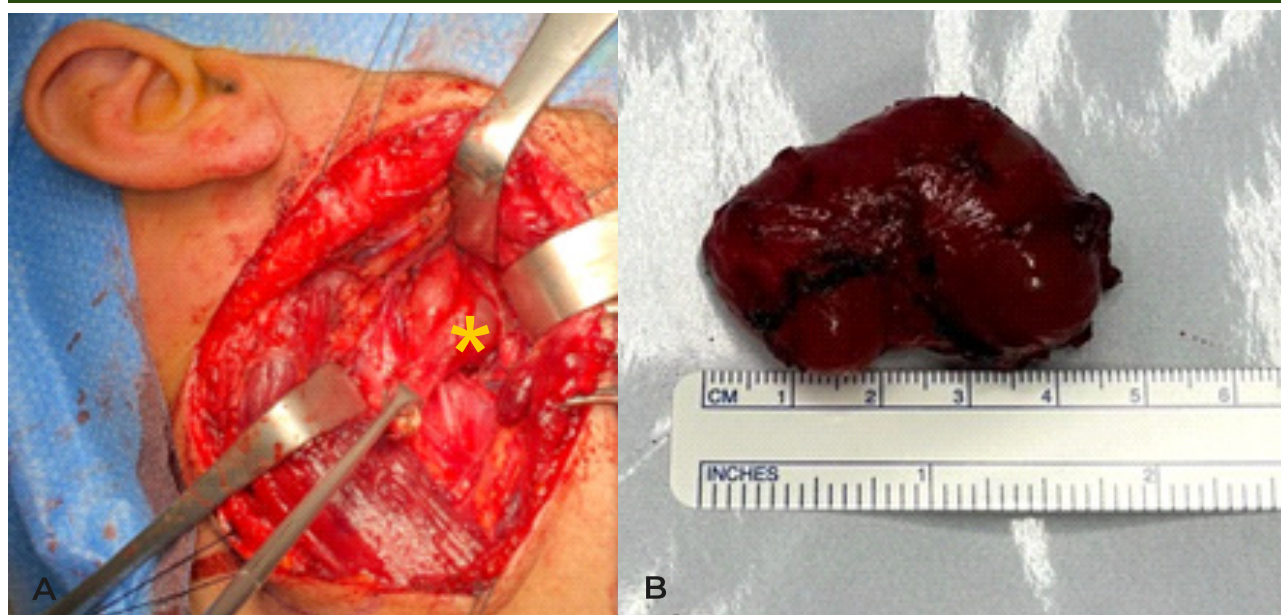
após terapia da fala, permitindo recuperação funcional satisfatória da voz. Nos primeiros meses após a cirurgia, o doente apresentou dor facial aguda ipsilateral desencadeada pelo início da mastigação (*first byte syndrome*), de difícil controlo sintomático. Foi necessária avaliação pela Neurologia para otimização da terapêutica com carbamazepina e pregabalina. Observou-se resolução do sintoma cerca de um ano após a cirurgia. A RM de reavaliação, ao final de 12 meses, demonstrou ausência de recorrência ou lesões residuais.

Discussão

O espaço parafaríngeo é uma região anatómica complexa, localizada na região suprahióideia do pescoço, com configuração de pirâmide invertida, delimitada superiormente pela base do crânio e inferiormente pelo grande corno do osso hióide¹⁴. Anatomicamente, situa-se lateralmente à faringe e medialmente à mandíbula, sendo subdividido em dois compartimentos – pré-estiloideu e retroestiloideu –, consoante a sua relação com o processo estilóide¹⁴. O compartimento pré-estiloideu contém tecido adiposo, gânglios linfáticos e o lobo profundo da glândula

Figura 2

Imagens intraoperatórias da excisão da lesão parafaríngea direita por via transcervical. A) Exposição cirúrgica evidenciando a lesão quística (*) localizada profundamente aos grandes vasos do pescoço, afastados pelos afastadores. B) Peça cirúrgica após excisão completa, medindo 48 mm no maior eixo.



parótida, enquanto o compartimento retroestiloideu aloja a artéria carótida interna, a veia jugular interna, os nervos cranianos IX-XII e a cadeia simpática cervical^{9,12,14}.

As massas do espaço parafaríngeo são raras, representando aproximadamente 0,5% de todos os tumores da cabeça e pescoço, sendo maioritariamente benignas (80%)^{5,10,12,14}. Cerca de metade destas lesões desenvolve-se no compartimento pré-estiloideu, com origem predominante nas glândulas salivares, sendo o adenoma pleomórfico o tipo histológico mais frequente. As massas retroestiloideias, por sua vez, são frequentemente de origem neurogénica, como schwannomas e paragangliomas, contabilizando cerca de 40% dos casos. Lesões de outra natureza, como quistos congénitos e tumores vasculares, representam aproximadamente 10% das massas do espaço parafaríngeo^{5,14}.

Os quistos do segundo arco branquial do tipo IV, localizados no espaço parafaríngeo, são particularmente raros. Apesar da sua origem congénita, a maioria manifesta-se clinicamente em adultos jovens, geralmente entre a segunda e terceira décadas de vida. Frequentemente, o crescimento do quisto branquial é desencadeado ou acelerado após infeções respiratórias superiores, podendo mimetizar um abscesso periamigdalino, embora a sua apresentação clínica possa também incluir disfagia, odinofagia, sensação de corpo estranho, ou mais raramente roncopatia^{3,7,11,14}. O caso descrito destacou-se pela presença deste último sintoma como queixa principal, uma apresentação pouco habitual, descrita em apenas um caso clínico¹¹. À semelhança de outras massas do espaço parafaríngeo, os quistos branquiais tendem a crescer de forma lenta, promovendo deslocamento das estruturas adjacentes, geralmente em sentido medial e inferior, o que se traduz clinicamente numa tumefação submucosa intraoral ou numa massa cervical na região do ângulo da mandíbula¹⁴.

A RM constitui o exame imagiológico de eleição para a avaliação de massas do espaço parafaríngeo, permitindo uma caracterização

detalhada da sua origem, limites anatómicos e relação com as estruturas neurovasculares vizinhas. Os quistos branquiais apresentam, na maioria dos casos, uma morfologia quística, de contornos bem definidos, parede fina e sinal variável nas imagens ponderadas em T1, geralmente com hipersinal em T2^{1,3}.

O diagnóstico definitivo é histológico, sendo essencial a excisão cirúrgica completa, não apenas com intenção terapêutica, mas também para confirmação anatomopatológica⁸.

A abordagem cirúrgica clássica das lesões do espaço parafaríngeo é a via transcervical, que permite uma exposição ampla da porção inferior da região, com adequado controlo nervoso e vascular^{3,13,14}. No entanto, a sua limitação prende-se com o acesso restrito às lesões de localização superior junto à base do crânio, o que pode condicionar maior risco de lesão nervosa⁶. Em lesões pequenas (<2cm), localizadas no compartimento pré-estiloideu, a abordagem transoral pode ser considerada, embora se associe a maior dificuldade no controlo de potenciais hemorragias e ao risco de excisão incompleta^{8, 5,13,14}.

A principal complicação da excisão cirúrgica de massas do espaço parafaríngeo é a lesão de nervos cranianos, sobretudo o nervo vago, com consequente paralisia da corda vocal homolateral¹⁴. No presente caso, apesar da identificação e preservação intraoperatória dos principais nervos, o paciente desenvolveu paralisia da corda vocal direita, possivelmente relacionada com estiramento intraoperatório. Adicionalmente, o paciente apresentou sintomatologia compatível com a *first bite syndrome*, uma complicação descrita após cirurgia cervical superior, atribuída à deservação simpática da glândula parótida, que origina hiperatividade parassimpática reflexa durante os primeiros movimentos mastigatórios. Este quadro é habitualmente autolimitado, com resolução espontânea ao longo de semanas a meses^{14,16}.

Este caso reforça a necessidade de incluir os quistos branquiais no diagnóstico diferencial de massas quísticas parafaríngeas, sobretudo em adultos jovens, mesmo na ausência de

antecedentes infecciosos⁷. Embora sejam lesões benignas, o seu crescimento pode condicionar sintomas compressivos, como obstrução da via aérea superior, justificando a excisão cirúrgica. A RM assume um papel central na caracterização pré-operatória destas lesões e no planeamento cirúrgico, sendo fundamental para a diferenciação com outros tumores mais comuns do espaço parafaríngeo. Por fim, é essencial reconhecer que, dada a complexidade anatómica da região, a excisão completa destas lesões pode associar-se a morbilidade, pelo que o conhecimento da anatomia e das potenciais complicações é determinante para otimizar os resultados cirúrgicos.

Conclusão

Os quistos branquiais em localização parafaríngea são lesões raras, cuja apresentação clínica varia de assintomática até sintomas de obstrução da via aérea, e a excisão cirúrgica é o tratamento de eleição. A RM desempenha um papel fundamental no diagnóstico e no planeamento pré-operatório, sendo essencial que o cirurgião esteja atento às possíveis complicações decorrentes da manipulação de uma área anatómica complexa.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não têm qualquer conflito de interesse relativo a este artigo.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram que seguiram os protocolos do seu trabalho na publicação dos dados de pacientes.

Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estão de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos diretores da Comissão para Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Política de privacidade, consentimento informado e Autorização do Comité de Ética

Os autores declaram que têm o consentimento por escrito para o uso de fotografias dos pacientes neste artigo.

Financiamento

Este trabalho não recebeu qualquer contribuição, financiamento ou bolsa de estudos.

Disponibilidade dos Dados científicos

Não existem conjuntos de dados disponíveis publicamente relacionados com este trabalho.

Referências bibliográficas

1. Adams A, Mankad K, Offiah C, Childs L. Branchial cleft anomalies: a pictorial review of embryological development and spectrum of imaging findings. *Insights Imaging*. 2016 Feb;7(1):69-76. doi: 10.1007/s13244-015-0454-5.
2. Hamadi I, Lutfi L, Mohammed A, Alkhadem, Z. Branchial cyst in the parapharyngeal space: a case report. *Dubai Med J*. 2021;4:171-174. doi:10.1159/000514893.
3. Magdy EA, Fadali GA, Seif-Elnasr M, Fathalla MF. Unusual isolated parapharyngeal second branchial cleft cyst: a case report and literature review. *Case Rep Otolaryngol*. 2020 Dec 8;2020:8814071. doi: 10.1155/2020/8814071.
4. Gao S, Xu Q, Yi Q. Endoscopically assisted transoral resection of a Bailey type IV second branchial cleft cyst: a case report. *Medicine (Baltimore)*. 2021 Jan 22;100(3):e24375. doi: 10.1097/MD.00000000000024375.
5. Piccin O, Cavicchi O, Caliceti U. Branchial cyst of the parapharyngeal space: report of a case and surgical approach considerations. *Oral Maxillofac Surg*. 2008 Dec;12(4):215-7. doi: 10.1007/s10006-008-0132-6.
6. Deka A, Das S, Sarma N, Bhatia A, Chakraborty S. Unusual branchial cleft cyst at parapharyngeal space: case report and a review of literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2023 Dec;75(4):4047-4049. doi: 10.1007/s12070-023-04027-2.
7. Akaash H, Shahid F, Khan MS. An unusual presentation of type-IV second branchial cyst: a case report. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022 Dec;74(Suppl 3):6292-6295. doi: 10.1007/s12070-021-03034-5.
8. Yang YN, Hong YT. Intraoral Approach for parapharyngeal branchial cleft cysts. *Ear Nose Throat J*. 2024 Sep;103(9):NP541-NP544. doi: 10.1177/01455613211067846.
9. Gupta M, Gupta M. A rare parapharyngeal space branchial cleft cyst. *BMJ Case Rep*. 2013 Apr 29;2013:bcr2013008952. doi: 10.1136/bcr-2013-008952.
10. Kadowaki Y, Hirano T, Umemoto S, Fujinaga M, Suzuki M. Combined transoral and endoscopic marsupialization for a parapharyngeal space cyst. *Otolaryngol Case Rep*. 2021 Sep; 20: 100324, ISSN 2468-5488. doi: 10.1016/j.xocr.2021.100324
11. Saussez S, De Maesschalk T, Mahillon V, Filleul O, Louryan S. Second branchial cyst in the parapharyngeal space: a case report. *Auris Nasus Larynx*. 2009 Jun;36(3):376-9. doi:

10.1016/j.anl.2008.06.005

12. Howlett J, Horwich P, Bullock MJ, Taylor SM, Hart R, Trites J. et al. An unusual presentation of a branchial cleft cyst in a 70-year-old. *Otolaryngol Case Rep*. 2018 Mar; 6:16-18. doi:10.1016/j.xocr.2017.11.005.

13. Dallan I, Seccia V, Bruschini L, Ciancia E, Franceschini SS. Parapharyngeal cyst: considerations on embryology, clinical evaluation, and surgical management. *J Craniofac Surg*. 2008 Nov;19(6):1487-90. doi: 10.1097/SCS.0b013e318189724d.

14. López F, Suárez C, Vander Poorten V, Mäkitie A, Nixon IJ, Strojan P. et al. Contemporary management of primary parapharyngeal space tumors. *Head Neck*. 2019 Feb;41(2):522-535. doi: 10.1002/hed.25439.

15. Jung SC, Oh HJ, Do NY, Park JH. Unusual presentation of second branchial cleft cyst: case reports and literature review. *Korean J Otorhinolaryngol-Head Neck Surg* 2016;59(2):140-4. doi:10.3342/kjorl-hns.2016.59.2.140.

16. Xu V, Gill KS, Goldfarb J, Bovenzi C, Moayer R, Krein H. et al. First bite syndrome after parotidectomy: a case series and review of literature. *Ear Nose Throat J*. 2022 Dec;101(10):663-667. doi: 10.1177/0145561320980179.