



Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina
Universidad de la República. Uruguay 2019

TUMORACIONES DEL CUELLO NO TIROIDEAS

Dr. Carlos Misa Meliá
Dr. Raúl Perna

Introducción

El cuello es el sector del cuerpo que conecta y vincula la cabeza (a la que sirve de soporte) con el tronco y los miembros superiores (sobre los que se apoya). Adopta la forma de un cono truncado, a base menor superior y base mayor inferior, ensanchada transversalmente, que se apoya por su base mayor sobre el orificio superior del tórax y los vértices de ambas axilas.

La complejidad de esta parte del cuerpo radica en su relativa poca extensión para la gran variedad de elementos viscerales, vasculares, nerviosos y linfáticos que por el transcurren.

Centraremos el desarrollo de este tema en la región ánterolateral del cuello considerando sucesivamente las tumoraciones cervicales de diverso origen.

TUMORACIONES CERVICALES

Las tumoraciones de cuello constituyen un motivo muy frecuente de consulta y plantean al clínico un problema diagnóstico, a veces de difícil resolución. En general una tumoración en el cuello es notada por el propio paciente o su entorno, en una región tan visible. Siempre genera ansiedad y preocupación la aparición de un “bulto” en un sector tan ostensible.

Consideradas globalmente, las tumoraciones cervicales pueden ser clasificadas en:

- Congénitas
- Adquiridas.

TUMORACIONES CERVICALES CONGÉNITAS

Se originan por la persistencia de restos embrionarios que normalmente deben desaparecer y suelen diagnosticarse en niños y jóvenes, siendo infrecuentes en la población adulta. Topográficamente se pueden dividir en tumoraciones laterales y tumoraciones de la línea media.

Las *tumoraciones congénitas laterales* más frecuentes corresponden a los *quistes branquiales* que se sitúan a lo largo y por dentro del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo (ECM). Los arcos branquiales son condensaciones del mesodermo que aparecen entre la cuarta y sexta semanas del desarrollo embrionario y a partir de los cuales se originarán huesos, cartílagos y músculos cervicales. Están separados en la superficie del embrión por hendiduras branquiales tapizadas por ectodermo, mientras que en su sector interno (porción anterior del intestino primitivo) se encuentran separados por las bolsas faríngeas, revestidas por endodermo. Los quistes branquiales derivan de restos epiteliales del aparato branquial, del cierre incompleto de las hendiduras o en la persistencia del seno cervical. Aparecen casi siempre en la segunda infancia y juventud y habitualmente luego de una angina, por lo que pueden confundirse con adenopatías infecciosas. Redondeadas u ovoideas, presentan límites netos, superficie lisa y consistencia elástica, y se fijan a los planos profundos; en 10 % de los casos pueden ser bilaterales. Su contenido es mucoide y su complicación más frecuente es la infección a punto de partida de la flora orofaríngea, con supuración y eventual *fistulización* hacia la piel si se evacúan espontánea o quirúrgicamente.

Menos frecuentes son los *quistes serosos o linfangioma quístico*, situados, a diferencia de los anteriormente descritos, por detrás del músculo ECM en el sector inferior de la región supraclavicular. Se originan en defectos del desarrollo del sistema linfático a nivel de la

terminación del conducto torácico a izquierda o gran vena linfática a derecha. De consistencia blanda, pueden alcanzar grandes dimensiones que raramente originan síntomas compresivos de estructuras vecinas.

Los *tumores congénitos* que asientan en la *línea media* corresponden, en su mayoría, a los *quistes del conducto tirogloso*. Son los más frecuentes de todos los quistes congénitos del cuello. Son siempre mucoides y traducen la persistencia total o parcial de algún sector del tracto tirogloso de Bochdaleck, de donde se origina la glándula tiroidea. Generalmente este tracto desaparece a partir de la sexta semana del desarrollo. Los quistes pueden asentar en cualquier topografía desde el agujero ciego (foramen cæcum) de la base de la lengua (en el vértice de la V lingual) y el hueco supraesternal. El 50% se ubican entre el hueso hioides (pasan por detrás o a través del cuerpo de éste) y el borde superior del cartílago tiroideo. Semiológicamente se presentan como tumoraciones redondeadas, de consistencia elástica (quística) y ocupan la línea media o algo lateralizadas a izquierda. Presentan como signo patognomónico la elevación de la tumoración al solicitarle al paciente que realice la protrusión lingual. En general no determinan ninguna sintomatología, salvo que se compliquen con infección (a punto de partida de la flora orofaríngea) o supuración. La evacuación espontánea o quirúrgica de esta colección supurada dará origen a una *fístula*.

Diagnóstico

En la gran mayoría de los casos es clínico, basado en un conocimiento adecuado de estas tumoraciones y un alto nivel de sospecha. En casos de duda diagnóstica, se recurrirá al estudio ecográfico del cuello. La tomografía computada es en general innecesaria, como también lo es la punción citológica con aguja fina (PAAF). Incluso se contraindica esta maniobra invasiva, porque puede transformar un quiste en una fístula.

Tratamiento

Es quirúrgico y consiste en la resección completa de la lesión. En el caso particular del quiste tirogloso esta comprende la extirpación del quiste, el sector central del cuerpo del hueso hioides y el tracto fibroso o conducto hasta la base de la lengua (operación de Sistrunk), para prevenir su recidiva.

TUMORACIONES CERVICALES ADQUIRIDAS

Son mucho más frecuentes. Como en otras partes del organismo, existen tumoraciones originadas en los planos superficiales (lipomas, quistes dermoides, dermatofibromas) o en estructuras musculofasciales que no presentan otra particularidad más que su localización dentro de los límites de esta región. No nos referiremos a ellas, ya que no representan un interés especial. Más adelante, en capítulos especiales, describiremos las tumoraciones tiroideas (bocios y nódulos tiroideos).

Glándulas salivales

Se sitúan en el límite entre el cuello y la cara. En número de 6 (3 a cada lado: parótida, submaxilar y sublingual) se disponen formando una especie de herradura a concavidad posterior, concéntrica y paralela al borde inferior del maxilar inferior. Las tumoraciones más frecuentes asientan en las glándulas parótidas. La *parotiditis urleana* (paperas) es la causa más frecuente de aumento de tamaño de las glándulas parótidas; menos común es la *parotiditis bacteriana* que se ve sobre todo en pacientes en estado crítico e inmunocomprometidos. La *patología tumoral* es relativamente frecuente en las glándulas salivales: 75 % corresponden a tumores benignos y el restante 25 % está constituido por tumores malignos. Los *tumores benignos* más frecuentes asientan en la parótida (90 %) y sobre todo en su lóbulo superficial (90 %) y corresponden principalmente al adenoma pleomorfo o tumor mixto (90 %) y en segundo lugar (10 %) al tumor de Whartin o cistoadenoma papilar linfomatoso (predomina

en el sexo masculino en 90 % de los casos y se desarrolla exclusivamente en la parótida). Por cada 100 adenomas pleomorfos de la parótida hay 10 de la submaxilar y 1 de la sublingual. Clínicamente los tumores parotídeos suelen exhibir un crecimiento lento durante años y suelen causar pocos síntomas incluso cuando adquieren gran tamaño; como elemento semiológico característico elevan el lóbulo de la oreja. Los *tumores malignos* de las glándulas salivales comprenden un 25 % de todos los tumores y en un 75 % asientan en la parótida. Presentan rápido crecimiento y pueden determinar una paresia o parálisis del nervio facial. Se clasifican en tumores de bajo, intermedio o alto grado de malignidad. Ante una tumoración originada en una glándula salival, la posibilidad de que sea un cáncer es mayor cuanto más pequeña es la glándula.

Adenomegalias

Constituyen las tumoraciones y/o nódulos más frecuentes en esta región. Todo ser humano por lo menos una vez en su vida va a presentar una o varias adenomegalias cervicales, en su mayoría vinculadas a procesos inflamatorios-infecciosos regionales (infecciones bucofaríngeas y focos sépticos dentales entre los más comunes). Se estima que en cabeza y cuello se localizan unos 300 ganglios linfáticos agrupados en:

Grupo cervical superior (círculo ganglionar pericervical de Poirier y Cúneo) dispuesto en collar en la unión de la cabeza con el cuello y formado por 5 subgrupos a cada lado: occipital, mastoideo, parotídeo, submaxilar y submentoniano.

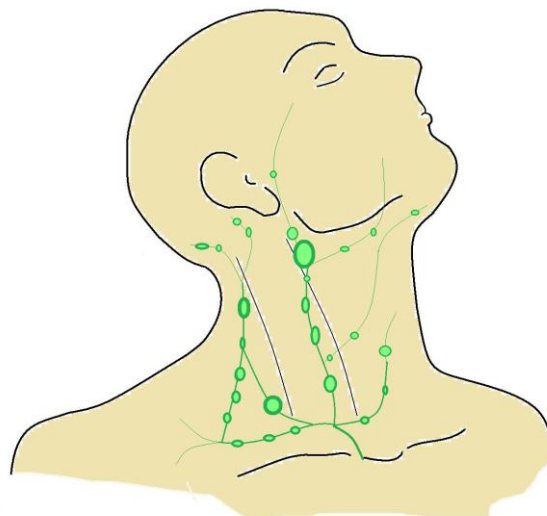
Grupo yugular anterior.

Grupo yugular externo.

Grupos laterales profundos del cuello (triángulo linfático cervical de Rouvière) formado por las cadenas: yugular interna o carotídea, del nervio espinal y cervical transversa.

Grupo cervical profundo yuxtavisceral, que comprende los ganglios: retrofaríngeos

laterales, prelaríngeos (ganglios délficos), pretraqueales y cadenas recurrentiales.



Principales cadenas ganglionares del cuello.

Las distintas cadenas linfáticas terminan en colectores que desembocan a cada lado en el confluente yúgulo-subclavio directamente en esas venas o a derecha formando la gran vena linfática, y a izquierda en el cayado del conducto torácico.

Adenitis agudas inespecíficas

Son la causa de adenomegalia más frecuente y se deben a la existencia de un proceso infeccioso originado en el territorio tributario del grupo ganglionar correspondiente (bucofarínge, caries dental, oído, etc.). En general su evolución es autolimitada; coexisten con el proceso infeccioso que les da origen y retroceden al resolverse el mismo. Eventualmente pueden evolucionar a la abscedación y constituir un *adenoflemón*; estos casos suelen acompañarse de ostensibles signos inflamatorios regionales y sistémicos como la fiebre.

La persistencia de una adenomegalia luego de un mes, si bien puede corresponder a una *adenitis crónica hiperplásica*, es necesario diferenciar de otras entidades de jerarquía clínica:

Adenitis crónicas específicas

También llamadas granulomatosas, son debidas a agentes etiológicos específicos tales como tuberculosis, sífilis, brucelosis, HIV,

sarcoidosis, mononucleosis, entre otros. En el caso de la tuberculosis ganglionar (denominada escrófula) las adenopatías tienen tendencia a fusionarse formando un conglomerado irregular que puede terminar fistulizándose hacia el exterior.

Adenopatías tumorales primitivas

Corresponden a las enfermedades linfoproliferativas: linfomas malignos de Hodgkin y no-Hodgkin, linfoma de Burkitt, leucemias linfocíticas y mieloide. La aparición de adenopatías cervicales es muy frecuente (70 %) en la enfermedad de Hodgkin, predomina en los jóvenes y en general es su signo inicial. La consistencia es firme elástica (como “goma de borrar”) móviles al inicio pero con tendencia a formar conglomerados policíclicos. En los linfomas no-Hodgkin las adenopatías cervicales aparecen en un 30 % de los casos siendo más frecuente su localización extraganglionar (anillo de Waldeyer, amígdala palatina, rinofaringe).

Adenopatías tumorales secundarias o metastásicas, se originan en un 70 % de los casos en cánceres de la esfera ORL (laringe, cavum, senos paranasales, senos piriformes, amígdala) piel de cara y cuero cabelludo (melanomas), de la glándula tiroidea y de las glándulas salivales. Por lo común representa la metástasis de un tumor primitivo que puede ser diagnosticado por un minucioso examen clínico. Nunca debe ser la biopsia quirúrgica el primer gesto diagnóstico frente a una adenopatía sospechosa de ser tumoral. Menos

frecuentemente pueden deberse a cánceres del tracto digestivo superior, pulmón o mama. Clínicamente son adenomegalias duras-pétreas y que en la evolución suelen fijarse a estructuras profundas o a la piel.

Ganglio de Virchow – Troisier

Es un epónimo utilizado para denominar la colonización metastásica de la terminación del conducto torácico (vía linfática principal del abdomen), a punto de partida por lo general de adenocarcinomas digestivos (estómago, esófago, páncreas, colon). Clínicamente se presenta como un nódulo duro e irregular, palpable en la región supra y retro clavicular interna izquierda; su significación es de una enfermedad oncológica diseminada (estadio IV).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ballivet de Régloix S, Maurin O, Crambert A, Genestier L, Bonfort G, Pons Y. Congenital cysts and fistulas on the neck in adults. *Presse Med.* 2019 Jan;48(1 Pt 1):29-33. doi: 10.1016/j.lpm.2018.09.019
- Acierno SP, Waldhausen JH. Congenital cervical cysts, sinuses and fistulae. *Otolaryngol Clin North Am.* 2007 Feb;40(1):161-76, vii-viii.
- Wagner JM, Alleman AM. Ultrasonography of Cervical Lymph Nodes. *Radiol Clin North Am.* 2019 May;57(3):485-500. doi: 10.1016/j.rcl.2019.01.005.
- Hoang JK, Vanka J, Ludwig BJ, Glastonbury CM. Evaluation of cervical lymph nodes in head and neck cancer with CT and MRI: tips, traps, and a systematic approach. *AJR Am J Roentgenol.* 2013 Jan;200(1):W17-25. doi: 10.2214/AJR.12.8960.