

Masas cervicales benignas

Anguita Sánchez I, Terré Falcón R, Sánchez González F, Guillén Guerrero V, Urbano Urbano J, Caballero Villena J

Servicio de ORL. Hospital de Mérida (Badajoz)

Las tumoraciones cervicales son causa de numerosas consultas en el ámbito de la atención primaria; es fundamental un correcto reconocimiento inicial para identificar las características benignas y malignas de la lesión.

La región cervical está constituida por diferentes estructuras vasculares, nerviosas, musculares y linfáticas. Puede existir una masa cervical dependiente de cualquiera de estas zonas. Las masas cervicales ocurren en localizaciones específicas predecibles en los distintos grupos de edades^{1,2}. Exponemos cinco casos clínicos de pacientes jóvenes que acuden por tumoración cervical de diferentes características benignas.

CASO CLÍNICO I

Varón de 20 años, sin antecedentes personales de interés. Acude al servicio de urgencias por presentar una tumoración laterocervical izquierda de brusco crecimiento. En la exploración se palpa tumoración blanda en la zona yugulocarotídea izquierda y no adherida a planos profundos. Resto de la exploración cervical y ORL normal.

Se realizó una PAAF cuyo informe refería contenido de células escamosas benignas, metaplasia escamosa, polimorfonucleares y macrófagos, compatible con quiste branquial.

En TAC cervical se visualizó lesión o masa quística, homogénea, bien delimitada, en la región laterocervical izquierda, de 4,5 x 4 cm de diámetro, que comprime a la vena yugular interna. Son hallazgos compatibles con quiste de la hendidura branquial (*figura 1*).

El paciente aceptó la posibilidad de intervención quirúrgica y se realizó cervicotomía lateral izquierda con exéresis de la masa. El estudio anatomopatológico

de la pieza quirúrgica describió cavidad quística con fibrosis, hiperplasia linfoide y revestimiento por epitelio escamoso metaplásico (quiste branquial).

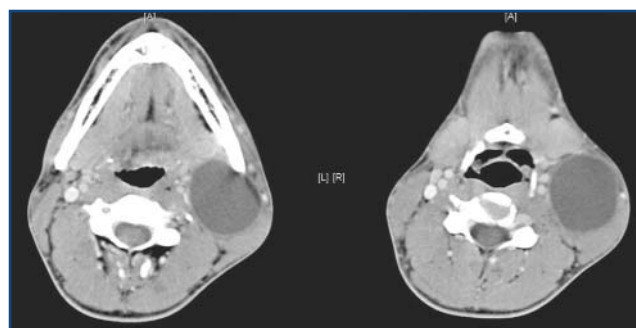


Figura 1.

CASO CLÍNICO 2

Niña 11 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por presentar una tumoración supraclavicular izquierda de aparición brusca sin otra sintomatología asociada. En la exploración se evidencia una tumoración supraclavicular de 5 x 4 cm de diámetro, móvil, fácilmente depresible, fluctuante, indolora y sin signos inflamatorios cutáneos.

Se realiza ecografía, TAC y RMN cervical, que describen una lesión de contenido líquido, multitabcada, de 5 x 3 x 4 cm, situada en el espacio supraclavicular izquierdo, en íntimo contacto con el paquete vascular del cuello, que desplaza y comprime la vena yugular; es sugestiva de linfangioma (*figura 2*).

Posteriormente se realiza PAAF con la que se extrae contenido líquido que tras ser analizado confirma el diagnóstico de linfangioma quístico.

Se plantearon las opciones terapéuticas existentes y se eligió como primera opción terapéutica el tratamiento

con sustancia esclerosante (Picibanil). Bajo anestesia general y control ecográfico se practica la inyección intratumoral de 20 cc de Picibanil previa extracción de la misma cantidad de contenido intraquistico. En un mes la patología remitió y 14 meses después continúa en remisión.

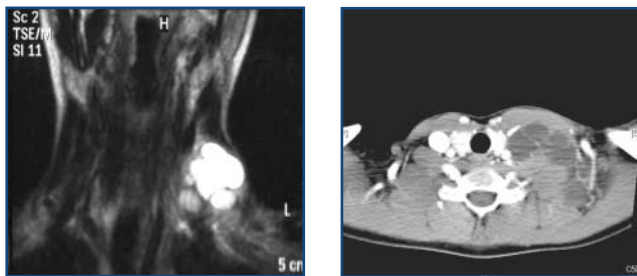


Figura 2.

CASO CLÍNICO 3

Mujer de 48 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió al Servicio de Urgencias por masa cervical izquierda dolorosa.

En la exploración se palpa masa laterocervical izquierda, blanda, bien delimitada, algo dolorosa a la palpación.

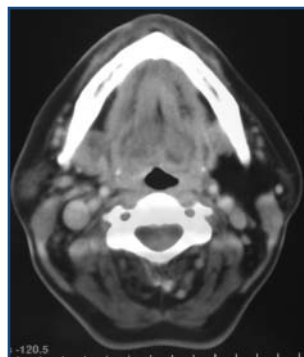


Figura 3.

Se realizó PAAF que describía escaso tejido adiposo compatible con lipoma. Ecografía cervical resultó dentro de la normalidad. En TAC cervical se apreciaba formación de contenido graso en espacio yugulo-carotídeo izquierdo, desde porción posterior de glándula parótida hasta espacio vascular, que producía desplazamiento de los mismos y llegaba caudalmente hasta borde superior del lóbulo tiroideo izquierdo (figura 3). Se trata de hallazgos compatibles con lipoma en el espacio cervical vascular.

Propusimos intervención quirúrgica que la paciente rechazó y optó por revisiones periódicas.

CASO CLÍNICO 4

Paciente de 7 años de edad sin antecedentes personales de interés que acude por presentar desde hace tres años inflamación cervical en línea media de forma ocasional y coincidiendo con catarros de vías altas. La inflamación no es dolorosa y disminuye con tratamiento médico.

En la exploración se aprecia tumoración cervical en línea media, indurada, entre cartílago tiroideo e hioides, desplazable en sentido vertical con los movimientos deglutorios.

Se realiza PAAF que describe formación compatible con quiste tirogloso. La ecografía cervical apreció masa en línea media compatible con quiste tirogloso; tiroides normal.

Se realiza tratamiento quirúrgico con exéresis del quiste.

CASO CLÍNICO 5

Varón de 56 años de edad, fumador y bebedor importante, sin otros antecedentes de interés, que consulta por presentar tumoración laterocervical izquierda de 4 ó 5 meses de evolución, que aumenta con esfuerzos respiratorios. Se acompaña de disfonía de muchos años de evolución.

En la exploración se visualiza abombamiento de la banda ventricular izquierda. En el cuello se palpa una tumoración en el lado izquierdo que aumenta con la

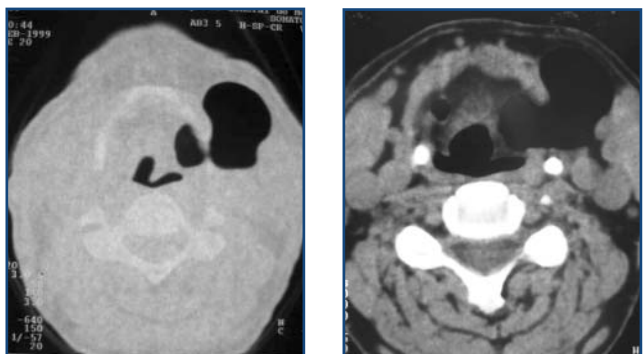


Figura 4.

maniobra de Valsalva y disminuye con la presión digital.

Se realiza TAC cervical donde se aprecia masa de densidad aire que ocupa el espacio paralaríngeo izquierdo y región lateral del cuello, y rebasa la membrana tirohioidea, compatible con un laringocele mixto (*figura 4*).

Se realizó tratamiento quirúrgico con exéresis de la tumoración por vía cervical previa laringoscopia directa para descartar patología neoplásica laríngea asociada.

COMENTARIO

Las tumoraciones cervicales son causa de numerosas consultas en el ámbito de la atención primaria y por ello es fundamental un correcto reconocimiento inicial. El diagnóstico clínico no es sencillo, ya que pueden corresponder a un ganglio linfático inflamado, a otro proceso inflamatorio-infeccioso, a un quiste congénito o a un tumor, que generalmente requieren de estudios de mayor complejidad. Además del enfoque etiológico relacionado a la edad, una cuidadosa historia clínica y un examen físico detallado brindan información valiosa; el diagnóstico por la imagen desempeña un papel importante en la estrategia diagnóstica (*tablas 1 y 2*).

El nódulo cervical congénito más frecuente es el quiste tirogloso¹, secundario a defectos de involución del conducto tirogloso. Estos vestigios están sujetos a transformaciones en quistes epidérmicos o glandulares³, característicos de la línea media, bajo el hueso hioides. Suelen ser asintomáticos hasta sufrir una sobreinfección con la se produce un aumento súbito del volumen que puede fistulizarse a piel y emitir un líquido seroso o purulento. En la exploración se palpa una tumefacción en línea media, lisa, uniforme, firme, fijada a planos profundos. Su ascenso durante la deglución se relaciona con adherencias al hueso hioides. La eco cervical es la exploración de referencia que confirmará su naturaleza quística. El tratamiento definitivo es quirúrgico^{1,3}.

Los quistes branquiales son resultado de defectos disontogénicos en la región de los arcos branquiales. Los más frecuentes son los que derivan del segundo arco

branquial². El quiste puede quedar ciego o fistulizarse tanto hacia el exterior como al interior³. Frecuentemente se manifiesta tras una infección de vías altas como una tumefacción cervical. La masa quística se sitúa antero-medialmente al músculo esternocleidomastoideo, bajo el hioides; el quiste es móvil respecto a la piel y resistente o elástico. El tratamiento es quirúrgico y debe realizarse una vez pasado el episodio infeccioso. La intervención deberá extirpar tanto el quiste en su totalidad como el trayecto fistuloso si lo hubiera³.

Tabla 1.

| | Línea Media | Laterocervical |
|---|--|--|
| Congénito / desarrollo | - Quiste conducto tirogloso - Quiste dermoide - Laringocele - Quiste tímico | - Quiste branquial - Linfangioma - Sialoadenopatía - Laringocele |
| Inflamatorio | Adenitis | - Adenitis - Sialoadenitis |
| Tumoral con características benignas | Tiroides (istmo tiroideo) | - Vascular (glomus, hemangioma) - Salivar (parótida, submandibular) - Lipomas, tumores de partes blandas - Tiroides |

Tabla 2.

| Benignos | Malignos |
|---|---|
| Niños y adultos jóvenes | Mayores de 40 años |
| Frecuentemente dolorosos | Dolor poco usual |
| Aumento o agravamiento con cuadros de vías altas | Sin relación con cuadros de vías altas |
| Sin pérdida de peso | Pérdida de peso |
| Sin relación con factores de riesgo (alcohol, tabaco) | Relacionado con factores de riesgo (alcohol, tabaco, historia de cáncer...) |
| Exploración: móvil, blando, puede tener cambios inflamatorios | Exploración: fijado o adherido a estructuras vecinas, consistencia dura |
| Síntomas asociados: tumefacción, fiebre, catarro | Síntomas asociados: disfagia, disfonía larga evolución |

Los lipomas son los tumores benignos de origen mesenquimal más frecuentes. Se presentan en cabeza y cuello (15-20%) y son más frecuentes en el varón entre la cuarta y sexta década de la vida^{4,5}. Suelen ser subcutáneos y localizarse en la parte lateral o posterior del cuello, pero también pueden ser infiltrantes o profundos, inter o intramusculares. Están formados por tejido adiposo maduro. La única manifestación clínica es una masa indolora con lento crecimiento o estacionaria; puede dar síntomas si el tumor llega a comprimir estructuras vecinas. El diagnóstico se establece por su apariencia clínica y se debe confirmar con PAAF. En TAC aparece como masa bien delimitada con la misma densidad que la grasa subcutánea. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica simple y son excepcionales las recidivas. Son entidades esencialmente benignas y no existe riesgo de malignización⁶.

El hígroma quístico o linfangioma es una anomalía congénita de los vasos linfáticos que impide el correcto drenaje de la linfa con la consiguiente aparición de formaciones quísticas llenas de linfa y sangre^{7,8}. Puede presentarse en cualquier momento de la vida, pero es más común en la infancia. La presentación clínica más

frecuente consiste en una tumefacción cervical asintomática localizada por lo general en triángulo posterior de cuello, que puede extenderse hacia línea media o triángulo anterior. Crece lentamente, salvo en brotes inflamatorios-infecciosos. A ello pueden añadirse otros síntomas relacionados con el tamaño y la extensión. El diagnóstico se realiza con técnicas de imagen, esencialmente la RMN⁹. En líneas generales se recomienda su exéresis.

El laringocele se define como una herniación de la mucosa laríngea que da lugar a una cavidad de aspecto tumoral y contenido aéreo, aunque también es posible que contenga moco o pus^{10,11}. Puede ser interno (intraluminal laríngeo), externo (si se extiende a través de la membrana tirohioidea y se presenta como una masa laterocervical) o puede ser mixto (coexisten ambos componentes); éste es el más habitual. Los laringoceles externos y mixtos aparecen como una tumoración laterocervical blanda que se vacía al comprimirla y se rellena con la maniobra de Valsalva. La TAC es el método de estudio más preciso. Ante el diagnóstico de un laringocele siempre hay que plantearse la posibilidad de carcinoma^{10,12}. El tratamiento es quirúrgico, mediante abordaje cervical para los externos y mixtos, y láser CO2 para los internos.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez Novoa MD, Mas Mercant S, Sarriá Echegaray P, Gallego M. Diagnóstico diferencial de las masas cervicales. *Semergen* 24:926-30.
- Camus AM. Manual de patología quirúrgica de cabeza y cuello. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl./publ/ManualCabezaCuello/Nodulocervical.html>
- Vazel L, Martins C, Potard G, Rogez F, Fortun C, Marianowski R. Fistulas y quistes congénitos del cuello. *Enciclopedia médico-quirúrgica. Editions Scientifiques et Medicales Elsevier SAS. Paris, 2006; E-20-860-A-10.*
- Álvarez Marcos C, Rodrigo Tapia JP, Suárez C. Aspectos clínicos y terapéuticos de los tumores de partes blandas del cuello. En: Carcedo García G, Algarra Medina M (Eds). *Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Tomo IV. Madrid: Editorial Proyectos Médicos 1999;3.402-33.*
- Ahuja AT, King AD, King JK, Metreweli C. Head and neck lipomas: sonographic appearance. *AJNR Am J Neuroradiol* 1998;19:505-8.
- Echenique M, Ispizua A, Amondarán A. Lipomas intra e intermusculares. *Cirugía Española, Vol. 70 n° 06, 307-309.* disponible en URL:<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13024472>
- Barriga J, Murillo C, Ágreda JA. Hígroma quístico, a propósito de un caso Cystic hígroma. *Rev Soc Bol Ped* 2002;41(2).
- Hartl D, Roger G, Garabedian EN. Tratamiento de los linfangiomas cervicofaciales. *Enciclopedia médico-quirúrgica. Editions Scientifiques et Medicales. Elsevier SAS. Paris, 2002; E-20-860-D-10.*
- Tran C. Lymphangiomas of the head and neck. Bobby R. Alford department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Disponible en URL: http://www.bcm.edu./oto/grand/06_19_03.htm.
- Paulino A, Guillén V, Benito I, Sánchez González F, Martínez M, Caballero J, et al. Laringocele mixto. Dos casos clínicos. *ORL-DIPS* 2003;30:198-200.
- Pino V, Pardo G, Marcos M, Trinidad G, Keitugwa T, Blasco A. Laringoceles. Nuestra casuística y revisión de la literatura. *ORL-DIPS* 2006;33:16-9.
- Alobares Rosell E, Suárez Joaquín R, Ramírez Navarro S, Urquiaga O. Aspectos imagenológicos del laringocele externo. A propósito de un caso. Disponible en URL:<http://www.ucmh.sldcu/rhab/articulorev13/laringocele1.htm>.
- San Roman J; Dovasio F; Llera J; Kreindel T; Kucharzyk M. Masa