

GA1-5 PATOLOGÍA CERVICAL (Quistes y fístulas cervicales, Infecciones del cuello, Tumores cervicales, Metástasis ganglionares)

1.- Abordaje diagnóstico de las masas con asiento en el cuello

2.- Quistes y fístulas cervicales

- 2.1.- Quistes y fístulas de la línea media
 - 2.1.1.- Quiste del conducto tirogloso
 - 2.1.2.- Quiste dermoide y epidermoide
- 2.2.- Quistes y fístulas laterales (branquiales)

3.- Infecciones del cuello

- 3.1.- Adenitis inespecíficas agudas
- 3.2.- Adenitis específicas
- 3.3.- Infecciones profundas del cuello
 - 3.3.1.- Adenoflemón y absceso cervical
 - 3.3.2.- Absceso retrofaríngeo
 - 3.3.3.- Absceso laterofaríngeo

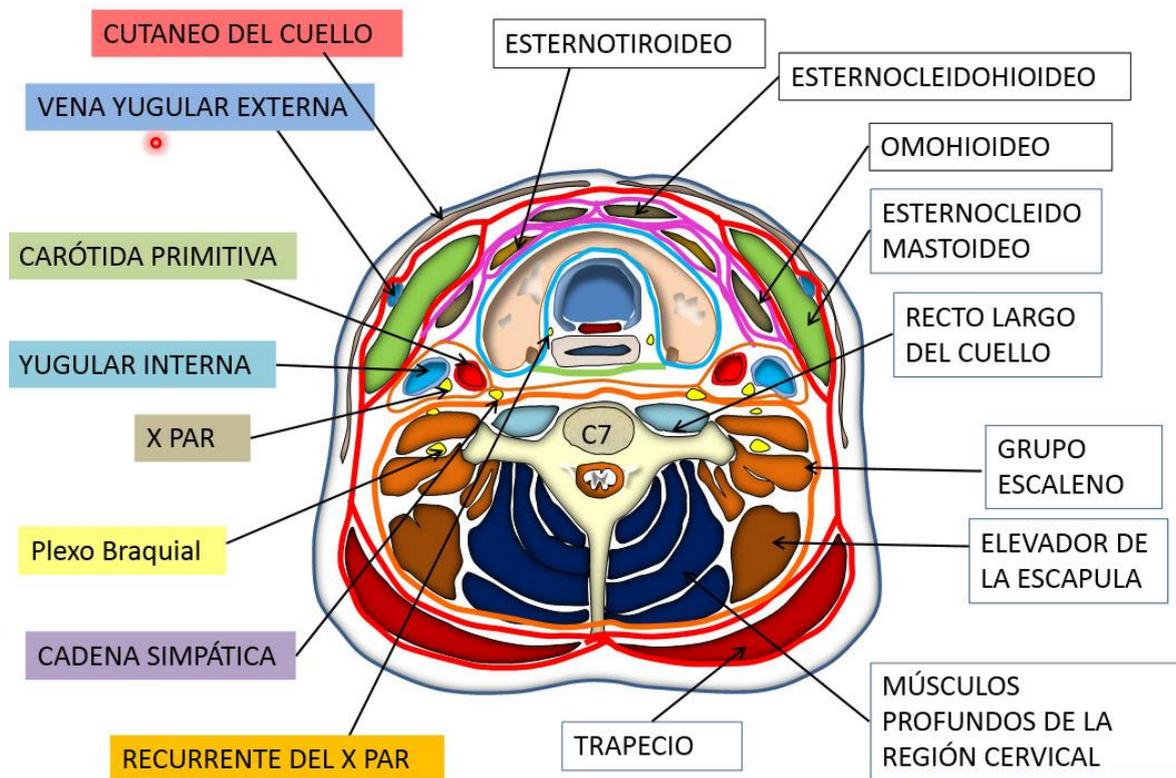
4.- Tumores cervicales

- 4.1.- Tumores vasculares
 - 4.1.1.- Hemangioma
 - 4.1.2.- Linfangioma (higroma quístico)
 - 4.1.3.- Paraganglioma o Glómus carotídeo (Tumor del cuerpo carotídeo)
 - 4.1.4.- Tumores vasculares malignos
- 4.2.- Tumores nerviosos
 - 4.2.1.- Schwannoma
 - 4.2.2.- Neurofibromatosis de Von Recklinghausen
 - 4.2.3.- Neuomas
- 4.3.- Tumores de tejido graso
- 4.4.- Tumores ganglionares
 - 4.4.1.- Linfomas

5.- Metástasis ganglionares

- 5.1.- Epidemiología
- 5.3.- Diagnóstico
- 5.4.- Tratamiento

ANATOMÍA DEL CUELLO



REALIZADO POR JUAN CARLOS GOMEZ ESPINOLA

1.- Abordaje diagnóstico de las masas con asiento en el cuello

Una tumoración o masa cervical constituye un motivo frecuente de consulta. La anatomía del cuello, las estructuras y órganos que en él se localizan, implica un gran número de patologías. Por ello, es necesario tener claro el manejo de estas situaciones, lo cual implica una anamnesis metódica, una exploración sistemática y la elección de las pruebas complementarias adecuadas a cada caso. Es decir, la historia clínica resulta fundamental a la hora de orientar el diagnóstico. En dicha historia clínica siempre debemos incluir:

1º Anamnesis:

- La edad y duración de la masa son los criterios de sospecha de malignidad más importantes. Se habla de la “regla de los 80” en relación a que el 80% de las tumoraciones cervicales no tiroideas en mayores de 40 años son neoplásicas, de las cuales el 80% son malignas, mientras que en adultos jóvenes suelen corresponder a hiperplasias linfoides reactivas a estímulos infecciosos o inmunológicos. La edad >40 años y una masa que persista más de 2-3 semana debe hacernos pensar en malignidad.
- Los antecedentes personales (cirugía cervical, patología odontológica, carcinoma de cabeza o cuello, estómago, mama, pulmón) y familiares (adenoma paratiroideo, bocio) también deben tenerse en cuenta, así como el consumo de alcohol, tabaco, drogas, radioterapia previa, etc.
- El contacto con animales (brucelosis, toxoplasmosis).
- La aparición de múltiples nódulos cervicales suele corresponder a adenopatías secundarias, enfermedades inflamatorias, infecciosas o tumorales malignas. En estos casos, una aparición brusca en medio de un cuadro infeccioso respiratorio hará pensar en adenopatía secundaria a éste; mientras que una larga evolución implica otro tipo de patologías. La aparición de síntomas sistémicos conlleva mayor gravedad del proceso (septicemia, hipertiroidismo, etc.); en concreto, un cuadro constitucional suele indicar adenopatía secundaria a enfermedad neoplásica.
- Síntomas: El dolor implica generalmente procesos inflamatorios o infecciosos; aunque una lesión tumoral puede hacerse dolorosa al invadir otros tejidos. Un bocio doloroso suele deberse a una tiroiditis aguda; y el dolor relacionado con ingesta de alcohol orienta a enfermedad de Hodgkin o sarcoidosis. En ocasiones la primera manifestación de un nódulo o masa cervical no es la tumoración en sí; puede ocurrir, por ejemplo, que un paciente presente disfonía por un nódulo que comprima el o los nervios laríngeos recurrentes o bien otros síntomas de sospecha de malignidad como

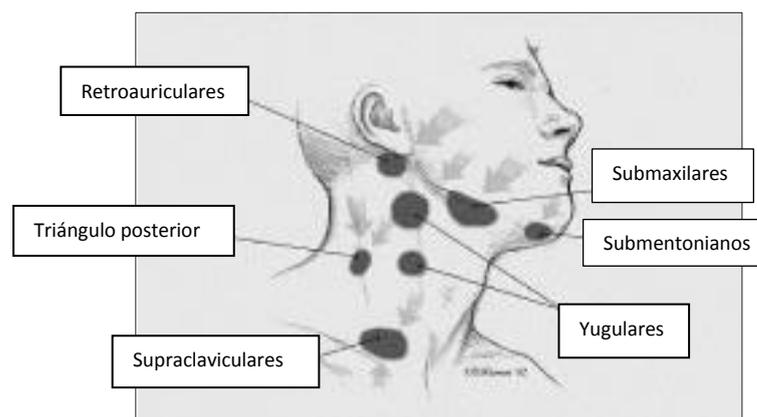
estridor, odinofagia, disfagia, hemoptisis, déficit auditivo, síndrome constitucional (astenia, anorexia, pérdida de peso), tos, dificultad para la expectoración, etc.

<u>Anamnesis básica en tumoraciones cervicales</u>		
Edad	Afectación local	
Sexo	Dolor	
Trabajo (exposición laboral)	Prurito	
Exposiciones	Afectación sistémica	
Tóxicos	Fiebre	
Fármacos	Anorexia	
Agentes físicos	Síntomas asociados	
Agentes químicos	Antecedentes personales	
Aparición de masas	Antecedentes familiares	
Número		
Tiempo		
Forma		
Momento		
Localización anatómica		

2º Exploración física:

- La inspección y palpación cervical es una maniobra fundamental que se debe realizar de forma metódica. Lo primero es una inspección del cuello en su posición anatómica, con una ligera hiperextensión y con el paciente tragando. Es preciso observar la simetría bilateral de los esternocleidomastoideos (ECM) y trapecios, el alineamiento de la tráquea, las referencias de los triángulos anterior y posterior (limitados por el borde anterior del ECM) y la existencia de cualquier engrosamiento de la base del cuello. La tráquea debe localizarse en la línea media. Espacios desiguales indican desplazamiento de la tráquea, que puede deberse a la existencia de una masa o a la existencia de un proceso patológico en el tórax. Se deberían localizar todas las estructuras óseas y cartilaginosas, comprobando que no presenten irregularidades ni signos inflamatorios.

El borde anterior del ECM constituye la línea divisoria de los triángulos anterior y posterior del cuello y sirve como línea de referencia para describir la localización. Se deben explorar todas las cadenas ganglionares.



- La palpación permite conocer si la tumoración es dura, redondeada, de límites precisos o imprecisos, si se adhiere a planos profundos, si late o si es dolorosa. La existencia de adenomegalias en otros territorios ganglionares (axilar e inguinal) orientará más hacia un proceso sistémico como sida o mononucleosis. Los datos de malignidad más importantes que se pueden obtener de la exploración física son los que se muestran en la siguiente tabla:

Hallazgos físicos de malignidad (acompañantes de masa cervical)

- **Nódulo linfático:**

	Normal	Anormal
Tamaño	< 1cm	> 1,5cm
Movilidad	Móvil	Disminuida o fijo
Consistencia	blanda, suave	Dura, gomosa
Masa parotídea	No	Sí
Masa tiroidea	No	Sí

- Úlcera o lesión premaligna en cavidad oral o faringe
- Parálisis facial
- Otitis media serosa unilateral sin infección tracto respiratorio superior
- Otalgia con otoscopia normal
- Masa muy fija a estructuras vecinas
- Obstrucción nasal unilateral
- Lesión indurada en boca

- La sospecha clínica se basa en gran medida en la localización anatómica. En este sentido, una tumoración en la línea media del cuello nos tendrá que llevar a sospechar patología de la glándula tiroides, quiste tirogloso, quistes sebáceos, lipomas, quistes dermoides, etc. En la región lateral del cuello podremos encontrar quistes branquiales, adenopatías, tumores de origen vascular o nervioso, lipomas o quistes de otro origen, etc.
- La auscultación tanto pulmonar como cervical debe realizarse siempre, con objeto de descartar ruidos pulmonares que orienten a patología respiratoria primaria; y soplos (carotídeos principalmente) que pongan de manifiesto el origen vascular de la masa.

3º Pruebas complementarias:

- Analítica:

Las pruebas cutáneas (Mantoux) y de laboratorio (hemograma, velocidad de sedimentación globular [VSG], serología de citomegalovirus [CMV], Ebstein-Barr,

toxoplasmosis, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] y lúes, así como analítica convencional) sirven para descartar o confirmar el origen infeccioso del problema. En caso de sospechar que la masa tenga un componente endocrinológico, está indicado solicitar valores hormonales (T4 o tiroxina, TSH, calcio, paratohormona, etc); y en enfermedades autoinmunes como el síndrome de Sjögren (xerostomía, xeroftalmia, artritis y engrosamiento parotídeo), pruebas inmunológicas.

- Radiología simple de cuello y tórax: la radiografía de tórax se emplea para descartar focos infecciosos o nódulos pulmonares primarios. Se puede observar asimismo si existe desplazamiento de la tráquea. Una proyección lateral de cabeza y cuello permite valorar la vía aerodigestiva superior: laringe, tráquea y estructuras blandas (paladar blando, base de lengua, epiglotis, etc.). No se debe olvidar una proyección de senos paranasales en caso de buscar un foco infeccioso para un nódulo cervical. El empleo de contraste baritado tiene valor diagnóstico en lesiones esofágicas, divertículos faríngeos, fístulas y quistes branquiales.
- Una ecografía cervical puede distinguir masas quísticas (sobre todo tiroideas), abscesos, flemones o masas sólidas cervicales. Se usa también para el ecodoppler en el diagnóstico diferencial de tumoraciones de origen vascular.
- La punción aspiración por aguja fina (PAAF) permite el estudio citológico y/o microbiológico del material obtenido. Puede incluso ser terapéutica en descompresión de quistes a tensión muy dolorosos. Se trata de una técnica sencilla que se realiza con control ecográfico y cuya complicación más frecuente es la aparición de hematomas locales en la zona de punción. A menudo se puede emplear como segundo paso diagnóstico tras la anamnesis y la exploración física; sin embargo, en caso de sospecha de malignidad y PAAF negativa, está indicada su repetición o la realización de biopsia debido a la posibilidad de falsos negativos (biopsia con aguja gruesa o biopsia quirúrgica).
- La tomografía computarizada (TC) con y sin contraste, y la resonancia magnética nuclear (RMN) se usan para una correcta diferenciación tisular de las masas cervicales, así como para la definición de estructuras vasculares (la angiografía está siendo desplazada por la angioRMN y el TC con contraste). Sirven para el diagnóstico de numerosas patologías cervicales y para el estadiaje tumoral (localización, extensión, metástasis ganglionares). La RMN es el método de elección para distinguir masas parotídeas de otras extraparotídeas.
- Otras técnicas que se pueden emplear en el diagnóstico de masas cervicales son la

angiografía (valorar posibles embolizaciones prequirúrgicas), la sialografía (patología inflamatoria de glándulas salivares), y la gammagrafía (útil en el diagnóstico de metástasis óseas, en el diagnóstico diferencial de masas tiroideas y en la localización de la actividad tiroidea).

Diagnóstico diferencial de las masas cervicales

Patología inflamatoria e infecciosa

Tejidos blandos Superficiales (celulitis) Profundos (absceso cervical) Actinomicosis
Angina de Ludwig
Linfadenitis aguda Bacteriana (S. aureus) Mononucleosis
CMV
Enfermedad del araño de gato
Linfadenitis inducida por fármacos
Hidantoínas Penicilina Estreptomina Salicilatos Tiouracilo
Adenopatías cervicales asociadas a procesos inflamatorios crónicos
Tuberculosis Sarcoidosis Sífilis
Sida Toxoplasmosis Rubéola
Inflamación de glándulas salivares Sialadenitis obstructiva (cálculo) Sialadenitis bacteriana
Paperas
Inflamación tiroidea (tiroiditis aguda, subaguda o crónica)
Traumatismos Hematoma Pseudoaneurisma

Malformaciones

Quistes y fistulas cervicales
Mediales
Laterales
Laringoceles
Teratoma Masa tímica Tortícolis
Síndrome de Klippel-Feil **Tumores benignos**
Fibroma
Lipoma
Enfermedad de Madelung
Higroma quístico
Síndrome de Sjögren
Nódulo tiroideo
Masas vasculares (hemangioma, tumor cuerpo carotídeo, malformación arteriovenosa, aneurisma)
Neurinoma
Ameloblastoma

Tumores malignos

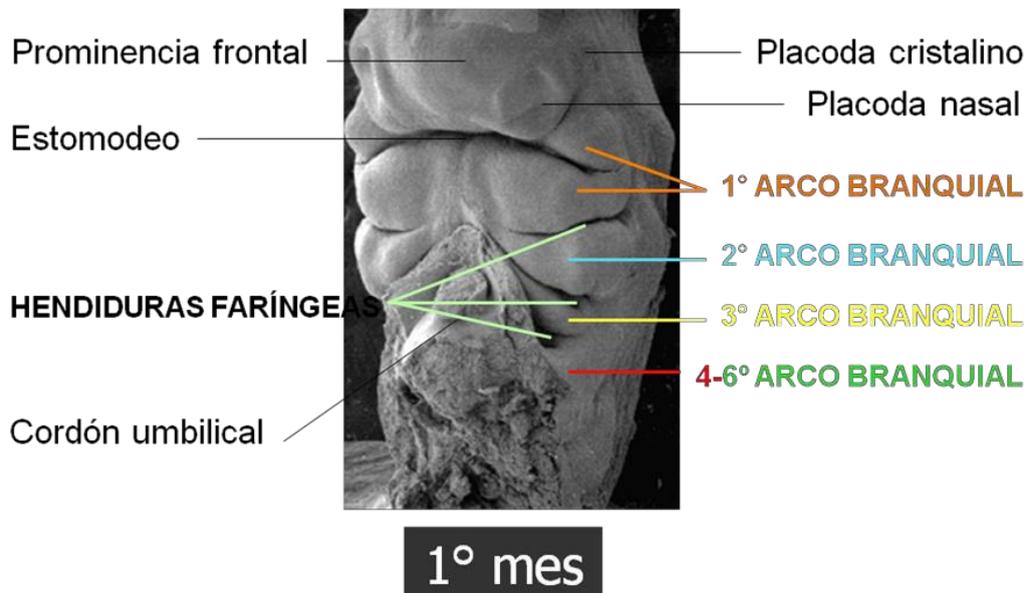
Adenopatías metastásicas
Linfomas de Hodgkin, Linfomas no hodgkinianos
Carcinoma cervical primario
Sarcoma cervical primario
Melanoma
Tumor metastásico
Carcinoma cabeza y cuello
Tumor tiroideo
Tumor glándulas salivares
Tumor pulmonar
Tumor gastroesofágico

2.- Quistes y fístulas cervicales

Desarrollo embriológico

Cada arco faríngeo se caracteriza por tener sus propios componentes musculares, con su propio nervio craneal, sus componentes esqueléticos y sus componentes arteriales.

Los arcos branquiales inician su desarrollo a comienzos de la 4ª semana, a medida que migran las células de la cresta neural hacia las futuras regiones de la cabeza y cuello. Por lo tanto, contribuyen en gran medida a la formación de la cara, cavidades nasales, boca, laringe, faringe y cuello. El primer par de arcos branquiales aparece como elevaciones superficiales a los lados de la faringe en desarrollo. Luego aparecerán otros arcos con disposición oblicua en cada lado de las futuras regiones de la cabeza y cuello. Los arcos están separados entre sí por las hendiduras faríngeas.



ARCOS BRANQUIALES

Primer arco branquial: da lugar a dos prominencias:

Prominencia maxilar: que originará el maxilar superior, hueso cigomático y parte escamosa del hueso temporal.

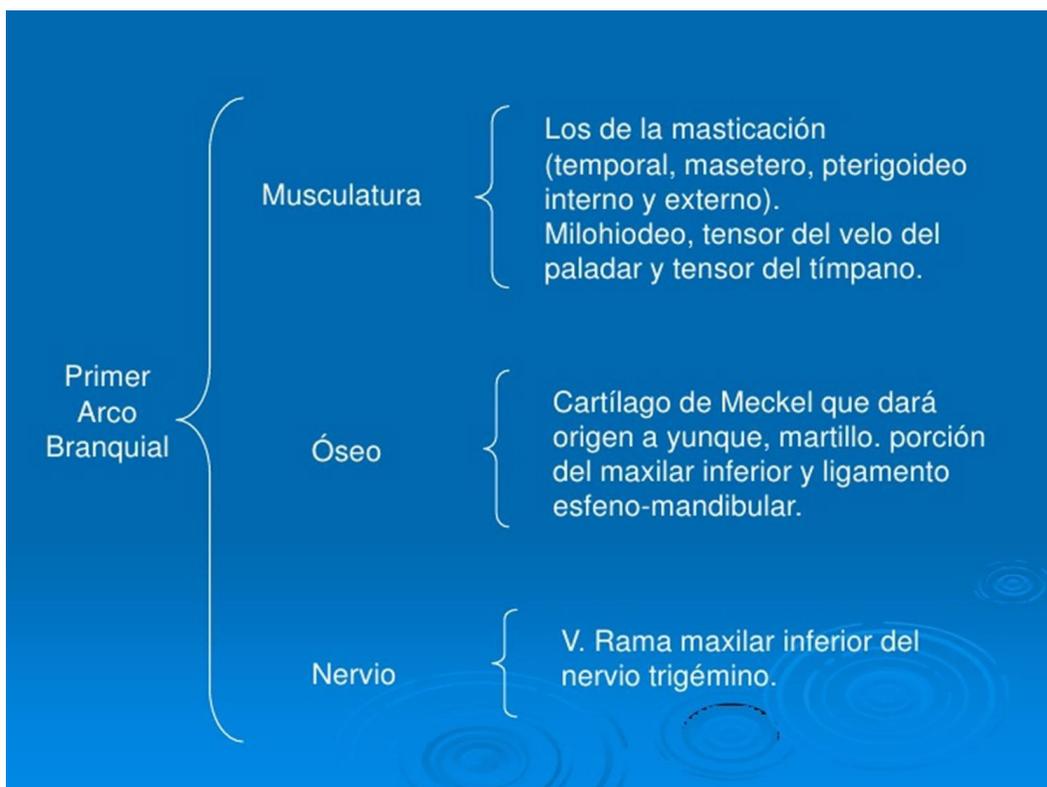
Prominencia mandibular: forma la mandíbula.

Segundo arco branquial: participa en la formación del hueso hioides (único hueso humano que no está en contacto con ningún otro hueso).



1°: m. masticación, milohioideo, vientre ant del digastrico, periestafilino externo, martillo

2°: musculo expresión facial, vientre posterior del digastrico, estilohioideo, estapedio.





CLASIFICACIÓN:

1. Lesiones Faciales

1.1. Deformidades Cráneo-Faciales

1.1.1. FISURAS FACIALES

- Fisuras Labio-Palatinas
- Fisuras Cráneo-Faciales

1.1.2. CRANEOESTENOSIS

1.2. Otras deformidades

2. Lesiones Cervicales

2.1. Línea media cervical

- QUISTE TIROGLOSO
- QUISTE DERMOIDE

2.2. Laterocervicales

- QUISTES BRANQUIALES
- Higroma quístico

2.1.- Quistes y fístulas de la línea media

2.1.1.- QUISTE TIROGLOSO (**Importante**)

- Lesión cervical congénita más frecuente, en ocasiones por falta de involución del conducto tirogloso. Son restos ectodérmicos que pueden aparecer a lo largo de la línea normal de descenso de la gl. tiroides en la vía embrionaria.

- En la 4ª semana de VIU, se inicia en el agujero ciego de la base de la lengua el divertículo tiroideo el cual desciende hasta el sitio normal de localización, conservando la conexión entre el agujero ciego y la glándula tiroides a través del conducto tirogloso.

- En circunstancias normales el conducto se oblitera, cuando no lo hace, su persistencia conduce a la formación de quistes o fístulas en cualquier sitio de la línea de descenso de la glándula tiroides.

- Debuta antes de los 20 años en el 50% de los casos.

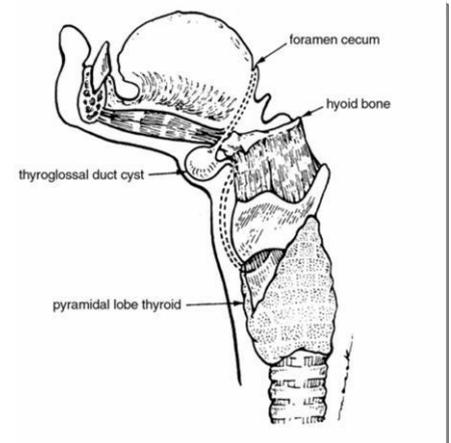
- No existe diferencia entre sexos.

- Masa a nivel del hioides en el 80% de los casos.

- **Se moviliza con la deglución y protrusión lingual.**

- Existencia de tejido tiroideo ectópico en 1% de los casos.

- Tratamiento quirúrgico: **quistectomía + extirpación del conducto** hasta la base de la lengua (extirpar todo el trayecto). Normalmente se hace quistectomía hasta hioides como mínimo.



MANIFESTACIONES CLINICAS:

- Asintomáticos.

- Presente a cualquier nivel a lo largo del conducto tirogloso.

- En línea media o lateralizado cuando se encuentra anterior al cartílago tiroides.

- Es móvil (cuando el paciente proyecta la lengua hacia adelante la tumoración se moviliza hacia arriba).

- Orificios fistulosos en la línea media, pueden tener secreción mucopurulenta

- Halitosis (descompresión intermitente del quiste por fistulización en la boca).

DIAGNOSTICO:

- Historia clínica
 - Examen físico
 - Manifestación clínica
 - Signo de Hamilton Bailey (+) (el quiste se desplaza hacia arriba o abajo cuando se saca o se mete la lengua).
 - Eco-PAAF

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Linfadenopatías (ganglios agrandados de tamaño)
- Quiste dermoide
- Lipomas
- Linfangiomas, hemangiomas.
- Nódulo tiroideo o tiroides ectópica
- Ránula

TRATAMIENTO QUISTE Y FISTULA DEL CONDUCTO TIROGLOSO (Intervención de Sistrünk)

- Incisión a nivel hioideo coincidiendo con un pliegue cutáneo.
- Disección de la pared de quiste desde su porción inferior.
- Sección del tracto fibroso que lo une a la pirámide de Lalouette.
- Desinserción mediante bisturí eléctrico de los m. milo y ginohioides del h. hioides hasta los cuernos menores.
- Sección con cizalla del cuerpo del hioides.
- Disección del tracto fibroso hacia la base de la lengua.
- Extirpación en bloque del quiste, el cuerpo del hioides y los tractos fibrosos.

2.1.2.- QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE

- Localización cervical más frecuente: suelo de boca.
- Debuta en la 2ª década.
- Constituyen defectos de fusión en línea media de los primeros arcos branquiales.
- No diferencia entre sexos.
- Masa a nivel suprahioideo.

- No se moviliza ni con deglución ni con protrusión lingual
- Localización supramilohioideo (más frecuente) o inframilohioideo.
- Los quistes epidermoides o sebáceos almacenan descamación que forma un magma caseoso, los dermoides además tienen anejos cutáneos (glándulas sudoríparas, folículos pilosebáceos).
- Tratamiento quirúrgico: quistectomía vía extra o intra oral.

2.2.- Quistes y fístulas latero cervicales

2.2.1.- ANOMALIAS BRANQUIALES:

El desarrollo anómalo de los arcos branquiales determina una variada serie de malformaciones congénitas:

- Quistes branquiales.
- Fístulas branquiales.

A) QUISTES BRANQUIALES

- Es la malformación más frecuente de los arcos branquiales. En el 90 % de los casos del segundo arco branquial y en 10 % del primer arco branquial.
- Se pone de manifiesto como un tumor, blando con contenido seroso. Se localiza en la región lateral del cuello o borde anterior del esternocleidomastoideo.
- Se originan en restos de las hendiduras branquiales primeras, segundas, terceras y cuartas. Los originados en la primera hendidura, muy raros, semejan una duplicación del conducto auditivo externo membranoso y se presentan en la región subauricular o en el subángulo maxilar y aparentan inflamaciones o tumoraciones parotídeas. Los de la segunda, tercera y cuarta se originarían en el seno cervical en los que normalmente se oblitera su comunicación externa y se reabsorbe el ectodermo. La persistencia de éste dará lugar a un quiste y la persistencia de la comunicación con la piel, a una fístula.
- Sólo en un 25% de los casos, se presentan fístulas.
- Son bilaterales en 2-3%.

CLINICA:

- Masa redondeada o alargada generalmente libre en el cuello: debajo de la mandíbula, a lo largo del músculo esternocleidomastoideo.
- Consistencia blanda, superficie lisa: contienen líquidos y desechos celulares.

DIAGNOSTICO:

- Historia clínica; examen físico, ECO-PAAF, RM.

TRATAMIENTO:

- Extirpación quirúrgica.

B) FISTULAS BRANQUIALES

- Es un canal anormal cuyo extremo interno se abre en el seno amigdalino y su extremo externo en la parte lateral del cuello. Ascende por el tejido subcutáneo y el musculo cutáneo del cuello desde su abertura en el cuello hasta la vaina carotídea., pasando entre la carótida interna y externa hasta su abertura en el seno amigdalino.
- Se produce cuando el 2º arco branquial no crece caudalmente sobre el 3º y 4º. Y los restos de la 2º,3º y 4º hendidura branquial mantiene su contacto con la superficie cutánea a través de un conducto.

DIAGNOSTICO:

- Historia clínica: examen físico, eco, fistulografía.

TRATAMIENTO: Fistulectomía: doble abordaje cervical.

- Q. BRANQUIALES DE PRIMER ARCO

- Poco frecuentes

- Edad media. Sexo femenino.
- Localización: desde CAE hasta región submandibular.
- Clínica: (lo más frecuente es la clínica en oído externo) Otorrea si comunica con CAE. Tumoración parotídea o Absceso pre auricular.
- Tto. Quirúrgico: quistectomía. Recidiva en 10% de casos.

- O. BRANQUIALES DE SEGUNDO ARCO (Importante)

- Es la lesión latero cervical congénita más frecuente (5-8%)
- 10-14 años. No predilección por sexos.
- Localización: desde borde anterior del esternocleidomastoideo hasta la celda submaxilar.

Llega hasta los grandes vasos cervicales.

- Clínica: más blanda, bien definida y a veces fluctuante.
- Dx: PAAF y pruebas de imagen (está “pegado” al ECM)
- Tto. Quirúrgico: quistectomía. Incisión (incisiones en escalera si es preciso) a nivel del cuello, dos dedos por debajo de la mandíbula. Muy baja tasa de recidiva.

3.- Infecciones del cuello

3.1.- Adenitis inespecífica aguda

Se trata de la inflamación aguda de uno o más ganglios linfáticos como consecuencia de una infección vecina, como otitis media aguda, faringitis, amigdalitis, infecciones dentarias, etc. Se dan con mayor frecuencia en niños, en general en la región yugulodigástrica. Son blandas, desplazables y dolorosas al palpar.

Se llega al diagnóstico tras la otoscopia, exploración de la cavidad oral y la faringe. En los casos resistentes al tratamiento realizaremos PAAF o biopsia. El tratamiento principal es antibiótico. Es frecuente que las adenopatías aunque de menor tamaño persistan durante semanas o meses.

3.2.- Adenitis específica

Es la inflamación en el curso de enfermedades como: tuberculosis, infección por VIH, mononucleosis infecciosa, toxoplasmosis, enfermedad por arañazo de gato, actinomicosis. El diagnóstico de estas enfermedades requiere estudios serológicos y microbiológicos. El tratamiento depende de cual sea la enfermedad causal.

3.3.- Infecciones profundas del cuello

3.3.1.- Adenoflemón y absceso cervical

Hoy en día son infrecuentes gracias a la antibioterapia, pero pueden ser muy graves, especialmente si el absceso cervical se extiende al mediastino. Son consecuencia de la difusión extracapsular de la inflamación de una adenitis aguda, por incumplimiento del tratamiento, inmunodepresión o presencia de gérmenes hipervirulentos. Los anaerobios y *Staphylococcus aureus* son los agentes causales más frecuentes.

Inicialmente hay un empastamiento difuso con dolor espontáneo y a la palpación en el cuello, muy frecuentemente en la región submaxilar. Cuando se constituye el absceso, el dolor aumenta y aparece fiebre con marcada dificultad para lateralizar la cabeza.

El diagnóstico de sospecha se confirma mediante prueba de imagen que suele ser una TC donde se aprecia la zona hipodensa del absceso con un reborde blanquecino.

Es fundamental el tratamiento antibiótico intravenoso. Por ejemplo la combinación de

ceftriaxona y clindamicina cubre los gérmenes habitualmente implicados. La cervicotomía, que se realiza generalmente de urgencia y bajo anestesia general para evacuar el contenido purulento y colocar drenajes es fundamental para conseguir la curación y evitar posibles complicaciones vasculares como la trombosis de la VYI (síndrome de Lemierre o sepsis postanginal que es una enfermedad rara en nuestros tiempos que ocurre después de una infección orofaríngea y se manifiesta por una tromboflebitis séptica de la vena yugular interna e infecciones metastásicas. Es producida por microorganismos anaerobios, siendo el *Fusobacterium necrophorum* el más frecuente) y la extensión de la infección al mediastino.

3.3.2.- Absceso retrofaríngeo

Es un tipo especial de absceso cervical. Es típico de la infancia, sobretudo en el primer año de vida, tras la infección de ganglios retrofaríngeos. Los síntomas generales son malestar general, inquietud y fiebre, que pronto se acompañan de disfagia y disnea. El diagnóstico se hace explorando la orofaringe y realizando una TC.

El tratamiento es análogo al de los otros abscesos cervicales, salvo que en este caso el drenaje se realiza vía transoral, requiriéndose anestesia general e intubación para evitar la aspiración accidental del contenido del absceso.

3.3.3.- Absceso latero faríngeo

También es un tipo especial de absceso cervical. Se da tras una amigdalitis aguda o por la extensión de un flemón o absceso periamigdalino. El espacio parafaríngeo tiene un compartimento anterior o preestíleo y otro posterior o retroestíleo por el que discurre el eje neurovascular cervical.

A los síntomas habituales de la amigdalitis (odinofagia, fiebre,...), se añade empastamiento cervical alto y retromandibular, con trismo (dificultad para abrir la boca) y dificultad para lateralizar la cabeza.

Al explorar la faringe se aprecia la prociencia de la pared afecta. El estudio de imagen, en general TC informa de la localización y relaciones anatómicas del absceso. La antibioterapia intravenosa y la cervicotomía son las bases del tratamiento.

4.- Tumores cervicales

La patología de laringe, hipofaringe, glándulas tiroides y paratiroides, esófago cervical y tráquea tiene gran entidad y se estudia aparte. De manera que clasificamos los tumores cervicales en: vasculares, nerviosos, de tejido graso y ganglionar. Salvo en estos últimos predominan los tumores benignos.

4.1.- Tumores vasculares

4.1.1.- Hemangioma

Los hemangiomas constituyen una anomalía vascular que se produce durante el desarrollo embriológico. Están frecuentes en el nacimiento, son más frecuentes en niñas (3:1), se suelen presentar en la cara y crecen rápidamente en los 3 primeros meses de vida, para después involucionar de forma espontánea (75-85%) entre los 2 y 5 años. En los casos que no involucionan el tratamiento se hace con láser, crioterapia e interferón, siendo la cirugía excepcional.

4.1.2.- Linfagioma (higroma quístico)

Son malformaciones que se producen en los vasos linfáticos durante el desarrollo embrionario. Están constituidos por quistes, de paredes muy finas fibroendoteliales, conectados entre sí. Suelen diagnosticarse antes del 2º año de vida. Forman una masa blanda, de límites mal definidos. Cursan sin dolor y sólo en casos muy voluminosos puede haber disfagia y disnea por compresión faríngea y laríngea.

El diagnóstico se hace mediante PAAF y pruebas de imagen, siendo la TC la más utilizada (el higroma se ve negro, similar a los lipomas en la TC).

La remisión espontánea se produce hasta en el 20% de los casos. La cirugía debe ser conservadora de las estructuras vasculares y nerviosas del cuello, siendo difícil la extirpación completa del tumor que presenta límites mal definidos. El tratamiento mediante inyección de sustancias esclerosantes constituye una alternativa terapéutica menos experimentada.

4.1.3.- Paraganglioma o Glomus carotídeo (Quemodectoma, Tumor del cuerpo o corpúsculo carotídeo)

Es un tumor infrecuente (un caso por cada 1,7 millones de habitantes y año). A pesar de ello el tumor se clasifica dentro de los tumores vasculares y no de los neurales.

El cuerpo o corpúsculo carotídeo es una pequeña estructura, de 3-5 mm de tamaño y 5-20 mg de peso, que asienta en la adventicia de la cara posterior de la carótida común a nivel de su bifurcación. Se comporta como un “receptor químico”, detectando los cambios sanguíneos del pCO₂, pO₂ y pH (a diferencia del seno carotídeo que es un “receptor de presión arterial” y que provoca bradicardia e hipotensión), regulando así la ventilación, frecuencia cardíaca y presión arterial (su estimulación induce taquipnea, taquicardia e hipertensión). Los tumores que asientan sobre esta estructura son poco frecuentes y existe controversia en cuanto a su denominación, historia natural (comportamiento biológico) e indicaciones quirúrgicas.

Existen diversas denominaciones, según su:

- a) localización (tumores del cuerpo o corpúsculo carotídeo, del glomus carotídeo)
- b) embriología (paragangliomas carotídeos, no cromafines o no funcionales)
- c) función (quemo o quemodectomas carotídeos).

El término paraganglioma carotídeo (PgC) es el más aceptado. Son tumores muy vascularizados, delimitados pero no encapsulados, y generalmente benignos (pueden existir casos malignos). Es característico de los PgC su inicio asintomático (50%) y su crecimiento lento y progresivo (2 cm cada 5 años).

En su evolución pueden comprimirse diversas estructuras y ocasionar diferentes manifestaciones clínicas, neurológicas, etc., y aunque desde el punto de vista local es infrecuente su comportamiento agresivo-maligno, pueden apreciarse infiltraciones vasculares, metástasis ganglionares (6%) y producir metástasis a diversos órganos (2-9%). Los tumores de cuerpo carotídeo son generalmente neoplasias benignas originadas de los quimiorreceptores del cuerpo carotídeo, localizados en la adventicia de estos vasos.

El cuerpo carotídeo es derivado tanto de elementos mesodérmicos del tercer arco branquial como de elementos neurales originados del ectodermo de la cresta neural y corresponde a pequeñas masas ovoideas o irregulares, bilaterales situadas en la bifurcación de la arteria carótida común. La localización del tumor es variable, pudiendo ubicarse posterior a la bifurcación de la arteria carótida común o estar localizado entre las arterias carótida interna y externa. La etiología es aún indeterminada, pero existe una clara asociación entre la

altitud y la aparición de este tipo de tumores, observándose una mayor incidencia en poblaciones que habitan a más de 1.000 metros, estableciéndose la hipoxia crónica como factor de riesgo. La mayoría de los pacientes presenta tumores esporádicos, con agregación familiar en cerca de 10% a 25% de los casos. Aproximadamente 10% de los casos son bilaterales, con una mayor incidencia en los casos familiares, y sólo 5% de los tumores son productores de catecolaminas. El compromiso metastásico es cercano al 2% a 9% y el comportamiento maligno no está dado ni por la histología ni por la presentación clínica.

Diagnóstico

La presentación clínica habitual es una masa cervical lateral, de carácter asintomático y crecimiento lento, detrás del ángulo mandibular, que puede extenderse hacia la región mastoidea a lo largo del borde anterior del esternocleidomastoideo y a veces hacia dentro a espacio parafaríngeo empujando medialmente la pared laterofaríngea de la orofaringe, desplazando la amígdala hacia la línea media por el efecto masa. En algún caso se ha descrito una leve reducción de volumen a la compresión, que se recupera a los pocos segundos (signo de Chevassu) y a la auscultación podemos detectar un soplo sistólico, sin frémito. La característica principal al examen es el signo de Fontaine: el tumor puede ser desplazado horizontalmente, pero no en el plano vertical; por lo tanto, cualquier masa cervical pulsátil con esta característica debe establecer la sospecha de tumor de cuerpo carotídeo. Algunos centros recomiendan la punción con aguja fina, sin embargo, conlleva el riesgo de hemorragia y el resultado histológico de este tipo de biopsia en general es no concluyente, por lo que en general la punción no se recomienda como método diagnóstico y algunos autores la contraindican. Se considera como estándar diagnóstico la visualización de una masa hipervascularizada en la *angiografía*, permitiendo una planificación quirúrgica adecuada y, en algunos casos, realizar embolización preoperatoria de la lesión, lográndose una reducción de su tamaño y disminución del sangrado intraoperatorio, procedimiento realizado sólo cuando es posible efectuar la cirugía inmediatamente posterior a la embolización, el que sin embargo, no está exento de riesgos, tales como embolia cerebral, ruptura y mayor inflamación del tumor, por lo que en nuestros pacientes no se realizó. La *ultrasonografía Doppler* es considerada el mejor estudio de imagen no invasivo y permite observar en la bifurcación carotídea una masa altamente vascularizada y bien delimitada, hipocogénica. El estudio Doppler revela su naturaleza hipervascular tumoral, con flujo arterial de alta velocidad y baja resistencia (que indica aporte vascular dependiente de arteria carótida externa), la relación y el grado de infiltración arterial y la

posible presencia de complicaciones, como la trombosis de la vena yugular. El TAC es útil para delimitar las relaciones del tumor con las estructuras adyacentes y evaluar su extensión craneal. La apariencia típica de un paraganglioma del cuerpo carotídeo mediante TAC es la de una lesión homogénea, de densidad de partes blandas, en el espacio carotídeo infrahioideo, con notable realce de la densidad, por la hipervascularización intrínseca del tumor tras la administración de contraste por vía intravenosa y una apertura del ángulo de bifurcación carotídeo. El uso de *angiografía por resonancia (MRI)* permite obtener información similar a la angiografía convencional, pero sin la posibilidad de realizar procedimientos endovasculares.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con tumores neurogénicos dependientes del vago o sistema simpático, tumores de glándulas salivares, adenopatías metastásicas (principalmente renales y tiroideas) y, más infrecuente, hemangio-pericitoma parafaríngeo. Los tumores neurogénicos desplazan anterointernamente ambas carótidas y la captación de contraste es notable, pero no temprana, porque su depósito es secundario en el espacio intersticial intratumoral. Cuando son voluminosos pueden presentar zonas centrales necrótico-quísticas sin captación. Las metástasis nodales hipervasculares (riñón y tiroides) muestran un realce de contraste temprano, pero su aspecto es infiltrativo y su localización no suele ser tan específica.

Histológicamente la glándula está compuesta de múltiples lóbulos consistentes de tres tipos de células, cada una de las cuales responde principalmente al estímulo hipóxico. Células Tipo I, llamadas células jefe o células glómicas, producen catecolaminas y una variedad de péptidos inmunorreactivos y están dispuestas en nidos llamados *Zellballen*. En presencia de hipoxia crónica la glándula sufre cambios morfológicos comenzando por una hipertrofia que termina en hiperplasia. Células Tipo II, llamadas sustentaculares, envuelven a las células Tipo I tomando características de células de Schwann. Las células tipo III son terminales sensoriales nerviosos que se originan en los ganglios del nervio glossofaríngeo y cumple la función de vía aferente para el reflejo quimorreceptor que viaja en el nervio del seno carotídeo al centro de control respiratorio.

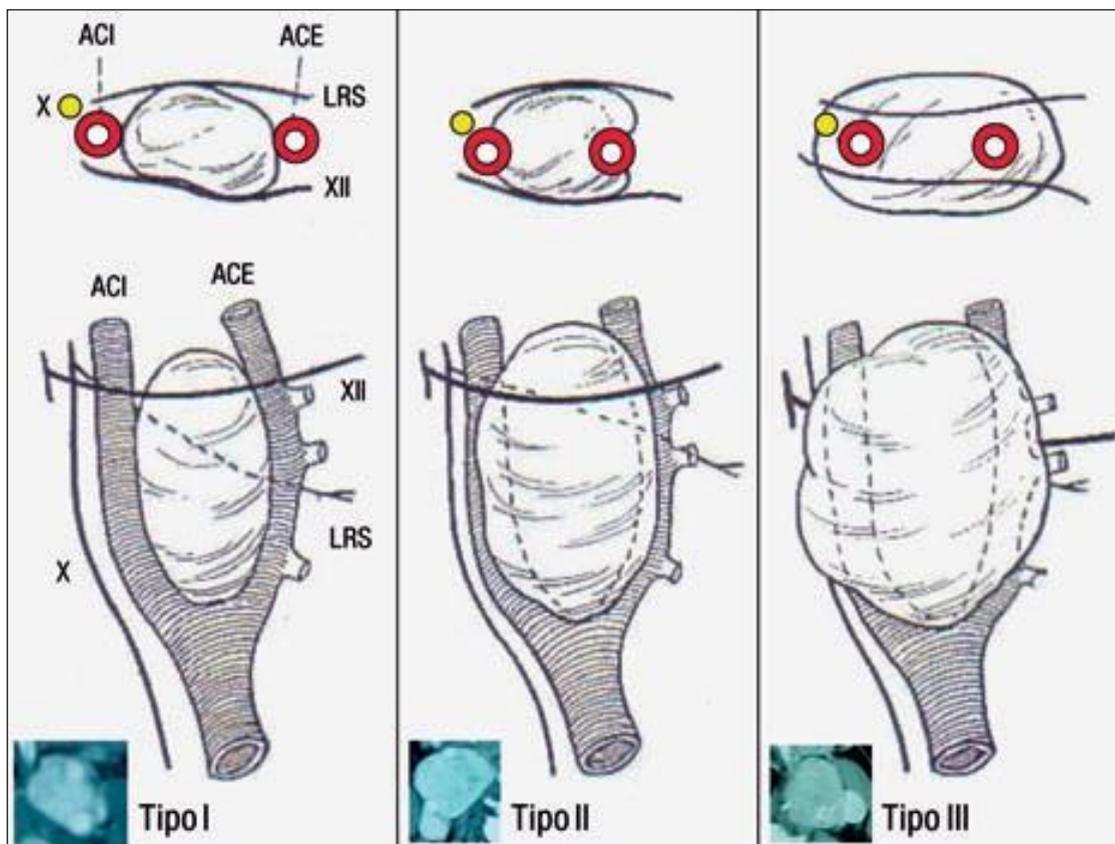
La combinación TC y RM (máxime con angio-TC o RM, diversas proyecciones y reconstrucciones 3D) aporta la más valiosa información táctica sobre la anatomía de la tumoración (fundamentalmente, su extensión craneal) y sus relaciones con las estructuras adyacentes (yugular interna, arteria carótida, etc.). La biopsia está contraindicada (posibilidad de hemorragia u ocasionar dificultades técnicas durante la exéresis).

El diagnóstico diferencial de los PgC debe hacerse con linfomas, metástasis ganglionares, tumores salivares, tumores vagales, quistes branquiales, tumores del hipogloso, aneurismas carotídeos, fístulas arteriovenosas, etc.

Clasificación de Shamblin (1971)

Muy apreciada por los cirujanos, porque predice “parcialmente” las dificultades intraoperatorias (sobre todo vasculares) y los resultados de morbimortalidad. Distingue 3 grupos, teniendo en cuenta el tamaño del tumor y lo que es más importante, la relación de éste con la bifurcación carotídea:

- I: tumores de pequeño tamaño (< 4 cm). Resección sencilla. Son los casos ideales, pero es el grupo más infrecuente (26%).
- II: tumores de tamaño medio (> 4 cm). Comprimen la carótida interna o externa, pero pueden separarse de los vasos mediante una cuidadosa disección. Es el grupo más frecuente (46%).
- III: gran tamaño de la tumoración, lo que motiva que engloben por completo las carótidas. Su exéresis puede requerir la resección de la carótida externa o incluso también de la carótida interna. Conduce al mayor grado de dificultad técnico y de probabilidad de complicaciones. Representa el 28% de los casos.



Preparación preoperatoria

La funcionalidad de los PgC es infrecuente (4,8%), máxime si lo comparamos con Pg de otras localizaciones (yugular o vagal), que alcanzan el 16,7 y 12,5%, respectivamente. Aunque la frecuencia sea baja (en la mayoría de series no supera el 1-2%), rutinariamente debe valorarse una posible funcionalidad, determinando en plasma y orina las concentraciones de catecolaminas. Ello evitará eventuales crisis hipertensivas intraoperatorias, que pueden inducir un colapso cardiovascular. En caso de funcionalidad se debe administrar al paciente, una semana antes de la operación, la adecuada terapia antihipertensiva (bloqueadores de los receptores alfa). Por si es necesario transfundir, es importante cruzar 2-3 unidades de sangre. Las pérdidas sanguíneas se han cuantificado en 400-600 ml (con embolización preoperatoria) y 700-850 ml (sin embolización).

Tratamiento

Embolización

La embolización preoperatoria tiene como objetivo reducir la vascularización y el tamaño del tumor; ello debe facilitar la escisión del tumor y reducir las pérdidas sanguíneas. Debe realizarse 48 h antes de la cirugía, pues si se espera más tiempo pueden producirse fenómenos inflamatorios locales que dificulten la cirugía o incluso la revascularización del tumor.

Tratamiento quirúrgico

El objetivo de la cirugía es la extirpación del PgC de forma íntegra, preservando la integridad del sistema carotídeo y de los nervios adyacentes, con la menor pérdida de sangre y dejando una cicatriz lo más cosmética posible. Todo ello requiere experiencia, realizar una correcta disección, identificar nervios, controlar vasos y, si es preciso, insertar un *shunt* y reemplazar un segmento arterial por un injerto o prótesis. La cirugía consiste, la mayoría de las veces (72%), en la resección de la lesión, sin afectar para nada la vascularización carotídea (Shamblin tipo I y II). Sin embargo, cuando existe un tumor grande, que envuelve totalmente los vasos e incluso los infiltra (Shamblin III), puede imposibilitar la resección de la tumoración sin reseca las arterias carótidas, lo que obliga a su reparación posterior (sutura, plastia o interposición venosa o protésica).

4.1.4.- Tumores vasculares malignos

Son muy raros y, tanto el angiosarcoma (originado en el endotelio) como el hemangiopericitoma (de los pericitos capilares), tienen mal pronóstico por su tendencia a metastatizar y por la dificultad técnica para conseguir una exéresis completa.

4.2.- Tumores nerviosos

Los más frecuentes son los derivados de las células de Schwann: schwannomas benignos y malignos y neurofibromas. También existen neuromas post amputación, y tumores derivados de ganglios nerviosos, como los ganglioneuromas benignos, simpaticoblastomas y simpaticogoniomas malignos.

4.2.1.- Schwannoma, neurinoma o neurilemoma

Los schwannomas de cabeza y cuello son tumores que se originan de las células de Schwann localizadas en las vainas de los nervios. Se pueden presentar a lo largo del recorrido de un nervio, de los pares craneales o del sistema nervioso autónomo.

Los schwannomas localizados en el cuello asientan fundamentalmente en el espacio parafaríngeo y dentro de éste en el espacio retroestiloideo, donde pueden aparecer como tumoraciones de los últimos cuatro pares craneales o de la cadena simpática.

Suelen presentarse en pacientes con un rango de edad comprendido entre 20 y 50 años y con una incidencia similar en ambos sexos. Son inicialmente asintomáticos, solitarios, de crecimiento lento y benignos.

Inicialmente no suelen dar clínica neurológica. Resulta característica su movilidad en sentido lateral, pero no en la dirección del eje nervioso.

Las tres tumoraciones más frecuentes en el espacio retroestiloideo son los neurinomas del simpático, del vago y los paragangliomas de la arteria carótida. Para diferenciarlos en las pruebas de imagen debemos de tener en cuenta una serie de características observables:

- Los neurinomas del simpático se sitúan posteriormente a la carótida común o a la bifurcación carotídea y a la yugular interna, por lo que estos vasos son desplazados antero medialmente. Pueden llegar a separar la bifurcación carotídea.

- Los neurinomas del vago, crecen entre la arteria carótida común o carótida interna y la vena yugular interna, por lo que apreciamos separación entre ambos vasos. No pueden ampliar por lo tanto la bifurcación carotídea.

- A nivel de la bifurcación carotídea podemos encontrar otro tipo de tumores, que aumentan la bifurcación entre ambas ramas de la carótida y son pulsátiles, en éste caso, la angiografía y la angioresonancia son necesarias para realizar un diagnóstico diferencial con tumores del cuerpo carotídeo (paragangliomas).

En la RNM de estos tumores es característico, que no patognomónico, la presencia de un patrón en sal y pimienta de lesiones hipervasculares. Esto nos puede ayudar a diagnosticar el glomus carotídeo.

Por lo tanto haremos el diagnóstico diferencial del schwannoma del simpático con el neurinoma del nervio vago, metástasis cervicales, linfadenopatías reactivas y paragangliomas.

Las técnicas de diagnóstico por la imagen como la Ecografía, TC y RNM, nos sirven como elementos para determinar la localización y extensión de la lesión. En concreto la RNM, no sólo nos muestra la tumoración, sino que también puede informarnos del nervio a partir del cual se desarrolla. Otras pruebas como la angioresonancia o angiografía, nos resultarán de gran utilidad en caso de querer descartar una tumoración pulsátil vascular.

En la evaluación inicial ha sido recomendado el uso de la punción-aspiración con aguja fina (PAAF), pero se ha demostrado que no suele resultar especialmente valiosa, con una eficacia próxima al 25% para tumores neurales compactos.

La resección quirúrgica aporta unos excelentes resultados sin apreciarse recidiva tumoral. Se recomienda la exéresis total, para evitar una rara pero posible transformación maligna del tumor.

Debido a que la mayoría de los pacientes están libres de síntomas neurológicos deficitarios, la decisión de intervenirlos se basa en la expectativa de aliviar o prevenir el dolor al que pueden dar lugar, las posibles complicaciones de una masa que crece progresivamente, o incluso razones estéticas. Se ha observado que los más frecuentes son los schwannomas del vago y de la cadena cervical simpática.

El síndrome de Horner post-operatorio es la complicación más común presente tras la cirugía de estos tumores que por lo general, resulta permanente aunque se han visto casos con recuperación parcial al transcurrir el tiempo.

4.2.2.- Neurofibromatosis de Von Recklinghausen

Los neurofibromas también derivan de las células de Schwann. No suelen estar encapsulados, pueden ser múltiples y pueden formar parte de la neurofibromatosis de Von Recklinghausen (NVR). La NVR es una facomatosis o displasia ectodérmica congénita, autonómica dominante. Se caracteriza por presentar manchas cutáneas color “café con leche”, de bordes irregulares pero bien definidos. Se ven más en el tronco, y en especial en las axilas y en la pelvis. Estas manchas se pueden presentar en personas sin neurofibromas, pero en ese caso, el número de manchas es inferior a cinco y son menores de 15 mm. Los neurofibromas son redondeados o lobulados y muchas veces asintomáticos. Los que nacen en las raíces raquídeas comprimen la médula espinal y se extienden por los agujeros intervertebrales hacia el mediastino posterior.

Los pacientes con NVR tienen mayor riesgo de presentar meningiomas o gliomas. Además, es característica la aparición de neurinomas del VIII par bilateral en una forma de neurofibromatosis llamada central, que produce mayor afectación neurológica con escasa patología cutánea. Existen neurofibromas difusos o plexiformes que pueden crear grandes deformidades con crecimiento del hueso adyacente.

El tratamiento consiste en la extirpación de los tumores sintomáticos.

4.2.3.- Neuromas.

Son tumores infrecuentes, endoneurales, debidos a la proliferación benigna de tejido fibroso tras la sección de un nervio. Si asientan sobre un nervio sensitivo su palpación es dolorosa. Rara vez aparecen de forma espontánea. Clínicamente son pequeños nódulos del color de la piel normal. Cuando son múltiples en párpados, labios y lengua hay que buscar otros signos de neoplasia endocrina múltiple (MEN IIb) (hábito marfanoide, labios protuberantes, ganglioneuromas intestinales y carcinoma medular de tiroides. El tratamiento es quirúrgico.

4.3.- Tumores de tejido graso

Los lipomas son frecuentes en todo el organismo y también en el cuello. Pueden ser únicos o múltiples. Son masas blandas, asintomáticas, que se ven negras en la TC. Se extirpan por razones estéticas.

La enfermedad de Madelung o lipomatosis simétrica benigna se caracteriza por la presencia de múltiples lipomas no encapsulados, en cuello, hombros y nuca. Se relaciona con el alcoholismo y el trabajo con caucho y plásticos. El tratamiento quirúrgico tiene como objetivo conseguir una mejoría estética.

El liposarcoma es un tumor maligno muy infrecuente. Es radiosensible.

4.4.- Tumores ganglionares

4.4.1.- Linfomas

Los linfomas asientan frecuentemente en los ganglios cervicales, pudiendo afectarse también la mucosa del anillo de Waldeyer.

Linfoma Hodgkin.- Su causa es desconocida. Se da más frecuentemente en varones (3:1), entre los 20 – 50 años. La característica histológica fundamental son las células de Reed-Stenberg con citoplasma claro y nucléolos muy evidentes. Los síntomas generales como fiebre ondulante, astenia, pérdida de peso y sudoración nocturna, constituyen los llamados síntomas B, la afectación ganglionar cervical es muy frecuente. Las adenopatías duras,

desplazables y no dolorosas a la palpación se localizan en la cadena yugular o en la región supraclavicular, formando a veces auténticos conglomerados adenopáticos. Es frecuente que las adenopatías se hagan dolorosas tras la ingesta de alcohol (signo de Hosten).

El diagnóstico se basa en la PAAF, pero para establecer qué tipo de linfoma Hodgkin es (Esclerosis nodular, predominio linfocítico, depleción linfocítica o celularidad mixta), suele ser necesario realizar una cervicotomía para extraer, si es posible, un ganglio completo para estudiar su arquitectura.

El tratamiento mediante radioterapia (RT) o quimioterapia (QT) compete a los servicios de hematología y oncología.

Linfoma no Hodgkin.- De etiología también desconocida, estos linfomas se originan en los linfocitos B y se dan en mayores de 50 años. No suele haber síntomas generales. Se aprecian adenopatías cervicales y a veces masas submucosas cubiertas por mucosa lisa en cavum u orofaringe (Linfoma asociado a mucosa). También pueden afectarse glándulas salivares, hígado, bazo, esqueleto, piel, pulmón y glándula tiroides. Al diagnóstico se llega mediante PAAF y biopsia. El tratamiento se basa en la QT y la RT con peor pronóstico que los linfomas Hodgkin.

5.- Metástasis ganglionares

5.1.- Epidemiología

Aunque la expresión cáncer de cabeza y cuello incluye cantidad de tumores con diferente histología y localización, más del 90% son carcinomas epidermoides del epitelio de la vía aerodigestiva superior (especialmente, cavidad oral, orofaringe, hipofaringe y laringe supraglótica). Las metástasis ganglionares están presentes en aproximadamente el 40% de los pacientes con carcinoma epidermoide de cabeza y cuello en el momento del diagnóstico. Las metástasis ganglionares son el principal factor pronóstico en los pacientes con carcinoma epidermoide de la vía aerodigestiva superior. Considerando una determinada estadificación del tumor, la presencia de adenopatías metastásicas reduce el % de supervivientes a los 5 años, a la mitad. El riesgo de que se produzcan metástasis a distancia es bajo (1-2%), pero suelen darse en pacientes con afectación ganglionar.

Tumores incipientes en algunas localizaciones como la cuerda vocal, el paladar duro o los senos paranasales no suelen asociar afectación ganglionar, pero en general el tratamiento del cáncer de la vía aerodigestiva superior debe incluir el territorio ganglionar cervical, dado que ni la palpación clínica ni los estudios radiológicos alcanzan suficiente sensibilidad para detectar metástasis sólo evidenciables mediante estudio anatomopatológico.

El riesgo de que existan metástasis ganglionares en el cuello N0 clínico- radiológico, depende del sitio origen del tumor, el tamaño, la histología y el grosor del tumor primario. No obstante las regiones del cuello con mayor riesgo de afectación, siguen un patrón predecible en los pacientes no tratados previamente

Nivel I: Ggls submentonianos	Suelo de boca, lengua móvil porción anterior, reborde alveolar anterior, labio inferior.
Ggls submandibulares	Cavidad oral, porción anterior de la fosa nasal, tejidos blandos de la región medifacial, glándula submaxilar.
Nivel II: Ggls yugulares superiores	Cavidad oral, fosa nasal, nasofaringe, orofaringe, hipofaringe, laringe, glándula parótida.
Nivel III: Ggls yugulares medios	Cavidad oral, nasofaringe, orofaringe, hipofaringe, laringe
Nivel IV: Ggls yugulares bajos	Hipofaringe, laringe, esófago cervical.
Nivel V: Triángulo posterior	Nasofaringe, orofaringe
Nivel VI: Compartimento central	Glándula tiroides, laringe (glotis y subglotis), apex del seno piriforme, esófago cervical.
Nivel VII: Mediastínico superior	Glándula tiroides y esófago

5.2 Diagnóstico

El diagnóstico definitivo de la naturaleza y extensión de la afectación ganglionar es anatomopatológico. No obstante, la exploración clínica y los estudios de imagen, son los métodos que tenemos para aproximarnos al diagnóstico.

La palpación del cuello realizada de forma ordenada y sistemática completa la exploración del paciente que consulta por síntomas de la vía aerodigestiva superior (por ejemplo disfonía u odinofagia). Por otra parte a veces el motivo de consulta es la presencia de una tumoración cervical que puede ser una adenopatía. Debemos consignar en la historia clínica las características de la posible adenopatía/s como la localización, el tamaño, la consistencia, la movilidad, etc

Las adenopatías metastásicas suelen ser duras e indoloras. Pueden asentar en cualquier área del cuello, pero son más frecuentes en las áreas II y III. Evidentemente la palpación cervical se complementa con la exploración endoscópica en consulta que muchas veces pone de manifiesto el probable origen de la enfermedad. (por ejemplo un tumor del seno piriforme, o de la supraglotis, o de la amígdala, etc).

De las técnicas de imagen, ECO, TC (la más usada) y RM objetivan la dimensión de las adenopatías y sus relaciones anatómicas y pueden evidenciar adenopatías difíciles de

palpar por ser profundas o estar en pacientes de cuello grueso. Ganglios mayores de 1 cm, con áreas de necrosis o límites mal definidos sugieren metástasis. Métodos de imagen más modernos como la PET (tomografía por emisión de positrones) que utiliza un isótopo radiactivo (en general la Fluordesoxiglucosa) para evidenciar el aumento de actividad metabólica propio del cáncer y la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) pueden usarse para buscar un tumor primario y para buscar recidivas durante el seguimiento.

El diagnóstico de la naturaleza de la adenopatía suele hacerse mediante PAAF que puede realizarse con control ecográfico. Si se va a hacer TC, debe hacerse antes de hacer la PAAF, para que la posible inflamación asociada al procedimiento no interfiera la interpretación de la TC.

No debe hacerse biopsia de la adenopatía aislada sino en el contexto de un vaciamiento ganglionar cervical reglado, dado que de esta manera los resultados oncológicos son mejores y las complicaciones post cirugía menores.

5.3 Tratamiento

El tratamiento de las metástasis cervicales debe considerarse siempre en el contexto general del tratamiento del tumor primitivo. En general, los casos diagnosticados precozmente, pueden resolverse mediante cirugía o RT con buen pronóstico. La elección de tratamiento depende entre otras cosas, del estado general del paciente, su opinión y necesidades, del precio funcional o estético que puede suponer la cirugía, la perspectiva de rescate terapéutico en caso de no responder al tratamiento inicial, etc.

En los estadios T1N0, no suele ser necesario tratar el territorio ganglionar cervical. En los casos T2N0 clínico-radiológico, la cirugía no suele ser mutilante y solemos optar por tratar quirúrgicamente el tumor y el territorio ganglionar, dado que en aproximadamente el 20 % de los casos, el N0 clínico-radiológico esconde metástasis ganglionares que evidencia el estudio anatomopatológico.

Aunque hay excepciones, los ST avanzados III y IV (tumores T3, T4 y/o N+) suelen requerir más de una modalidad terapéutica y tienen peor pronóstico. Igual que en los estadios iniciales, la elección del tratamiento está condicionada por variables del tumor y del paciente.

Cuando podemos extirpar el tumor minimizando las alteraciones funcionales mediante técnicas conservadoras y reconstructivas (por ejemplo laringectomías parciales), el tratamiento quirúrgico incluirá el territorio ganglionar cervical.

Es muy frecuente que en estos estadios avanzados el pronóstico mejore aplicando RT postquirúrgica, que está indicada cuando el estudio anatomopatológico revela afectación de

un ganglio mayor de 3 cm (N2a, si no es mayor de 6 cm). La afectación de más de un ganglio linfático (N2b, N2c, salvo que mida más de 6 cm que sería N3), y afectación de las cápsulas ganglionares (cuanto mayor es la adenopatía mayor es el riesgo de que la cápsula esté afectada) también requiere completar el tratamiento oncológico mediante RT postquirúrgica. Si han podido ser extirpadas adenopatías de más de 6 cm el tratamiento postquirúrgico suele combinar QT y RT.

Cuando inicialmente se prevé que el tratamiento quirúrgico será mutilante e implicará un precio funcional considerable (estas consideraciones pueden variar en función de la edad, profesión, estado general del paciente, etc), podemos optar por un tratamiento inicial con QT o QT y RT concomitante. En función de la respuesta aplicaremos tratamiento quirúrgico después.

Cuando el paciente ha empezado tratamiento con QT-RT con estadio regional avanzado (N2-N3), se recomienda realizar después tratamiento quirúrgico del cuello aunque se haya conseguido respuesta completa, si bien una alternativa es realizar PET tres meses después de concluir el tratamiento y operar solo los casos positivos, dado que la cirugía post QT-RT tiene más morbilidad.

A veces se hace tratamiento solo paliativo cuando la enfermedad está muy avanzada, concurre patología severa o el paciente presenta patología neoplásica maligna en otras localizaciones. Tras realizar el tratamiento quirúrgico del cuello, el estudio anatomopatológico de la pieza puede llevar a una re-estadificación del caso.

La clasificación TNM exige que al menos se estudien 6 ganglios del vaciamiento selectivo y al menos 10 ganglios del vaciamiento radical para poder estadificar el N. En caso contrario lo correcto es estadificarlo anatomopatológicamente como Nx anatomopatológico.

En definitiva las armas terapéuticas: cirugía, RT y QT pueden utilizarse en orden y combinaciones variables y muchas veces las propuestas de tratamiento se establecen en comité de tumores (otorrinolaringología, oncología, radiología, anatomopatología,...)