

TUMORES LATEROCERVICALES

por los Dres.

COSME GAY ESCODA * y AGUSTIN SALAVERT GIRONA **

BARCELONA

Clasificamos como tumor laterocervical a todo tipo de tumoración situada en la región lateral del cuello, limitada por el borde inferior de la mandíbula por arriba, borde externo de los músculos supra e infrahioides por delante, borde anterior del trapecio por detrás y de la clavícula por abajo (Fig. n.º 1).

Debemos recordar las importantes estructuras anatómicas situadas en esta región:

- plano cutáneo, subcutáneo
 - plano muscular
 - plano venoso
 - plano arterial
- } cadenas ganglionares

Excluimos en nuestro estudio todo tipo de patología dependiente de las glándulas salivales mayores y menores. Aunque en algunos casos produce tumoraciones en la zona lateral del cuello.

CLASIFICACION

1 — Tumefacciones de los tejidos cervicales propios:

A) Linfáticos cervicales:

- adenitis agudas, crónicas, específicas, inespecíficas (tuberculosis) (sarcoidosis)
 - bacterianas, víricas, parasitarias
- adenopatías neoplásicas:
 - linfomas, Hogkin, linfosarcoma
 - metastásicas (carcinomas, melanomas, etc.)

(*) Servicio de Cirugía Máxilofacial. Ciudad Sanitaria Francisco Franco. Barcelona.

(**) Servicio de Cirugía Máxilofacial. Ciudad Sanitaria Príncipes de España. Barcelona.

- B) Tumoraciones del tejido celular subcutáneo y de sostén:
 Son generalmente benignas.
 — Lipomas.
 — Tumores musculares
 Rabdomiosarcoma
 (Fibromatosis cervical músculo
 aponeurótica).
 — Abscesos y celulitis cervicales.
- C) Tumores de origen nervioso:
 Son generalmente benignos.
 — tumores de las vainas de Schwan: Schwanomas.
 — tumores neuronales: neuroblastomas.
 — neurofibromas.
 — neurinomas.
 — tumores del corpúsculo o glomus carotídeo. Paragangliomas o
 Quemodectomas.
 Son generalmente benignos, pero muy invasivos y muy vasculari-
 zados.
2. — *Tumefacciones de origen vestigial. Embriomas o Hemartomas:*
- linfangioma quístico (higroma quístico).
 - hemangioma.
 - quistes cervicales laterales:
 - quistes branquiales (quiste de la hendidura branquial o quiste linfoepitelial cervical lateral).
 - fístulas de la hendidura branquial, fístulas congénitas laterales del cuello.
3. — *Tumefacciones diversas:*
- divertículos faringo-esofágicos.
 - otras tumoraciones.

ETIOPATOGENIA

Dentro del capítulo de las tumoraciones láterocervicales remarcaremos solamente sobre la etiopatogenia de los quistes branquiales.

Clásicamente se viene diciendo que durante el curso de la segmentación embrionaria en hendiduras y arcos branquiales, el segundo arco branquial emite una prolongación caudal exuberante llamada opérculo, que recubre los arcos tercero y cuarto. Entre el opérculo y los arcos branquiales subyacentes se forma una cavidad llamada seno cervical, que normalmente se oblitera. Ahora bien, en determinadas circunstancias

puede persistir en la zona de este seno una cavidad virtual, que en la vida extrauterina, puede dar lugar al desarrollo de una cavidad quística denominada quiste branquial (Fig. n.º 2).

Otros autores (KARLAN, HENZEL, BHASKAR, BERNIER, etc.) creen que estos quistes se originan en el interior de ganglios linfáticos, por desarrollo quístico de inclusiones epiteliales o de glándulas salivales. Así, según estos autores los quistes branquiales serían los quistes linfoepiteliales cervicales laterales. Además existen quistes linfoepiteliales dentro del tejido linfático intraparotídeo, en el suelo de la boca, debajo de la lengua o en la faringe bucal.

En favor de esta etiopatogenia linfoepitelial de los quistes branquiales tenemos su localización anatómica, ya que generalmente están superficialmente, cerca del ángulo mandibular, cubiertos solamente por el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y generalmente están sobre la vaina carotídea, raramente están más profundos que la carótida. Si tuvieran un origen branquial estos quistes estarían por debajo de los derivados del arco hioideo (debajo del ligamento estilo-hioideo, la arteria carótica externa y el músculo estilohioideo y más profundos que el nervio hipogloso).

CLINICA Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Existen una serie de signos y síntomas muy semejantes para tumores tan diferentes por su naturaleza y pronóstico, lo cual indica las dificultades que tendremos para establecer un buen diagnóstico diferencial. Se han de tener en cuenta los siguientes puntos:

1. — Anamnesis y antecedentes. Edad y sexo.
2. — Examen clínico.
 - forma, situación, número, tamaño, dureza, adherencia y movilidad, si pulsa, límites precisos o no, auscultación, si hay signos inflamatorios, si flúctua, etc.
3. — Evolución:
 - rápida, lenta, a brotes, continua, etc.
4. — Examen general y regional:
 - de gran interés en metástasis ganglionares y enfermedades ganglionares sistémicas.
5. — Exámenes complementarios:
 - Laboratorio: pruebas hemáticas, bioquímicas
pruebas específicas.
 - T.A.C. (Tomografía axial computorizada), que nos es útil tanto para buscar posibles lesiones neoplásicas primarias, como para estudiar el alcance de una invasión neoplásica de los ganglios linfáticos cervicales.
 - Radiología: arteriografías.
 - Gammagrafía: linfografía isotópica.
 - Endoscopia, etc.

6. — Punción y examen bacteriológico y citológico. La punción puede estar indicada en adenopatías fluctuantes. No obstante es de poca seguridad diagnóstica sino contamos con la colaboración de un buen citólogo.

7. — Biopsia. De importancia fundamental, puede tener una doble finalidad:

- Biopsia confirmativa de un diagnóstico de presunción (Ej.: biopsia que se practica a un paciente del que se sospecha un linfoma).
- Biopsia exploradora. En este caso no tenemos previamente una orientación clara en cuanto a la etiología de la tumoración.

Una vez decidida la biopsia, que en principio será siempre exéresis-biopsia, el cirujano debe prepararse igual que lo haría para una verdadera intervención quirúrgica, de tal forma, que si la tumoración que va a encontrar lo requiere pueda realizarse una biopsia preoperatoria, y si ésta lo indica, esté en condiciones de proceder a un tratamiento quirúrgico incluso radical, en el mismo acto operatorio.

Descartado el tratamiento radical, la exéresis-biopsia será:

- Parcial: Si la tumoración es grande o hay compromiso de estructuras importantes. No debe hacerse nunca si estamos ante una adenopatía neoplásica.
- Total: Si el campo lo permite. Si vemos por ejemplo que existen varias adenopatías (linfoma, tuberculosis, etc.) se procederá a la exéresis de las más grandes y profundas que encontremos. Es importante realizar también, si es posible, la exéresis del ganglio subdigástrico.

Cuando sospechemos que estamos ante una adenopatía neoplásica, debe hacerse biopsia preoperatoria, si el resultado de ésta es por ejemplo de metástasis de carcinoma epidermoide, debemos de dar por entendido que la lesión primaria no es evidente y nos encontramos ante un caso de lesión primaria desconocida (lesión microscópica que no podemos detectar), aunque algunos autores hablan de «Carcinoma metastásico primario».

Si la lesión primaria es conocida debe hacerse tratamiento quirúrgico radical tanto de la lesión primaria como de las metástasis cervicales; en los casos de lesión primaria no evidente, se realizará tratamiento quirúrgico radical de los ganglios metastásicos del cuello, en el mismo acto operatorio en que se ha realizado la biopsia preoperatoria que confirmó el diagnóstico. Debemos recordar la importancia de ser correcta la biopsia preoperatoria pues ella inducirá a una radicalidad que podría no ser correcta. De todos es conocido la dificultad que existe de hacer un correcto diagnóstico en las preparaciones histológicas preoperatorias, pero si contamos con un buen equipo de anatomopatólogos este riesgo puede reducirse al mínimo y hacerlas fiables casi al 100 por cien.

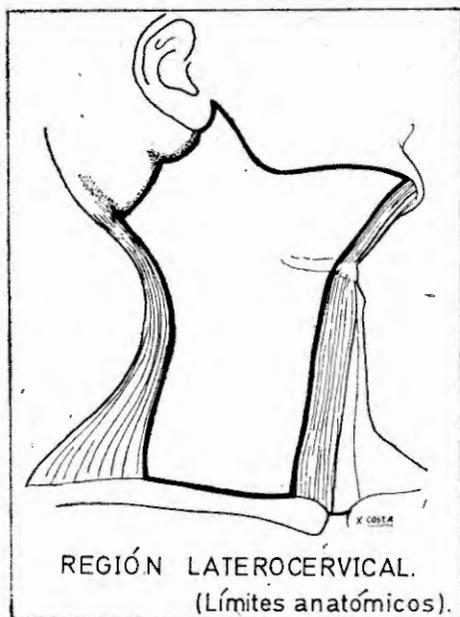


Fig. 1

Límites anatómicos de la región látero-cervical.

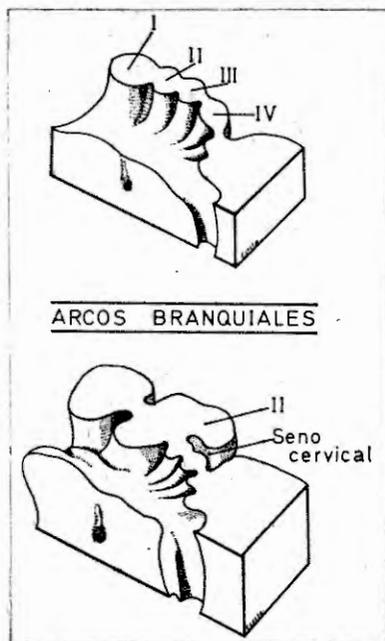


Fig. 2

Arcos branquiales (embriología).



Fig. 3

Lipoma de la región cervical (caso 100).

Es pues de sumo interés insistir en la necesidad de no realizar biopsia de adenopatías neoplásicas metastásicas tanto si la lesión primaria es evidente o no, puesto que sino realizamos lo que muchos autores llaman la «Biopsia Asesina», puesto que con este tipo de intervención lo que realizamos es una siembra neoplásica.

CASUISTICA

Tumores láterocervicales: 593 casos

1. — Tumefacciones de tejidos cervicales propios: 511 casos

a. — Linfáticos cervicales: 235 casos

— adenitis mononucleótica	7
— adenitis aguda inespecífica	94
— adenitis tuberculosa	32
— adenitis sarcoidótica	4
— linfomas	18
— adenopatías metastásicas	80
• con lesión primaria evidente	60
• sin evidencia de lesión primaria	15

b. — Tumorações del tejido celular subcutáneo y de sostén: 265 casos.

— lipomas	557
— abscesos y celulitis cervicales	207
— fibromatosis cervical musculoaponeurótico	1

c. — Tumorações de origen nervioso: 11 casos

— tumores nerviosos	7
— tumores del glomus carotídeo	4

2. — Tumefacciones de origen vestigial: 73 casos

— linfangioma quístico	10
— hemangioma	12
— quistes branquiales	45
— fístulas congénitas laterales	6

3. — Tumefacciones diversas: 9 casos

— divertículos faringoesofágicos	1
— otras tumoraciones	8



Fig. 4
 Quemodectoma. Arteriografía en la que se evidencia la separación producida por el tumor en la bifurcación carotídea (caso 121).



Fig. 5
 Quiste branquial (caso 809).

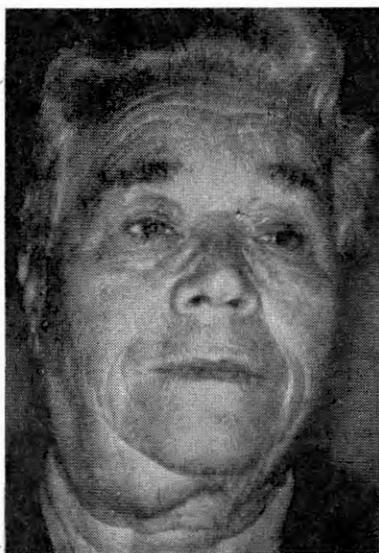


Fig. 6
 Adenopatía tuberculosa cervical. Heteroconsistente (caso 4.002).

CONCLUSIONES

Ante una tumoración láterocervical precisamos en primer lugar:

- anamnesis y exploración cuidadosa local y general
- analítica general
- radiología (tórax, ortopantomografía, cráneo.)

Después de estas exploraciones nos es posible en la mayoría de los casos el precisar si la tumoración en estudio es:

- una adenopatía
- otras tumoraciones no linfáticas.

Incluso nos es posible ver si estas adenopatías son:

- inflamatorias
- metastásicas.

Es primordial diagnosticar rápida y correctamente tres tipos de cuadros:

1. — Tuberculosis
2. — Linfoma
3. — Adenopatías metastásicas.

1. — *Tuberculosis.* —

Las adenopatías tuberculosas cervicales se consideran por la mayoría de autores como secundarias, es decir, son producto de diseminación del foco pulmonar (lesión pulmonar y adenopatía hiliar o mediastínica). Es decir, consideramos la adenopatía tuberculosa cervical como producto de una diseminación, equiparándose a la tuberculosis renal, aneural, etc. No obstante, otros autores consideran posible la tuberculosis primaria en los ganglios linfáticos cervicales.

La forma clínica que más frecuentemente se presenta, es una adenopatía dura y consistente, convirtiéndose a veces en fluctuante por acúmulo de caseum en su interior. Clásicamente se describen las adenopatías tuberculosas como heteroconsistentes, pero este hecho no es tan frecuente como se creía antes. Normalmente la adenopatía tuberculosa no se desplaza ni se moviliza con la deglución y la piel que cubre la zona muchas veces no presenta los clásicos signos inflamatorios a excepción del dolor, que se manifiesta en ocasiones.

Si la adenopatía es fluctuante nos será útil la punción y posterior examen bacteriológico y citológico. Es preciso recordar que el B.K. no está en el caseum sino en la periferia del ganglio.

Con el líquido extraído por punción podemos realizar las siguientes pruebas:

- Tinción del Ziehl-Neelsen. Puede realizarse incluso de urgencias y en 2 horas se visualiza el B.K. Las micobacterias atípicas no se ven en este tipo de tinción, pero sí en cultivos.
- Cultivo de Lowenstein. Tarda un mes en conocerse el resultado, pero hasta los 2 ó 3 meses no lo consideramos negativo. Lo ideal



Fig. 7

Adenopatía tuberculosa cervical. Fluctuante (caso 416).



Fig. 8

Linfoma (caso 179).

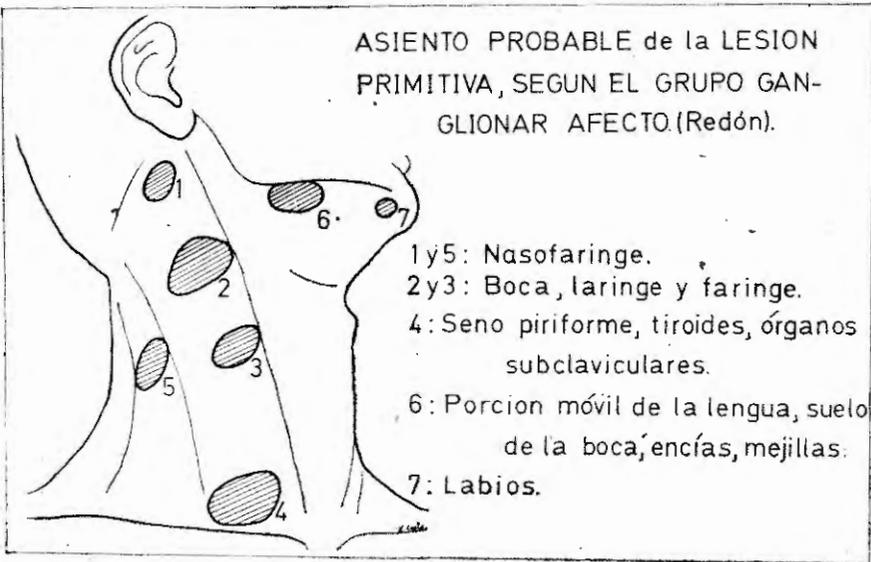


Fig. 9

Esquema del asiento probable de la lesión primitiva según el grupo ganglionar afecto (Redón).

sería hacer además antibiograma, pero sus resultados raras veces son fiables.

- Inoculación al cobaya. Se usa cuando la baciloscopia es negativa en el examen directo del esputo, sedimento gástrico o líquido de lavado bronquial. Actualmente ha perdido interés.
- Inmunofluorescencia. Permite visualizar los bacilos cuando son escasos.

Si estamos frente a una adenopatía tuberculosa dura y consistente, será preciso en muchos casos la terapéutica intervencionista, es decir, precisamos de la biopsia quirúrgica.

En este apartado podemos completar la analítica con pruebas específicas: Prueba de la tuberculina.

- Un mantoux es sugerente.
- Un mantoux negativo no descarta la etiología tuberculosa.

La prueba de la tuberculina, pues, no tiene valor diagnóstico, ni siquiera pronóstico en adultos. No obstante en niños menores de 5 años, esta prueba tiene valor, y su negatividad excluye la naturaleza fímica ante un cuadro sospechoso. Es importante también realizar examen de los esputos, que aunque suele ser negativo, en otros casos puede evitar el realizar la biopsia de la adenopatía cervical.

Normalmente confirmada por histología la tuberculosis cervical, el tratamiento es médico, aunque este tipo de tuberculosis es el más resistente al tratamiento. Si estas adenopatías producen fístulas o abscesos repetidos con importantes problemas locales, podemos indicar la inyección local por el trayecto fistuloso de rifocina o incluso puede indicarse la exéresis quirúrgica (vaciamiento ganglionar funcional). El tratamiento quirúrgico de la tuberculosis cervical (que se acompaña siempre del farmacológico) se aplica más frecuentemente en niños.

En algunos casos nos es problemático diferenciar una adenopatía tuberculosa de las sarcoidóticas, aunque en este segundo caso veremos otras localizaciones ganglionares, hepatomegalia, etc. y en todo caso la biopsia nos confirmará el diagnóstico. Debemos tener en cuenta también que las adenopatías diagnosticadas de adenitis granulomatosa caseificante, en nuestro medio se interpreta como si fuera tuberculosa, aunque este diagnóstico histológico ya nos indica que no se encontró el bacilo de Koch. En otros medios en que fueran frecuentes las micosis, se podrían sospechar otros cuadros como histoplasmosis (E.E.U.U.), etc.

2. — *Linfoma.* —

Los linfomas pueden diagnosticarse en algunos casos por su cuadro general: fiebre, anorexia, astenia, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia, etc. Es importante si sospechamos un linfoma buscar otras localizaciones (adenopatías) aunque en muchos casos vemos sólo una adenopatía látero-cervical, por ejemplo en linfomas primarios de amígdala.

El diagnóstico definitivo es histológico. Recordando que es de interés si hay más de una adenopatía, realizar la exéresis de todas las

posibles, pues en muchos casos la lesión es tan avanzada que la estructura ganglionar está muy destruida y es irreconocible; por ello precisamos el mayor número de material para el examen anatomopatológico.

3. — *Adenopatías metastásicas.* —

En las adenopatías neoplásicas metastásicas debemos en primer lugar buscar posibles localizaciones de la lesión primaria, según las diferentes situaciones de las adenopatías. Debemos realizar un perfecto examen de fosas nasales, lengua, boca y mesofaringe, laringe, hipofaringe por medio de visión indirecta y otoscopia bilateral, etc. (Fig. 10).

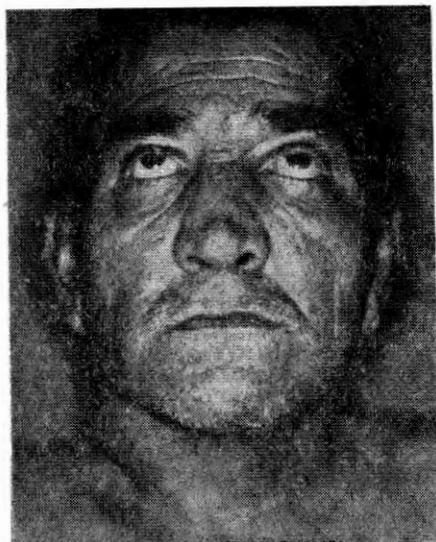


Fig. 10

Adenopatía metastásica de neoplasia gástrica (caso 207).



Fig. 11

Adenopatía metastásica con lesión primaria no evidente (caso 702).

En muchos casos, sobre todo en adenopatías supraclaviculares, debemos utilizar exámenes pulmonares y torácicos e incluso abdominales (estudiando posibles primarios en zona gástrica, renal, colon, ovárica, pulmonar-tumor de PANCOAST, etc.), e incluso podemos indicar la realización de tránsitos, enemas, etc. Si se sospecha posible etiología tiroidea, realizar gammagrafía y estudio hormonal tiroideo completo.

A pesar de nuestras exploraciones, en algunos casos no encontramos la lesión primaria. Estos casos se explican porque la lesión neoplásica primaria es microscópica o no podemos detectarla con nuestros medios diagnósticos. Dudamos que existan los carcinomas metastásicos primarios, concepto que preconizan algunos autores.

Otras consideraciones a tener en cuenta son:

— En las adenopatías agudas inespecíficas encontramos siempre su etiología en la región oral y maxilar, siendo frecuentemente procesos amigdalares, dentarios, etc.

— En caso de encontrar tumoraciones que pulsán y que a la auscultación presentan thrill, es importante realizar arteriografía selectiva, para descartar tumoraciones de glomus carotídeo (quemodectomas).

Finalmente destacar que en nuestra casuística la mayoría de tumoraciones láterocervicales son originadas por tumefacciones de los tejidos cervicales propios, destacando de ellas las producidas por patología de los linfáticos cervicales.

En todos los casos estudiados es importante destacar que aunque lo indicado nos ayuda en muchos casos a esclarecer el diagnóstico, es también cierto que muchas veces la única prueba que nos da un diagnóstico cierto es el realizar una exéresis-biopsia, que como ya hemos dicho, debe realizarse como una verdadera intervención y con amplia vía de acceso, nunca como una «chapuza», dada la importancia de las estructuras anatómicas cervicales.

BIBLIOGRAFIA

- R. RANKOW, M. WOLFF. — Carcinoma kystique Branchial. (4 th Congres EAMFS.)
- BATSAKIS, J. G. — Tumors of the Head and Neck (Ed. Williams-Welkins/Baltimore).
- LUCAS, R. B. — Pathology of tumours of the Oral Tissues (Churchill-Livingtone).
- WORTHINGTON, P. — The Benign Lymphoepithelial lesion of the salivary glands (North Wales Hospital Journal of Maxillofacial Surgery. 1977).
- BHASKAR, S. N. — Patología Bucal — El ateneo.
- HORCH, H. — Malignant Tumours in the maxillo-facial region (Journal of Maxillo-facial Surgery 1976).
- BARBOSA, J. F. — Surgical Treatment of Head and Neck Tumours. (Grune-Stratton. New York).
- THOMA. — Patología Oral (Ed. Salvat). — Malattie infective del Capo o del Collo. (O. R. L. Clinica — Roma).
- CACHIN, Y. — Problems of clinical staging and possibilities of univocal clasification of head and neck Tumours. (XIX Postgraduate Course on Clinical Oncology. National Center Institute. — Milan).
- MOLINARI, R. y CLIFFORD, P. — Multidisciplinary approach ni head and neck Cancer. (XIX Postgraduate Course on Clinical Oncology. National Center Institute. Milan).
- RIBAS MUNDO. — Tumoraciones cervicales de origen hemático y sistémico. X Curso internacional de novedades médico-quirúrgicas en O. R. L.
- GUERRIER, Y. — Diagnóstico de una adenopatía cervical única. X Curso internacional de novedades médico-quirúrgicas en O. R. L. Barcelona.
- RANKOW, R. — Surgery of the face, mouth and neck. Ed. Sanders.
- PAPAZOGLU, J. M. — Tumefactions benignes cervicales chroniques de l'adulte. 4th Congress EAMFS.
- GERBEAUX, J. — Adenopatías cervicales tuberculosas. X Curso internacional de novedades médico-quirúrgicas en O. R. L.
- ROBBINS, S. L. — Patología estructural y funcional. Ed. Interamericana.
- GAY ESCODA, C. y SALAVERT, A. — Tumoraciones de la región lateral del cuello. V Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial y I Congreso Iberoamericano. Sevilla.
- DOMINGUEZ, J. R. — GAY ESCODA, C. — Tuberculosis cervical. IX Simposium Internacional de la Sociedad Española de Cirujanos de Cabeza y Cuello. Barcelona.