

Evaluación y manejo del paciente con un nódulo o masa cervical.

Dra. Verónica Chávez Paspuel ***, Dr. Carlos Torres Freire **, Dr. Ramiro Hidalgo Rojas*.

* Cirujano Oncólogo. Jefe de Docencia Hospital -SOLCA - Quito-.

** Cirujano Oncólogo. Médico Tratante Unidad de Cirugía de Cabeza y Cuello Hospital -SOLCA- Quito-.

*** Médico Postgradista R3 Cirugía Oncológica Hospital -SOLCA - Quito-.

ABSTRACTO

Los nódulos o masas cervicales pueden deberse a un sinnúmero de trastornos, cuya patogenia puede ser benigna o maligna, congénita o adquirida.

El diagnóstico puede ser fácil, o, contrariamente plantear un dilema desconcertante. De ahí que, el médico para llegar a un juicio correcto de una manera rápida y eficiente, debe hacer uso de una historia clínica cuidadosa y la ayuda de pruebas de laboratorio e imagen bien seleccionadas. En este artículo se trazan los pasos diagnósticos lógicos que se deben seguir en un paciente que presenta masa cervical.

Palabras claves: Masa, nódulo, linfonodo cervical.

ABSTRACT

Cervical masses bulge can be due to multiple causes whose etiology can be benign or malignant, congenital or acquired.

The diagnosis can be easy, or, an disconcerting dilemma. For that reason, the doctor must use a careful clinical history, laboratory tests and image. In this article logical diagnoses steps to follow in a patient who displays cervical mass are shown.

Key words: mass, nodule, cervical lymph node

Aspectos Generales.

El nódulo cervical constituye un importante motivo de consulta en patología de la cabeza y el cuello.

Estos bultos cervicales ocurren en localizaciones específicas predecibles si se consideran ciertos aspectos clínicos, uno de los más importantes es la edad (1). Las masas cervicales pueden deberse a un sin número de causas, incluyendo afecciones congénitas, infecciosas o neoplásicas Tabla N° 1.

Abordaje diagnóstico.

Se deben considerar varios aspectos en la historia de los pacientes afectos como son la edad, la ubicación y la naturaleza de la masa cervical.

El diagnóstico diferencial se puede apoyar en ciertas características que crean un perfil del paciente y llevan a una

investigación semiológica dirigida hacia un objetivo que es optimizar los recursos.

Existen tres grupos de edad:

- Pediátrico (menor de 15 años)
- Adulto joven (entre 16 y 40 años)
- Adulto mayor (de 40 ó más años) (1).

Así, en infantes y en niños las masas cervicales suelen corresponder a anomalías en el cierre de los arcos branquiales, quistes tiroglosos, hemangiomas, linfangiomas o linfadenopatías de carácter benigno.

Muy pocas lesiones malignas están presentes al nacimiento, como son los rhabdomyosarcomas de las vías nasales y de las órbitas o los neuroblastomas ocasionales; las lesiones cancerosas generalmente aparecen en una etapa ulterior de la niñez o la adolescencia (3).

Un ganglio cervical importante en adolescentes o adultos jóvenes, acompañado de malestar general y faringitis, puede significar una mononucleosis infecciosa. En este mismo grupo, masas únicas, grandes, inflamadas y anterolaterales que suceden después de infecciones respiratorias altas, generalmente, sugieren quistes branquiales; al contrario, masas múltiples de

Correspondencias y Separatas:

Dr. Ramiro Hidalgo Rojas
Hospital Oncológico Solón Espinoza
Avda. Eloy Alfaro y Los Pinos
Quito - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer



consistencia de un caucho, acompañadas de fiebre, malestar y diaforesis nocturna indican un linfoma (4).

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de bultos cervicales (2).

Inflamatorios	Angina de Ludwig Absceso parafaríngeo Mononucleosis infecciosa Ganglio inflamado o absceso Sarcoide de Boeck	Tuberculosis Actinomicosis Sífilis Lepra
Bulto benigno superficial	Quiste sebáceo Lipoma Fibroma	
Congénitos	Hemangioma Higroma quístico Quiste de hendidura branquial Quiste del conducto tirogloso Laringocele Teratoma	
Neoplásicos Benignos	Ameloblastoma Tumor neurógeno Paraganglioma	
Malignos	Carcinoma broncogénico Carcinoma de un resto del conducto tirogloso Sarcomas Leucemia Linfoma Neoplasia maligna de glándulas salivales Neoplasia metastática Paraganglioma maligno	
Varios	Enfermedades de glándulas salivales Enfermedades de tiroides y paratiroides Divertículo esofágico	

Fuente: Referencia 2

En los adultos las causas más comunes suelen ser cáncer metastático. La regla de los 80 resume lo siguiente: "una masa no tiroidea en el cuello es una neoplasia en un 80 %, de éstas el 80 % son malignas, de éstas el 80 % son metastáticas, y el 80 % de los primarios están localizados sobre las clavículas" (5). La investigación debe comenzar con una anamnesis completa y después pasar al examen físico.

Aspectos demográficos como raza blanca, tez clara y pelo rubio, caracterizan al melanoma y a los carcinomas escamocelulares

(CSSC) de la piel, que pueden dar metástasis a los ganglios cervicales (6).

Se debe recabar antecedentes de traumatismos, radiación, cirugía reciente o antigua en el cuello, patología dentaria, enfermedades neoplásicas de herencia familiar, hábitos personales como alcoholismo, tabaquismo y el consumo de cierto tipo de alimentos sin olvidar el consumo de drogas y prácticas de riesgos sexuales (1,7).

La evolución del nódulo caracteriza a ciertas enfermedades. La aparición brusca de un nódulo cervical acompañado de un proceso infeccioso común del aparato respiratorio alto o infección periodontal hace suponer que se trata de una adenopatía secundaria a este cuadro, esta toma horas o días para desarrollarse y se asocia con dolor, enrojecimiento, calor local y fiebre. Si ha habido contacto con gatos puede sospecharse la enfermedad del "arañazo de gato". Un nódulo cervical con signos inflamatorios de larga data, persistente y fistulizado a la piel, hace pensar en una infección crónica como la tuberculosis.

Grandes nódulos asintomáticos que se originan desde la niñez orientan hacia entidades como higromas quísticos, hemangiomas cavernosos y quistes branquiales o del conducto tirogloso. Los quistes congénitos que se infectan pueden haber aumentado de tamaño en ocasiones anteriores y haber cedido con la administración de antibióticos (3).

La infección de glándulas submandibulares a menudo va y viene, se exagera con la comida y a veces produce mal sabor en la boca cuando la glándula se drena y se descomprime (8).

El CSSC metastático del tracto aero-digestivo superior a menudo se manifiesta en pacientes con historia de hábito de fumar prolongado y consumo de alcohol; puede acompañarse de síntomas originados del tumor primario como: odinofagia, disfagia, otalgia, disnea, cambios en la voz y pérdida de peso; los enfermos con metástasis de tumores provenientes de otros sitios distantes refieren síntomas atribuibles al tumor primario como: tos, hemoptisis, dolor abdominal, sangrado digestivo, sangrado genital anormal o dificultad en la micción. Las neoplasias de las glándulas salivales usualmente no duelen y crecen lentamente; sin embargo, las de alto grado de malignidad suelen hacerlo muy rápido. Las que se localizan en la glándula parótida y submandibular logran afectar al nervio facial o una de sus ramas. Otros tumores como los schwannomas, paragangliomas y quistes dermoides, crecen lentamente y dan pocos síntomas, diagnosticándose por casualidad ya sea por el médico o por el paciente (4).

La evaluación de una masa cervical mediante el examen físico significa establecer: la localización, el tamaño, la forma, cambios en el color de la piel, movilidad, ausencia o presencia de dolor, consistencia y asociación con la deglución, como también, relación con las estructuras vecinas y la auscultación.

La localización del tumor en estudio topográficamente orienta hacia un órgano comprometido, por ejemplo: el higroma quístico comúnmente lo hace en el triángulo posterior del cuello; los



quistes branquiales se sitúan a nivel de la bifurcación de la arteria carótida y las masas no tiroideas de la línea media son más frecuentemente congénitas que neoplásicas; entre ellas la más común es el quiste del conducto tirogloso (3).

El dominio de la anatomía del drenaje linfático y la relación con los diferentes órganos de la cabeza y el cuello es de suma importancia (Tabla N° 2, Figura 1).

El típico paciente cuyo ganglio tiene alta probabilidad de ser benigno muestra las siguientes características: mujer menor de 20 años que no fuma ni bebe, con ganglios blandos, ovoides, dolorosos, múltiples y menores de 1,5 cm; distribuidos casi simétricamente en ambos lados del cuello y sin agrandamiento perceptible al cabo de semanas o meses. Opuestamente, el paciente cuyo ganglio posee alta probabilidad de ser maligno tiene estas características: varón, mayor de 55 años, fumador y bebedor, con un ganglio duro, de 2 cm o más de diámetro, indoloro, de corto tiempo de evolución y correspondiente a los niveles entre II y V (6).

Los ganglios crecidos de los niveles I A suelen ser benignos, mientras que, los del nivel IV en su mayoría son malignos (6,9). Frente a una linfadenopatía del cuello que sugiera malignidad, el examen físico debe extenderse minuciosamente a la exploración de la piel de la cabeza y el cuello, conducto auditivo externo, cavidad oral, orofaringe, hipofaringe y laringe mediante endoscopias indirectas correspondientes. La base de la lengua, seno piriforme, amígdala son los sitios frecuentes de carcinomas ocultos (7).

Tabla N° 2.

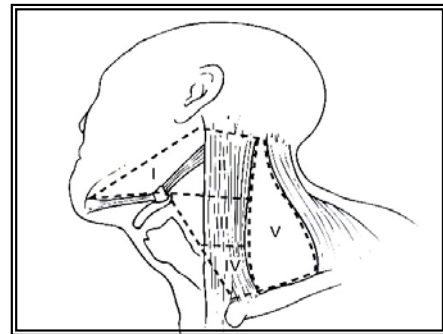
Patrón de drenaje de los ganglios linfáticos cervicales.

GANGLIO LINFÁTICO	SITIO PRIMARIO
Nivel I	Labio, piel de la cara, cavidad oral.
Nivel II	Cavidad oral, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe, laringe.
Nivel III	Tiroides, cavidad oral, orofaringe, hipofaringe, laringe.
Nivel IV	Orofaringe, hipofaringe, laringe, tiroides, esófago cervical.
Nivel V	Piel cabelluda posterior, nasofaringe, tiroides, pulmón, tracto G.I., mama, tracto G.U.

Fuente: Referencia 2.

(G.I.: Gastrointestinal, G.U.: Genitourinario)

Fig. 1. Niveles ganglionares cervicales.



Fuente: Referencia 11

Otros órganos que no deben ser excluidos del examen constituyen las glándulas salivales mayores y la tiroides (7, 10, 1).

Para que la palpación sea más eficaz, debe realizarse con la musculatura cervical lo más relajada posible, en un principio por delante del enfermo y luego por detrás. El examen se complementa, especialmente en aquellos con nódulos de los niveles IV ó V con el tórax, abdomen, pelvis y extremidades, así como, la inspección de otras cadenas ganglionares linfáticas -axilares e inguinales. No está por demás insistir en el examen pélvico bimanual y rectal en mujeres y varones (7).

La biopsia precoz de todo bulto en el cuello debe ser condenada. Si la masa extirpada resulta ser un ganglio linfático benigno, probablemente no traerá graves consecuencias, no obstante, si se trata de una metástasis, no cabe duda que la biopsia fue inoportuna. Esta práctica muchas veces se hace con una incisión mal ubicada, con derrame de células tumorales, que trae como consecuencias permeación de la piel, riesgo de infección de la herida, que entorpecen y retrasan el tratamiento definitivo (6,7). Asimismo, la biopsia incisional al parecer trae mayor morbilidad que una escisional o la que se hace simultáneamente con una disección de cuello (7). Como norma: "se debe diagnosticar un cáncer sobre la base del tumor primario y no por su ganglio metastático. "Es fundamental conocer toda la extensión de un proceso maligno antes de emprender el tratamiento definitivo. Una biopsia ganglionar sólo se justificaría si la neoplasia primaria no se descubre a pesar de una búsqueda exhaustiva" (6, 11).

Exámenes complementarios.

Existen diversos exámenes y procedimientos de apoyo clínico que ayudan en el diagnóstico de un nódulo cervical. Estos pueden ser: estudios de laboratorio, radiológicos, de medicina nuclear, otros invasivos (aspiración, drenajes y biopsias por punción o quirúrgicas), los más utilizados y por tanto de mayor rendimiento son:



Estudios de Laboratorio.

El estudio debe ser individualizado según la orientación diagnóstica clínica, de tal forma que si impresiona ser secundario a una enfermedad infecciosa o inflamatoria benigna el manejo debe ser conjunto con el servicio de Medicina Interna que solicitará los exámenes pertinentes (12).

Punción aspiración con aguja fina (PAAF).

Si luego de haber realizado una historia clínica y un examen físico completo se sospecha de un linfonodo metastático y el tumor primario no ha sido identificado, el procedimiento siguiente constituye la PAAF. El aspirado puede ser líquido o sanguinolento. Todo aspirado será enviado para análisis citológico (7).

La exactitud de la PAAF depende de: a) la experiencia del médico que practica la aspiración y; b) la experiencia del citopatólogo para interpretar las células obtenidas (7,11,12).

Los resultados de la citología deben ser reportados conforme a tres categorías: a) no diagnóstico, b) benigno y c) maligno — Algoritmo N°1.

El caso no diagnóstico obliga a repetir la PAAF; no así cuando es benigno, puesto que exige tratar la enfermedad desencadenante. El reporte de maligno genera a su vez siete categorías: carcinoma escamocelular (CSSC), carcinoma indiferenciado, carcinoma pobremente diferenciado, carcinoma neuroendocrino, adenocarcinoma, melanoma y linfoma (11).

Si la PAAF informa CSSC, carcinoma pobremente diferenciado o carcinoma indiferenciado se pedirá una laringoscopia indirecta, radiografía simple del tórax y TAC de la cabeza, cuello y tórax. Si con estos exámenes no se ha encontrado el tumor primario, está indicada -bajo anestesia general- una panendoscopia, que consiste en laringoscopia, esofagoscopia y broncoscopia. Si, a pesar de esto, tampoco se ha hallado la neoplasia principal, entonces se harán biopsias al azar de base de la lengua, seno piriforme, fosa tonsilar y nasofaringe. Si el diagnóstico histológico de estas muestras es negativo, entonces el diagnóstico de primario oculto es establecido (7,11).

Si la citología indica carcinoma neuroendocrino o carcinoma pobremente diferenciado se debe realizar TAC corporal, siempre y cuando el examen físico y las radiografías simples no han demostrado el tumor primario (7). El reporte de adenocarcinoma precisa distinguir el nivel ganglionar comprometido, entre los de la parte superior del cuello (II - III) de los de la parte inferior (IV —V), porque los niveles superiores demandan examinar mediante imagen las glándulas salivales, en cambio, los inferiores exigen indagar el primario en tiroides, tracto genitourinario, tracto gastrointestinal y tórax. Tabla N° 2.

El resultado de melanoma se maneja de acuerdo al nivel comprometido. El informe de linfoma autoriza a una biopsia abierta. Algoritmo N°1.

La biopsia del ganglio también estará indicada cuando luego de la búsqueda exhaustiva antes mencionada no ha determinado la fuente de la neoplasia primaria (7,11).

Es motivo de debate si, durante la biopsia bajo anestesia general, proceder con congelación y vaciamiento radical, o en su

defecto esperar el diagnóstico histológico definitivo y su posterior tratamiento.

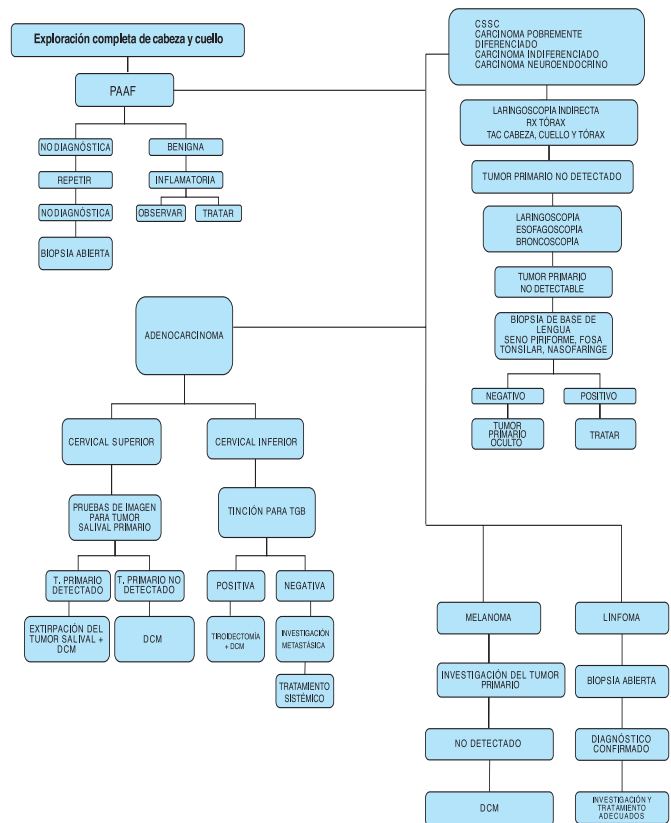
Estudios de Imagen

Otros métodos de imagen como la ecografía, cuya utilidad ha sido demostrada para distinguir tumores sólidos de quísticos, así como también para dirigir biopsias especialmente de tiroides (13). La RMN y la TAC son complementarias entre sí, la finalidad es medir la extensión de la enfermedad en la cabeza y en el cuello (14); no son los primeros exámenes en solicitarse para el diagnóstico de una masa cervical, están condicionados a los resultados de la PAAF.

Con el advenimiento de la tecnología en imagen como la Tomografía por Emisión de Positrones (PET), se obvia algunos de los pasos mencionados en la búsqueda de tumor primario; localizando a éste para dirigir una biopsia; sin embargo, su alto costo la hace inalcanzable en países en vías de desarrollo (15).

Algoritmo N°1.

Algoritmo de manejo de masa cervical.



Fuente: Ref. (11). Modificado por Torres C, ChávezV.

CSSC: Carcinoma Escamocelular
PAAF: Punción Aspiración con Aguja Fina
DCM: Disección Cervical Modificada
TGB: Tiroglobulina



Bibliografía

1. Manual de Cabeza y Cuello . Nódulo Cervical . Pontificia Universidad Católica de Chile, <http://escuela.Med.puc.cl/publ/Manual de Cabeza y Cuello/Nódulo Cervical.html>.
2. Lee, K. Klein, T. Cirugía de los quistes y tumores del cuello. Laringología de Paparella, M. Libro de Texto:236,1991 Editorial Panamericana.
3. Telander, R. y Filston, H. Revisión de lesiones de cabeza y cuello en lactantes y niños. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 6:1413, 1992.
4. Weissler, M. Evaluación del paciente con una masa cervical. Tribuna Médica 91:190, 1995.
5. Gray S.W. Skandalakis JE; Androula Kir JA:Non-thyroid tumors of neck. Contemp Surg. 1985;26:13-24.
6. Jaques, D. Tratamiento de ganglios metastáticos cervicales de origen desconocido. Laringología de Paparella, M. Libro de Texto:247,1991 Editorial Panamericana.
7. Harrison, J., Godellas, C. Cervical Lymph Node. Surgical oncology an algorithmic Approach of saclarides T. ET AL. Text book:646-651, 2003, Springer – Verlag New York.
8. Hoffman, H., Funk, G., Endres, D. Evaluation and surgical treatment of tumors of the salivary glands. Comprehensive Management of head and neck tumors of Thawley ET AL. Text book 2:1156, 1999, W.B. Saunders S.A.
9. Gray S.W. Skandalakis JE; Androula Kir JA:Non-thyroid tumors of neck. Contemp Surg 1985;26:13-24.
10. Lefebuye JL, Coche-Dequeant B, Van JT, et al. Cervical lymph nodes from an unknown primary tumor. An J Surg, 1990, 160: 443-446.
11. Shah, J. Cirugía y Oncología de cabeza y cuello. Libro de texto Tercera edición, 2004.
12. Mestre, G., Jiménez, M., Buforn, G. Protocolo de manejo de las adenopatías. Servicio de Urgencias Hospital Universitario Virgen de la Victoria-Málaga.
13. Benítez, N., Torres, C., Estado actual del Cáncer de la glándula tiroides. Protocolo de Tratamiento y Recomendaciones. Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala. 2002.
14. Jokobsen J., Aschen F., Johansen J, et al. Lymph node metastases in the neck from unknown primary tumour. Acta oncol. 1992; 31: 653-655.
15. Schuller, D, Nicholson, R, Clinical evaluation and surgical treatment of malignant tumors of the neck. Comprehensive management of head and neck tumors of Thawley. ET AL. Text book 2:1999. W.B. Saunders.

Del Editor

INVITACIÓN A MANUSCRITOS

La revista “ONCOLOGÍA” está dirigida a médicos afines al manejo de pacientes oncológicos. Se invita a los médicos a enviar artículos originales e inéditos que presenten conocimiento nuevo y relevante en el área de la Oncología. el editor estará gustoso de conversar con autores potenciales sobre tópicos o artículos a ser enviados para su publicación. Los manuscritos se aceptan en español (con abstracto en inglés) o en inglés. Las instrucciones para el autor aparecen en los números de junio y diciembre de cada año o pueden ser solicitadas por escrito al editor.

Dirija la correspondencia a:
Editor, Revista “ONCOLOGÍA”
Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” ION-SOLCA
Avda. Pedro J. Menéndez Gilbert (junto a la ciudadela La Atarazana)
Apt. Postal No. 5255 / ó 3623
Guayaquil - Ecuador

Teléfono: 2288-088 Fax: (593-4) 2293-366 / 2287 - 151
Correo electrónico: solca y jasanche@msn.com

