

Diagnóstico Diferencial de las Masas Tumorales en Cabeza y Cuello

Enrique Azuara Pliego y José Manuel Ruano Aguilar

La intrincada anatomía de cabeza y el cuello (C&C), su abundante drenaje linfático y debido a que la dispersión de los carcinomas de estas regiones es similar a la de las enfermedades inflamatorias, ya que sigue el mismo patrón linfático, provocan que generalmente resulte complicado decir con facilidad si una masa tumoral es benigna o maligna. Frecuentemente la ruta para el análisis de una masa tumoral en C&C es larga y complicada. Esta es la mayor preocupación de los clínicos, quienes por su práctica se ven obligados a estudiar estas dos regiones, aun cuando sabemos que afortunadamente la mayoría de las masas tumorales de C&C son benignas y representan nódulos linfáticos inflamatorios primarios o secundarios a enfermedades infecciosas o inflamatorias locorregionales; sin embargo, la experiencia nos ha demostrado que un descuido en este análisis puede retardar un diagnóstico correcto y favorecer el desarrollo de enfermedades graves que ponen en peligro la función de órganos vitales, de órganos de la comunicación o inclusive la vida de los pacientes.

Debido a que muchas masas tumorales de C&C tienen su origen en las cadenas linfáticas de la región, deben considerar las siguientes tres unidades linfáticas funcionales:

1. El tejido linfoepitelial que constituye al anillo de Waldeyer
2. Los nódulos linfáticos cervicales (cadena superficial y cadena profunda)
3. Los nódulos linfáticos transicionales:
 - A) Submentonianos,
 - B) Submandibulares,
 - C) Parotídeos,
 - D) Retroauriculares,
 - E) Occipitales ,
 - F) Preauriculares,
 - G) Retrofaríngeos.

Clasificación de las masas tumorales de C&C

En seguida se proponen las clasificaciones para la elaboración de un diagnóstico diferencial más fácil de los tumores de C&C con base en su localización, etiología y grupos de edades.

I. Clasificación con base a su etiología

1. Malformaciones congénitas o del desarrollo.
2. Enfermedades inflamatorias o infecciosas.
3. Lesiones tumorales benignas.
4. Lesiones tumorales malignas.

II. Clasificación con base en su localización y etiología

A) INFLAMATORIAS POR SU LOCALIZACIÓN

LÍNEA MEDIA	TRIÁNGULO ANTERIOR	TRIÁNGULO POSTERIOR
I. Adenitis	I. Adenitis	I. Adenitis
1° viral	1° viral	1° viral
2° bacteriana	2° bacteriana	2° bacteriana
3° granulomatosa	3° granulomatosa	3° granulomatosa
	I. Sialadenitis	
	1° parotídea	
	2° submandibular	
	3° Tiroiditis	

B) CONGÉNITAS O DEL DESARROLLO POR SU LOCALIZACIÓN

LÍNEA MEDIA	TRIÁNGULO ANTERIOR	TRIÁNGULO POSTERIOR
1°. Conducto tirogloso	1°. Quistes branquiales	1° Linfangiomas
2°. Quiste Tirogloso	2° Laringocele	2° Lipomas
	3° Quiste tímico	

C) NEOPLÁSICOS POR SU LOCALIZACIÓN

LÍNEA MEDIA	TRIÁNGULO ANTERIOR	TRIÁNGULO POSTERIOR
1°. Linfomas	1°. Linfomas	1°. Linfangiomas
2°. Cancer de Tiroides	2°. Metástasis	2°. Lipomas
	• Yugular superior	
	a) Orofaringe	
	b) Cavidad oral	
	• Yugular inferior	
	a) Hipofaringe	
	b) Laringe	
	• Submandibular	
	a) Cavidad oral	
	b) Senos paranasales	
	c) Cara	
	3°. Glomus	
	4°. Tumor de cuerpo	
	5°. Hemangiomas	
	6°. Neurogénicos	
	7°. Neurilemomas	

III.- CLASIFICACIÓN CON BASE EN LOS GRUPOS DE EDADES

DE 0 A 15 AÑOS	DE 16 A 40 AÑOS	40 AÑOS EN ADELANTE
1°. Inflammatorios	1°. Inflammatorios	1°. Neoplásicos
2°. Congénitos o del desarrollo	2° Congénitos o del desarrollo	• Benignos
3°. Neoplásicos	3° Neoplásicos	• Malignos
• Benignos	• Benignos	2°. Inflammatorios
• Malignos	• Malignos	3° Congénitos o del desarrollo

MALFORMACIONES CONGÉNITAS O DEL DESARROLLO

Cualquier aberración en el desarrollo normal, puede terminar en una malformación congénita o del desarrollo que puede manifestarse como una masa tumoral al nacimiento o en los primeros años de vida, aunque existen casos en los que el diagnóstico se ha hecho en la adolescencia o en la edad adulta, cuando un proceso infeccioso o inflamatorio provoca su crecimiento o la salida de secreciones a través de fistulas, por lo que siempre deben incluirse a las alteraciones congénitas como diagnóstico diferencial en cualquier masa tumoral de C&C, aún en pacientes de mayor edad. Así mismo se debe tener en mente que una masa cervical de crecimiento lento que hace su aparición en la primera etapa de la vida probablemente será una masa congénita o un trastorno del desarrollo.

Las manifestaciones congénitas o del desarrollo pueden representar: quistes sebáceos, quistes y hendiduras branquiales, quistes y conductos tiroglosos, teratomas, quistes dermoides, linfangiomas, hemangiomas, malformaciones arteriovenosas, tiroides ectópicos, laringoceles, divertículos de Zenker o quistes tímicos. De los anteriores los más comunes son el conducto tirogloso y los quistes y hendiduras branquiales.

Las malformaciones vasculares como los hemangiomas, linfangiomas y hemolinfangiomas se encuentran casi exclusivamente en niños menores de dos años. Generalmente tienen un crecimiento lento. Los linfangiomas son más suaves y compresibles y relativamente difusos, los hemangiomas son más firmes, especialmente si se localizan en la profundidad de los tejidos blandos.

Enfermedades inflamatorias o infecciosas

Los procesos inflamatorios o infecciosos de C&C pueden ser muy variados. Por la naturaleza de este escrito nos referimos exclusivamente a los que producen o simulan una masa tumoral. El primer lugar de frecuencia lo ocupan las adenopatías primarias, cuya causa más frecuentemente es: 1) la viral, seguida de 2) la bacteriana y 3) la granulomatosa (tuberculosis, arañazo de gato, sarcoidosis, micosis actinomicosis). El segundo lugar de frecuencia lo ocupan las infecciones y abscesos de los espacios cervicales profundo, y en tercer lugar se encuentran las inflamaciones de las glándulas salivales o sialadenitis, de las cuales la parotídea es la más frecuente, seguida de la afección de las glándulas submandibulares.

Las enfermedades inflamatorias habitualmente tienen un inicio rápido y por lo general se asocian con fiebre, eritema, dolor y edema localizados al sitio de la afección.

La adenopatía craneocervical primaria de origen viral involucra en orden de frecuencia a los siguientes agentes vitales: herpes virus 6, adenovirus, herpes virus simple, rubéola, Epstein- Barr, varicela, sincitial respiratorio y VIH.

La adenopatía craneocervical bacteriana primaria es causada más frecuentemente por bacterias anaerobias seguidas por *Streptococcus pyogenes* (beta-hemolítico) del grupo A (GAS), *Staphylococcus aureus*, micobacterias atípicas y *Haemophilus influenzae*. En cuanto a su epidemiología debe reconocerse que 53 a 89% de la adenitis bacterianas primarias son unilaterales, entre 70 y 80% ocurren en los primeros cuatro años de vida y casi en 100% de los casos existe el antecedente de una infección de las vías aéreas superiores previa a la aparición de la adenopatía. Los ganglios más frecuentemente involucrados son los submandibulares (60%), seguidos del grupo superior de ganglios de la cadena linfática cervical profunda (30%), submentonianos (5%) y los correspondientes al grupo inferior de la cadena linfática cervical profunda.

Cuando una masa creaneocervical primaria se palpa de consistencia suave, es dolorosa y no se encuentra adherencias a planos superficiales ni profundas debe sospecharse en un proceso inflamatorio o infeccioso, pero es importante también considerar un absceso en formación o un proceso necrótico intratumoral.

Las adenitis craneocervicales primarias ocurren prácticamente en todas las personas en alguna época de la vida, especialmente en la primera década.

Lesiones tumorales benignas

Nos referimos a tumores de consistencia sólida o semisólida como son los pólipos, los hemangiomas, los linfangiomas, los hemolinfangiomas (estos últimos caben, como hemos visto anteriormente dentro de la clasificación de trastornos congénitos y del desarrollo). Vale la pena destacar por su importancia y relativa frecuencia al angiofibroma nasofaríngeo juvenil que es un tumor benigno de comportamiento muy agresivo, propio de la adolescencia masculina y cuya característica histológica está representada por la ausencia de capa muscular de las arterias, por lo que los sangrados frecuentemente son incoercibles. Otro tumor frecuente en la edad pediátrica son los papilomas recurrentes juveniles de la laringe y tráquea, cuya etiología según la mayoría de los autores es el virus del papiloma humano.

Cabe destacar que las mayoría de las tumoraciones del triángulo cervical anterior son benignas, mientras que 50% de las masas tumorales del triángulo cervical posterior son malignas. Los tumores localizados en la base de la lengua o en el tracto comprendido entre ésta y la glándula tiroides son frecuentemente quistes tiroglosos, conductos tiroglosos persistentes o tiroides ectópicos.

Otra lesión que puede encontrarse con poca frecuencia es la displasia fibrosa y la histiocitosis.

Lesiones tumorales malignas

Los sarcomas de C&C constituyen 15% de todos los sarcomas y aproximadamente de 1 a 5% de todos los tumores de la región craneocervical. De los sarcomas de C&C, 10 a 20% se presentan en edad pediátrica.

Los sitios más comunes de origen de los sarcomas son el cuello (28%), cara y frente (20%), maxilar (15%), piel cabelluda, mandíbula, senos paranasales, cavidad oral, faringe y laringe (10% en cada uno). Dentro de los sarcomas de C&C podemos

encontrar: rhabdomioma embrionario, más frecuente en las edades comprendidas entre los cuatro y seis años y entre los 14 y los 16 años, leiomioma, angiosarcoma, hemangiopericitoma, schwannomas, neurofibrosarcoma, fibrohistiocitoma. Todos los anteriores son considerados tumores de intermedio a alto grado de malignidad. Los sarcomas de bajo grado de malignidad incluyen al dermatofibrosarcoma, tumor dermoide, fibrosarcoma y liposarcoma.

Los tumores malignos de C&C son poco comunes en la edad neonatal y son de muy difícil reconocimiento sobre todo en la primera década de la vida, tienen un crecimiento rápido, son habitualmente de consistencia dura y generalmente afectan la piel y tejidos adyacentes a diferencia de los benignos.

La presencia de un nódulo linfático solitario o en grupo, de consistencia dura, adherido a planos superficiales o profundos, que aumente progresivamente de tamaño sin estar claramente asociado con una infección de vías aéreas superiores debe considerarse como maligno o indicador de alguna malignidad locorregional hasta no demostrarse lo contrario.

Un nódulo linfático con las características previamente descritas que se acompaña de fiebre, ataque al estado general, linfadenopatía generalizada y hepatoesplenomegalia puede ser indicador de un proceso maligno locorregional o sistémico, pero también puede asociarse con una enfermedad viral sistémica como la mononucleosis infecciosa.

La presencia de nódulos linfáticos supraclaviculares debe despertar la sospecha de la existencia de metástasis de un proceso localizado por debajo de las clavículas, a dichos nódulos se les conoce como nódulos centinelas, ya que frecuentemente son el primer signo de una enfermedad grave infraclavicular. Cuando los nódulos supraclavicular están adheridos a planos superficiales o profundos se acompañan de fiebre persistente, pérdida de peso y ataque al estado general, está indicado practicar una biopsia.

Por la cantidad tan grande de estructuras de diferente origen embrionario que contienen la C&C, la variedad de estirpes neoplásticas que pueden desarrollarse en estas regiones es muy grande. Podemos encontrar carcinomas epidermoides, aun cuando son raros. También podemos encontrar melanomas, adenocarcinomas, tumores de cuerpos carotídeos, tumores linfoproliferativos (linfomas) o adenopatías craneocervicales secundarias o metastásicas. Existen factores asociados con la génesis de las neoplasias craneocervicales, tales como las mutaciones genéticas, factores físicos, químicos o ambientales, entre los que destacan las radiaciones ionizantes aplicadas a pacientes con cáncer de tiroides y glándulas salivales.

En un paciente en quien se ha detectado una adenopatía craneana o cervical con un proceso rápido de ataque al estado general, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna, es importante descartar la evolución hacia un proceso neoplásico maligno, una inmunodeficiencia o una enfermedad granulomatosa crónica como la tuberculosis.

Diagnóstico

Para establecer un diagnóstico acertado es recomendable la elaboración de una buena historia clínica en la que deben considerarse infecciones respiratorias recientes, signo de Combe positivo, viajes recientes, contacto con animales, curaciones dentales previas e ingesta de carne cruda. Debe realizarse una exhaustiva

exploración de la cabeza y el cuello incluyendo todas las áreas y órganos que conciernen a la Otorrinolaringología, de ser posible auxiliado por procedimientos endoscópicos de las vías aéreas superiores. Es importante destacar las características de la masa tumoral, tamaño, forma, consistencia, adherencia a planos superficiales o profundos, localización, movilidad, si es pulsátil, si es dolorosa, si sangra a la palpación directa o indirecta, su temperatura y la de los tejidos adyacentes, zonas de reblandecimiento o fluctuación así como su comportamiento desde que el paciente notó su aparición.

Hemos adaptado como regla de oro la siguiente premisa: “una masa tumoral craneocervical sintomática, localizado en una cadena ganglionar o cerca de ella, sin antecedentes claros de infecciones locorregionales, para la cual los exámenes físicos de rutina no ofrecen un diagnóstico definitivo y que no cede al tratamiento médico con antiinflamatorios y/o antibióticos, debe considerarse como una neoplasia hasta no demostrarse lo contrario. Cuando se tiene la sospecha de que la masa tumoral es una adenopatía primaria viral o bacteriana debe darse la oportunidad al paciente de una prueba clínica terapéutica consistente en la administración de antibióticos y antiinflamatorios hasta por tres meses manteniendo una observación estrecha, a cuyo término, en caso de su persistencia y sobre todo si existiera un aumento de tamaño en ese lapso de tiempo, deben tomarse decisiones a favor de la práctica de exámenes orientados a descartar o documentar procesos neoplásicos o la etiología real del tumor”. En el caso anterior debe considerarse una revaloración completa de C&C utilizando exámenes de imagen tales como la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear a juicio del clínico e incluso la realización de biopsias por aspiración con aguja fina cuando las lesiones lo permiten, o biopsias incisional o excisional y la realización de cultivos y estudios anatomopatológicos de la o las lesiones resecaadas. Diferentes autores recomiendan que debe practicarse una biopsia abierta ante cualquiera de las siguientes circunstancias: cuando exista un aumento progresivo de un nódulo linfático a pensar de un período de dos semanas con tratamiento empírico a base de antibióticos y antiinflamatorios, cuando no existe ninguna mejoría en el tamaño del nódulo a pesar de seis semanas de tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios o cuando el nódulo no disminuye de tamaño a pesar de tres meses de tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios, el criterio anterior debe tomarse con la reserva de que cualquier nódulo linfático aumentado de tamaño de un niño puede ser normal. A todo paciente con una masa tumoral de C&C debe realizársele una biometría hemática con diferencial de fórmula blanca, química sanguínea, examen general de orina y prueba de SIDA. Deben considerarse las pruebas serológicas para detectar citomegalovirus, virus de Epstein Barr, toxoplasmosis, tularemia, histoplasmosis y VDRL. Una prueba relativamente nueva para *Bartonella henselae* puede identificar la enfermedad por arañazo de gato. La prueba de Mantoux para la tuberculosis debe realizarse en todo paciente con adenopatía persistente que no cede el tratamiento y manejo conservador.

Cuando encontramos un aumento de volumen o una masa tumoral franca en la línea media o región paramedial del triángulo anterior del cuello por debajo del borde superior del cartílago tiroideo es conveniente la realización de pruebas de función tiroidea y ocasionalmente de gammagramas tiroideos.

La radiografía de tórax debe preceder a cualquier toma de biopsia, para descartar alteraciones mediastinales o pleuropulmonares y del tracto traqueobronquial.

Las radiografías simples de cráneo, nariz, senos paranasales, rinofaringe y cuello

tienen utilidad limitada si se comparan con una tomografía computarizada, sin embargo ante ojos expertos pueden ser útiles para demostrar cambios osteolíticos, presencia de tumores, destrucciones óseas, disminución de la columna aérea nasofaríngea y aumento de volumen del espacio retrofaríngeo, con lo cual puede sospecharse la presencia de un absceso en esta región. Las radiografías simples pueden también orientar el diagnóstico hacia displasia fibrosa cuando se encuentran imágenes características en vidrio despulido. Cuando se tienen la posibilidad recomendamos la realización de estudios de imagen como la tomografía computarizada (TC) y las imágenes de resonancia nuclear magnética (RNM).

El caso particular de las glándulas salivales, podemos decir que la sialografía ya no es el estudio ideal y que la TC con sialograma o la IRM son de gran utilidad para diferenciar una lesión tumoral de una alteración inflamatoria. Es importante recordar que la TC en el cuello, es un estudio ionizante, costoso y en pacientes menores frecuentemente se requiere de anestesia general para su realización.

Los estudios angiográficos y la angiorrsonancia son muy útiles para el diagnóstico de tumores vasculares (hemangiomas, aneurismas) o muy vascularizados (angiofibroma nasofaríngeo juvenil), así como tumores paracarotídeos o intracarotídeos.

El ultrasonido es un estudio de imagen muy útil para el diagnóstico de las masas tumorales de C&C, particularmente porque ayuda a identificar interfase entre líquidos y sólidos, no es invasivo, es de bajo costo, de fácil realización, rápido y no requiere preparación alguna. Tiene 90% de especificidad en la diferenciación entre tumores sólidos y quísticos o de contenido purulento.

La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) es un método cada vez más utilizado para el diagnóstico de los tumores de C&C. Es sencillo rápido, de bajo costo, que produce pocas molestias al paciente; se requiere de un patólogo experimentado para realizar la interpretación.

Si existe la sospecha franca de una neoplasia y no se obtiene el diagnóstico con una BAAF, se debe realizar una biopsia incisional o excisional según cada caso, el criterio del clínico y la accesibilidad del tumor.

La serie esofagogastroduodenal es útil en el diagnóstico de problemas hipofaríngeos que simulan masas tumorales, tal es el caso del divertículo de Zenker, de igual forma dicho estudio puede revelar la presencia de enfermedad hipofaríngea y laríngea por reflujo gastroesofágico con adenopatías cervicales secundarias.

Tratamiento

Deseamos que sea suficiente con mencionar en forma general que el tratamiento ya sea médico o quirúrgico, debe ser individualizado dependiendo del diagnóstico presuncional o definitivo que se cuente, la edad, la etiología y el estado del paciente.

Referencias bibliográficas

1. Correa Aj. Current options in management of head and neck cancer patients. *Med Clin North Am* 1999;83(1):235-46
2. Sarne D. External radiation and thyroid neoplasia. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1996;25(1):181-95.
3. Kelly CS. Lymphadenopathy in children. *Pediatr Clin North Am* 1996;45(4):875-88.

4. Fulcinti F. Accuracy of fine needle aspiration biopsy in head and neck tumors. *J Oral Maxillo-Fac Surg* 1997;55(10):1094-7
5. Ohims LA. Malignant laryngeal tumors in children a 15 year experience with four patients. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994;103(9):686-92.
6. Azuara E, Ruano JM. Generalidades en el diagnóstico diferencial de las masas tumorales en Cabeza y Cuello. En: *Patología Tumoral de Cabeza y Cuello, de la Clínica a la Anatomía Patológica*. Cap.1. pag. 1 a 10, Intersistemas, México, 2002.