



Hospital Universitario  
12 de Octubre



# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES CERVICALES

**Ignacio Zubillaga**

**Servicio de Cirugía Oral y  
Maxilofacial**

# 1. IMPRESIÓN CLÍNICA

- Inspección
- Palpación
- Sintomatología

# 2. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- De imagen: TAC vs RNM
- De certeza : PAAF vs Biopsia



**JUICIO  
DIAGNÓSTICO**

The National Library of Medicine's  
**Visible Human Project** (TM)

Human-Computer Interaction Lab  
Univ. of Maryland at College Park

# 1a. QUISTES y FÍSTULAS CERVICALES LATERALES CONGÉNITOS por ANOMALÍAS DE INVOLUCIÓN del APARATO BRANQUIAL

EMBRIOLOGÍA ➡ ARCOS BRANQUIALES

4<sup>a</sup>-5<sup>a</sup> semana

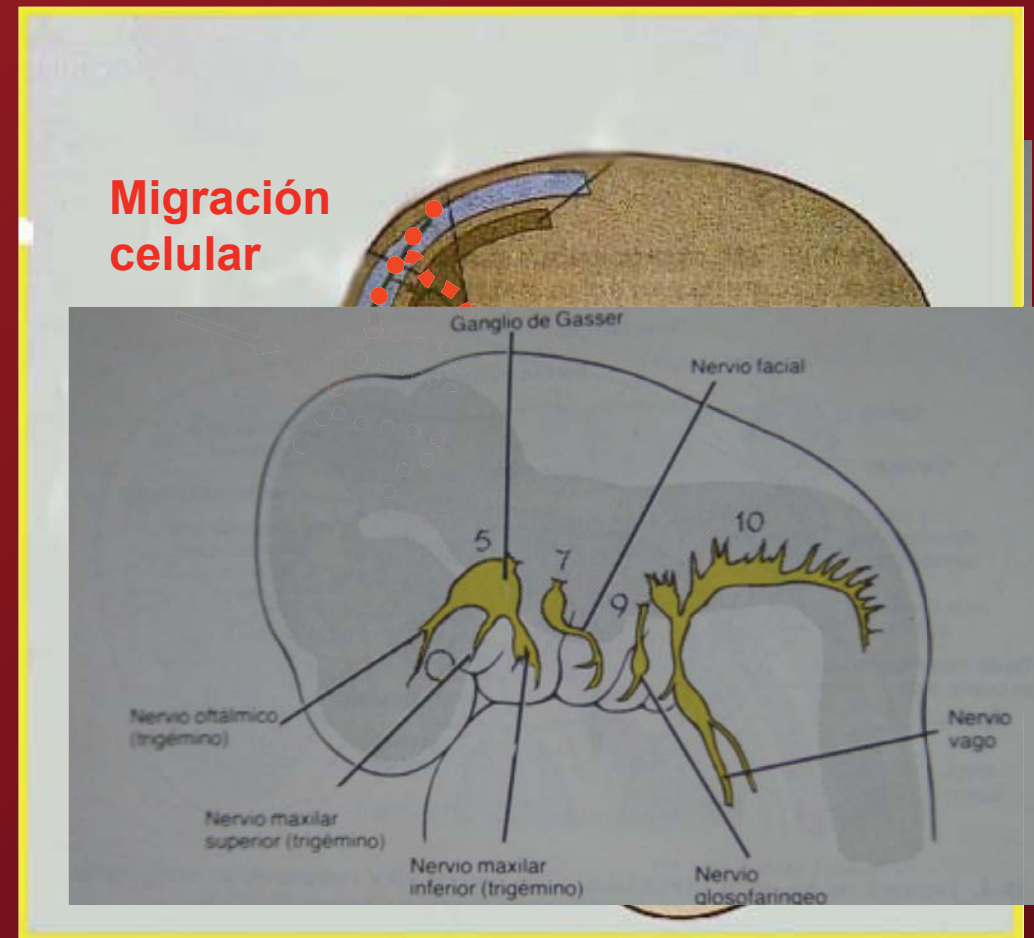
Componentes EME

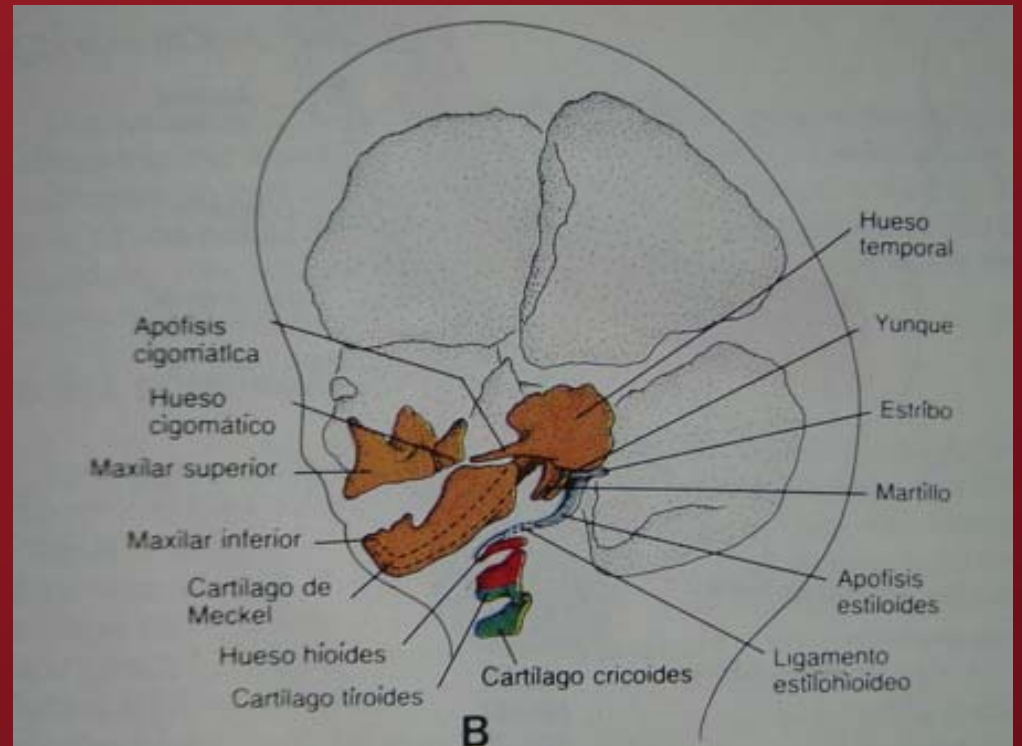
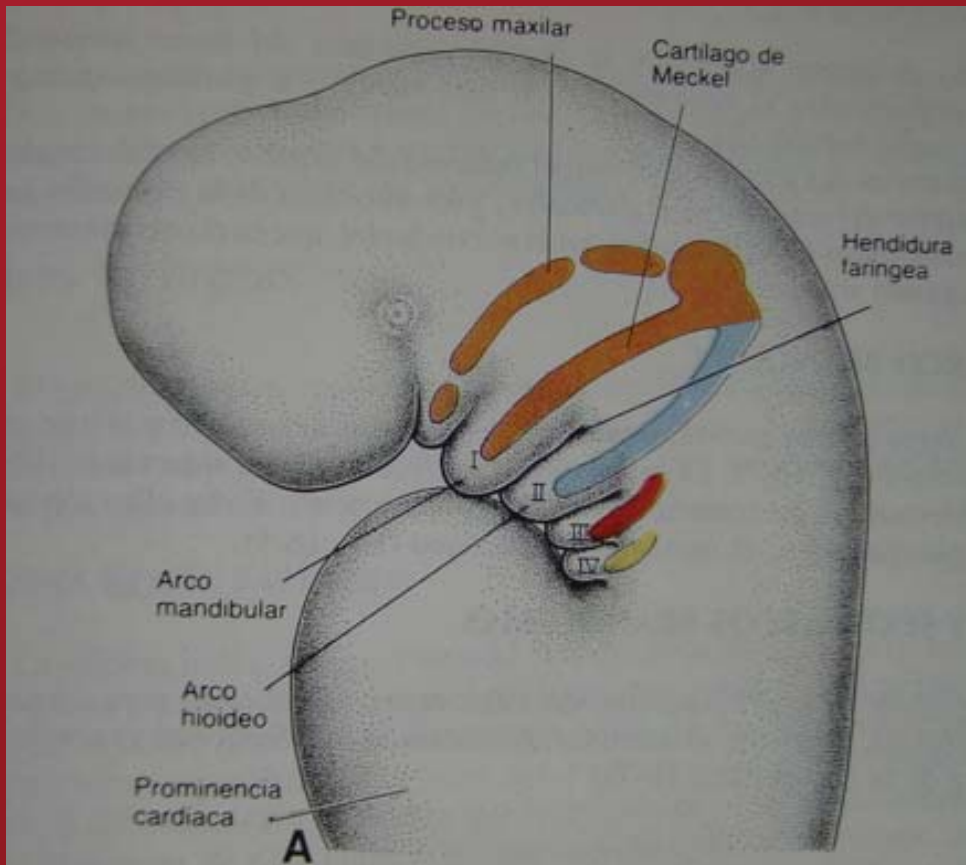
HENDIDURAS  
BRANQUIALES

BOLSAS FARÍNGEAS



Desarrollo de CABEZA  
y CUELLO





# HENDIDURAS BRANQUIALES

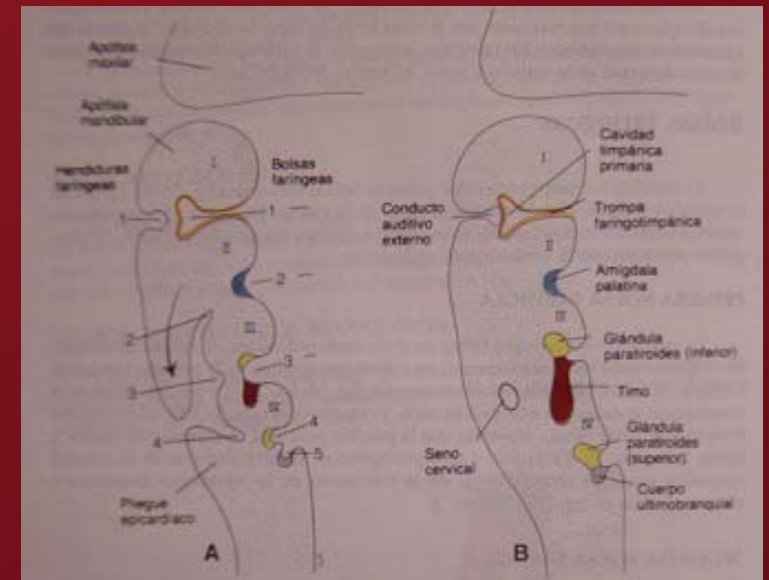
- ★ Surcos entre Arcos branquiales
- ★ Porción dorsal de la 1<sup>a</sup> → CAE

Tímpano

- ★ Proliferación ACTIVA de 2<sup>o</sup> ARCO sobre 3<sup>o</sup>-4<sup>o</sup>

2<sup>a</sup>-3<sup>a</sup>-4<sup>a</sup> HENDIDURA pierden contacto con el exterior

SENO CERVICAL



**2º ARCO NO CRECE  
sobre 3º-4º**

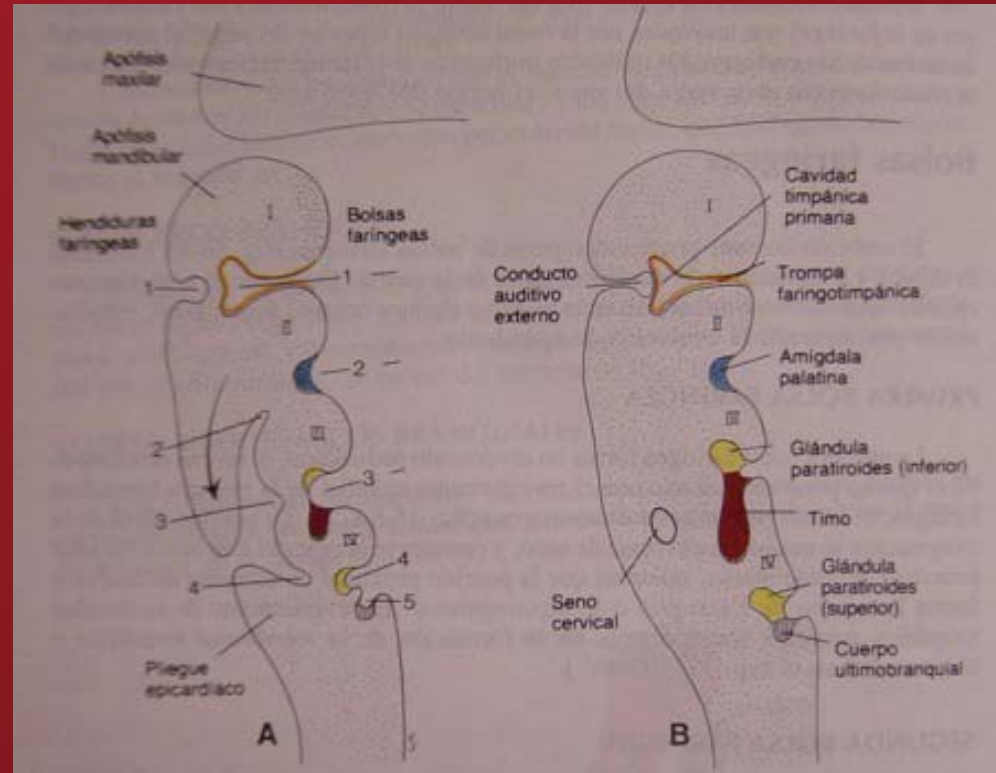
**2ª -3ª-4ª hendiduras  
mantienen  
comunicación con  
superficie**

**FÍSTULA  
BRANQUIAL**



**Trayecto de drenaje de QUISTE BRANQUIAL  
(RESTOS EMBRIOLÓGICOS DEL SENO CERVICAL)**

**FÍSTULA BRANQUIAL INTERNA ( AMIGDALINA)**

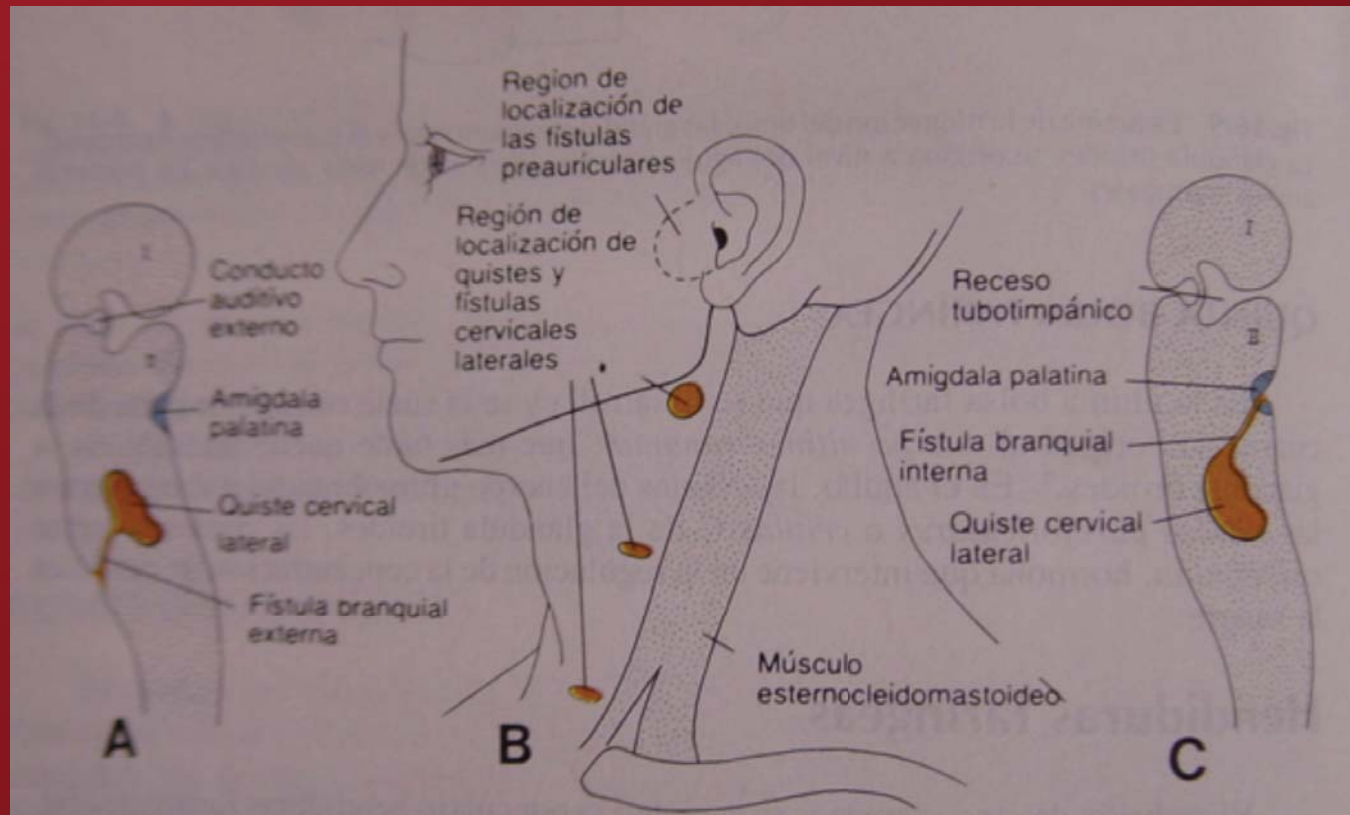


**ORIGEN**



# **Persistencia de HENDIDURAS BRANQUIALES**

- **Completa: FÍSTULA + QUISTE**
- **Incompleta: QUISTE**



# CLASIFICACIÓN

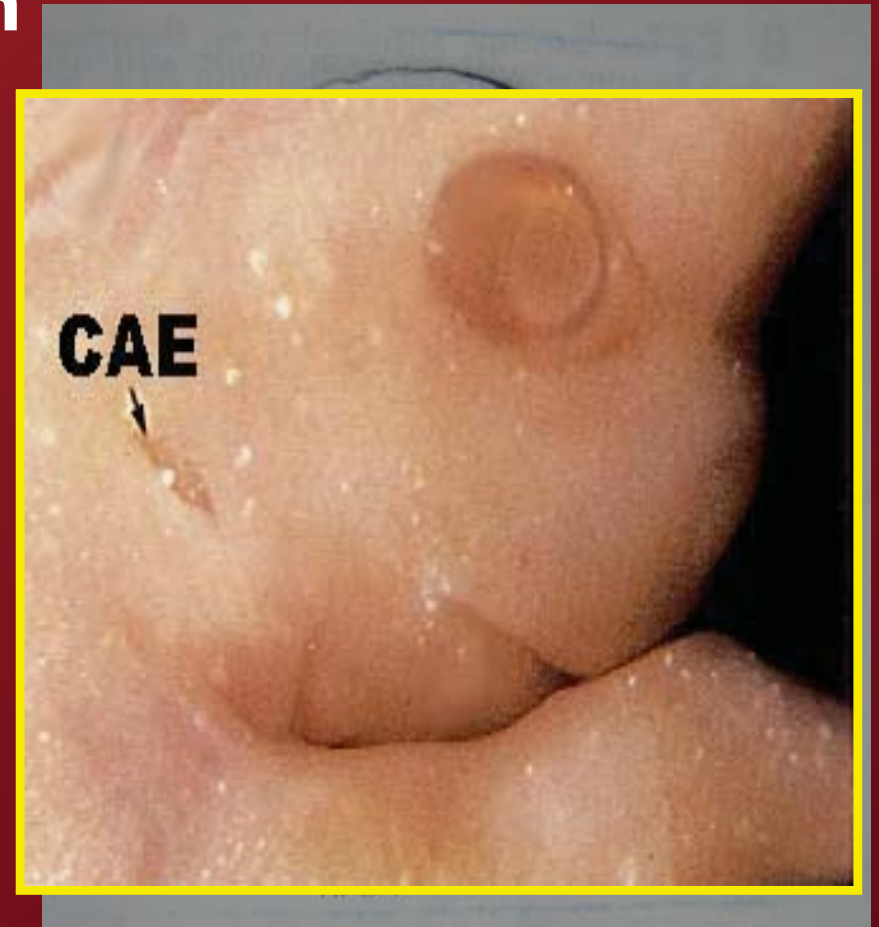
## A. 1ª HENDIDURA BRANQUIAL

Poco frecuentes. Sin conexión con membrana timpánica ni OM

★ Tipo I: Anomalías de duplicación del CAE membranoso



- ★ FÍSTULA por encima de salida de nervio facial paralela a CAE. (Pre-ECM porción alta)
- ★ QUISTE bajo porción media de oído medio



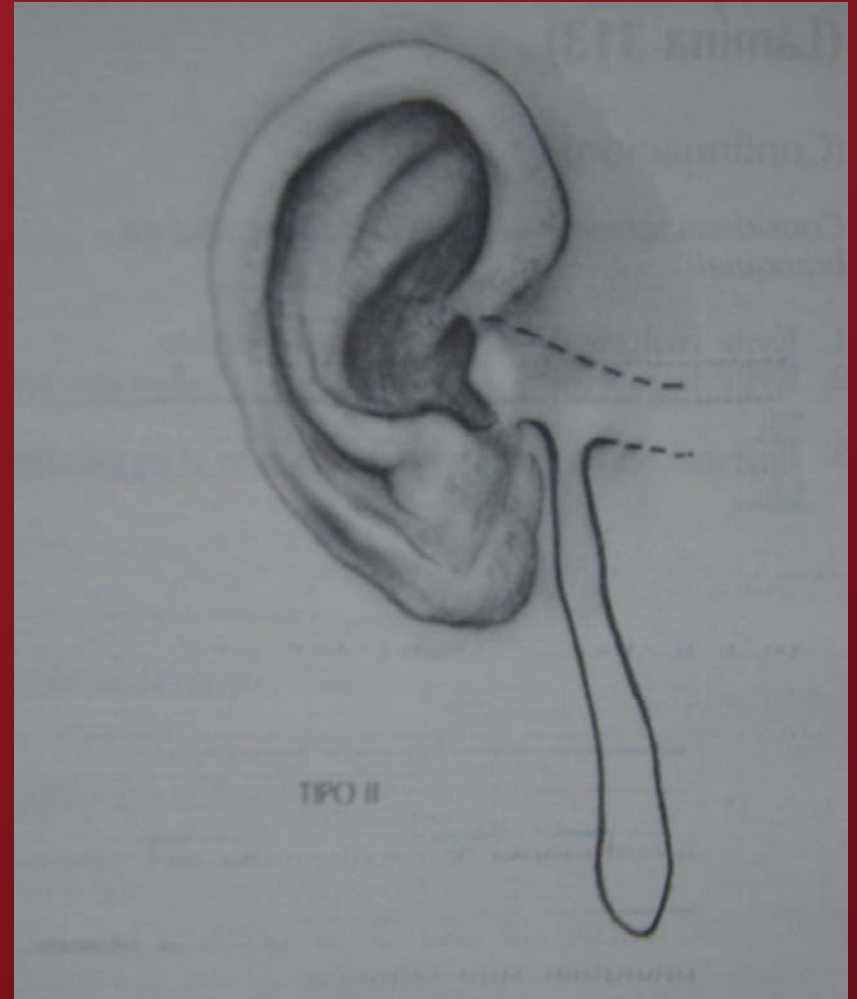


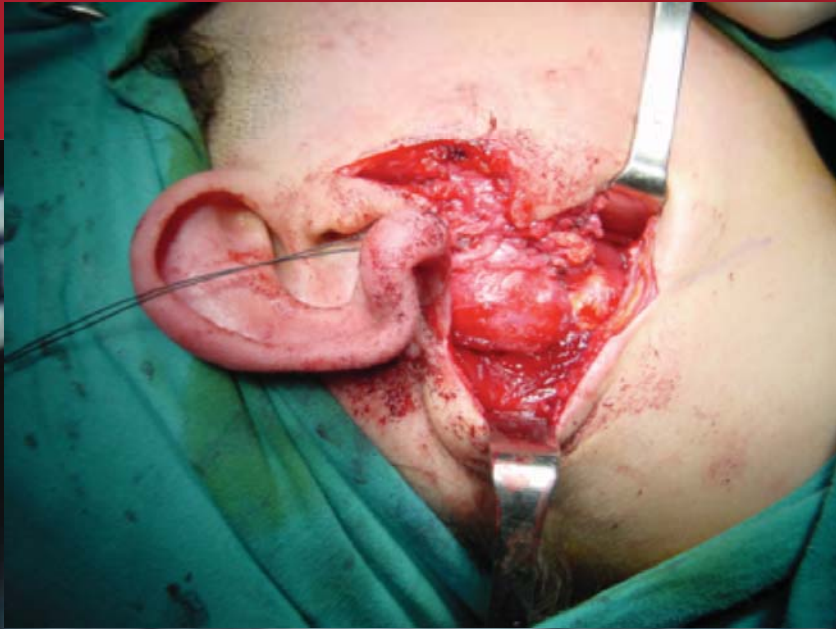
★ **Tipo II: Anomalías de duplicación del CAE membranoso y cartilaginoso (ectomesodermo)**



★ **FÍSTULA** compromete glándula Parótida. Pre-ECM región media

★ **QUISTE** como masa **SUBGONIAL** típica en niños

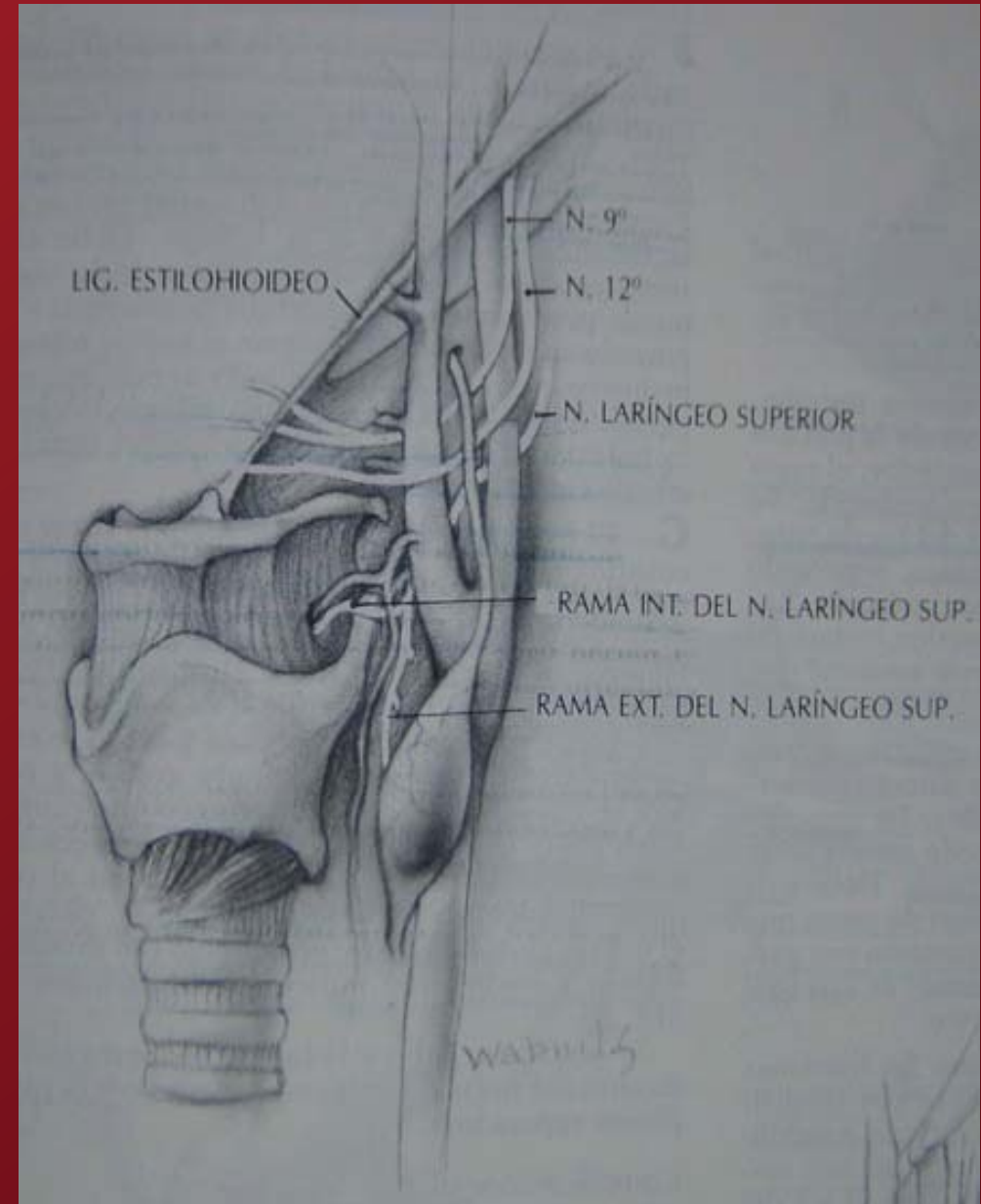


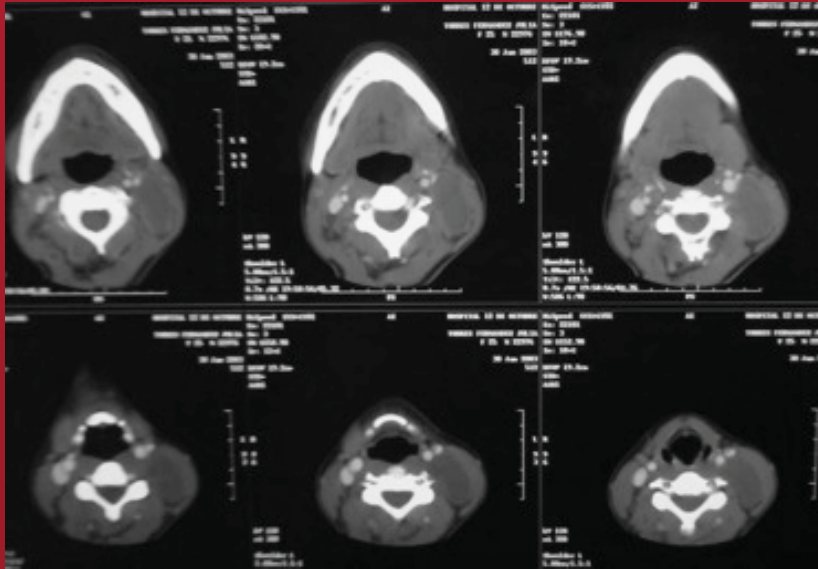


## B. 2ª HENDIDURA BRANQUIAL

Las + FRECUENTES

- ✦ **FÍSTULA pre-ECM en tercio medio**
- ✦ **QUISTE bajo ECM con trayecto fistuloso hacia pared faríngea pasando entre ACI y ACE y sobre p.c. IX y XII y nervio laríngeo superior**

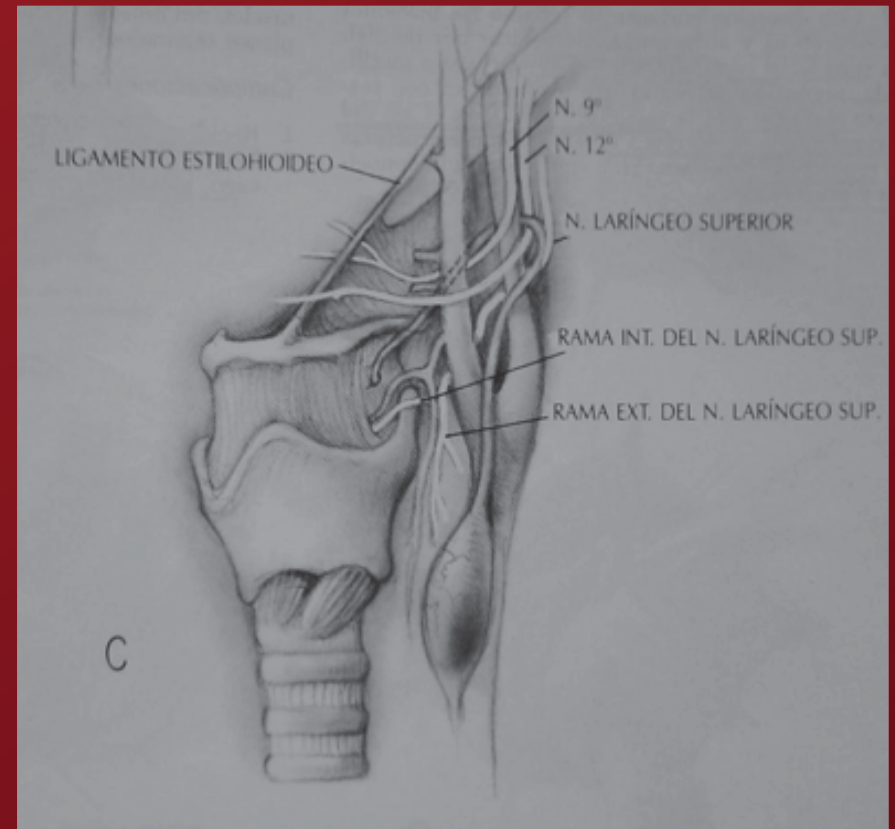






## C. 3ª HENDIDURA BRANQUIAL

- ✦ **FÍSTULA pre- ECM tercio inferior**
- ✦ **QUISTE bajo ECM con trayecto fistuloso que rodea posteriormente ACI y desciende desembocando en porción posterior de MB. TIROHIOIDEA**



## D.4ª HENDIDURA BRANQUIAL (1 caso)

# **CLÍNICA. DIAGNÓSTICO. CONSIDERACIONES QUIRÚRGICAS.**

**Manifestación en INFANCIA y JUVENTUD**

**Masas cervicales LATERALES/ Fístulas cutáneas**

**DIAGNÓSTICO frecuente tras SOBREENFECCIÓN**

**PAAF/ TAC**

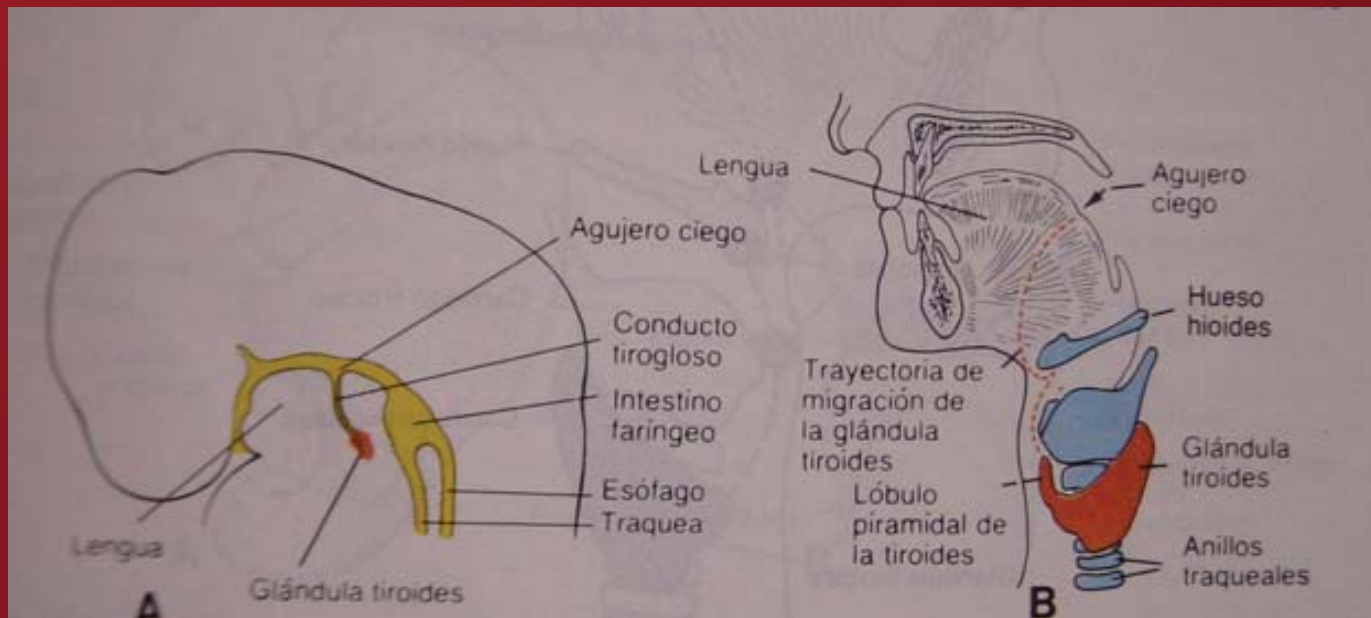
**EXÉRESIS COMPLETA de quiste +/- fístula (RECIDIVAS)**

**Evitar intervención quirúrgica si sobreinfección añadida**

**Cervicotomías ESTÉTICAS**

# 1b. QUISTES y FÍSTULAS CERVICALES MEDIALES CONGÉNITAS por ANOMALÍAS de INVOLUCIÓN del TRACTO TIROGLOSO

El **TIROIDES** se crea en la base de lengua; desciende anterior al intestino faríngeo, unida a su origen por el **CONDUCTO TIROGLOSO**, que desaparece posteriormente (7ª semana), hasta alcanzar su posición definitiva pretraqueal





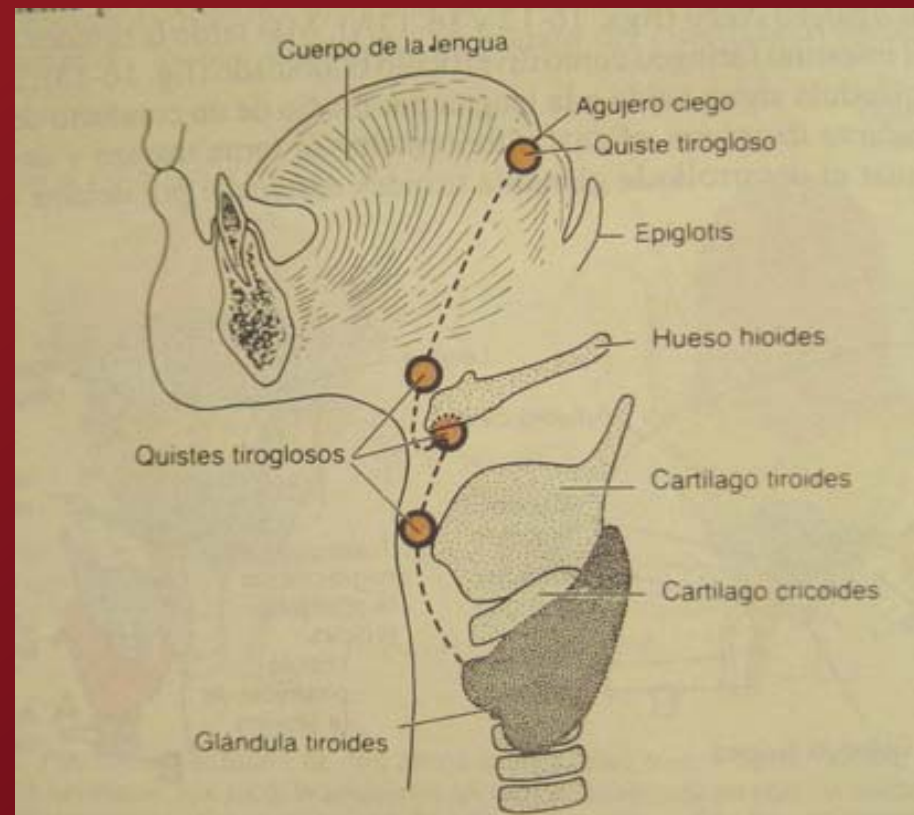
# ORIGEN : Anomalía en el cierre del TRACTO TIROGLOSO

que va desde la base de la lengua hasta el istmo tiroideo. (pirámide de Lalouette).

**LOCALIZACIÓN en  
LÍNEA MEDIA  
CERVICAL, adyacentes  
al HIOIDES.**

**+ frecuente QUISTE.**

**Si FÍSTULA, por rotura  
de quiste o como  
anomalía congénita**



**+ frecuente en ADULTOS JÓVENES**

**2ª TUMORACIÓN CERVICAL BENIGNA +  
FRECUENTE EN NIÑOS**

**Tejido tiroideo NORMAL**

**en 60% de los quistes**

**Tejido tiroideo funcionando**

**en 1/3 ( Gammagrafía)**



# CLÍNICA

**Tumefacción cervical MEDIA ANTERIOR,  
MÓVIL con la deglución y protrusión lingual**

**Frecuente SOBREENFECCIÓN**



**Coincide con episodios de infección  
de vías respiratorias superiores**

**Asociados a GLÁNDULA TIROIDES  
NORMAL en posición DISTAL**



## DIAGNÓSTICO

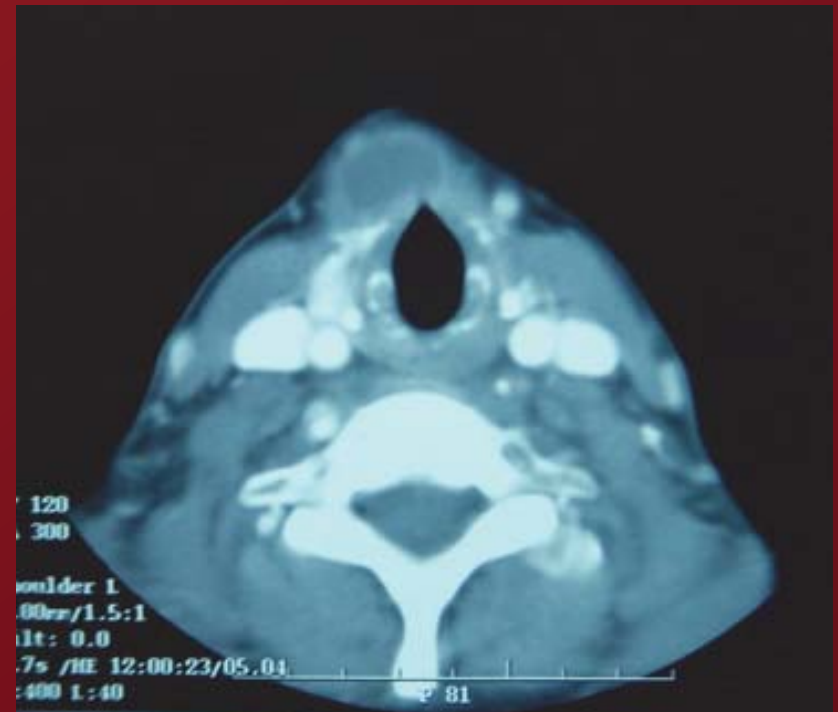
★ **Ecografía cervical : NIÑOS**

**Útil para guiar PAAF**

★ **Gammagrafía: Localiza  
tejido tiroideo**

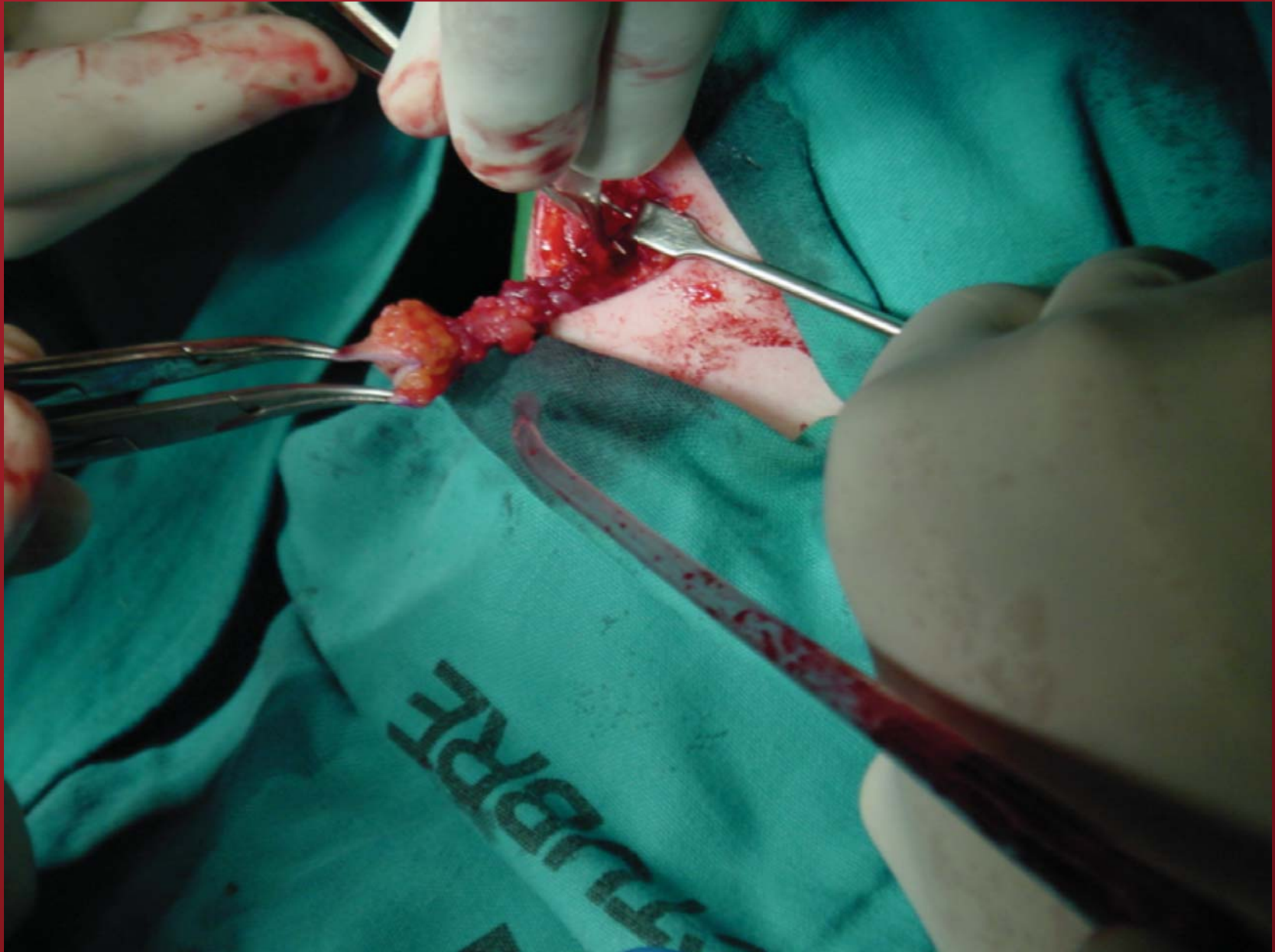
★ **PAAF: Diagnóstico citológico**

★ **TAC/RNM: Masa lobulada  
ocasionalmente con  
tabiques intralesionales**



## **CONSIDERACIONES QUIRÚRGICAS**

- ◆ **Evitar intervención quirúrgica si sobreinfección:  
Antibiótico**
- ◆ **Trayecto CONDUCTO TIROGLOSO dirige la técnica  
quirúrgica (Técnica de Sistrünk) :**
  - a. Importante relación con el HIOIDES  
Resección de porción media del mismo**
  - b. Explorar existencia de conducto  
permeable hasta foramen caecum ( a  
través de fosita glosoepiglótica)**



# **CARCINOMA DEL QUISTE TIROGLOSO**

**100 CASOS. Mujeres. 36 años**

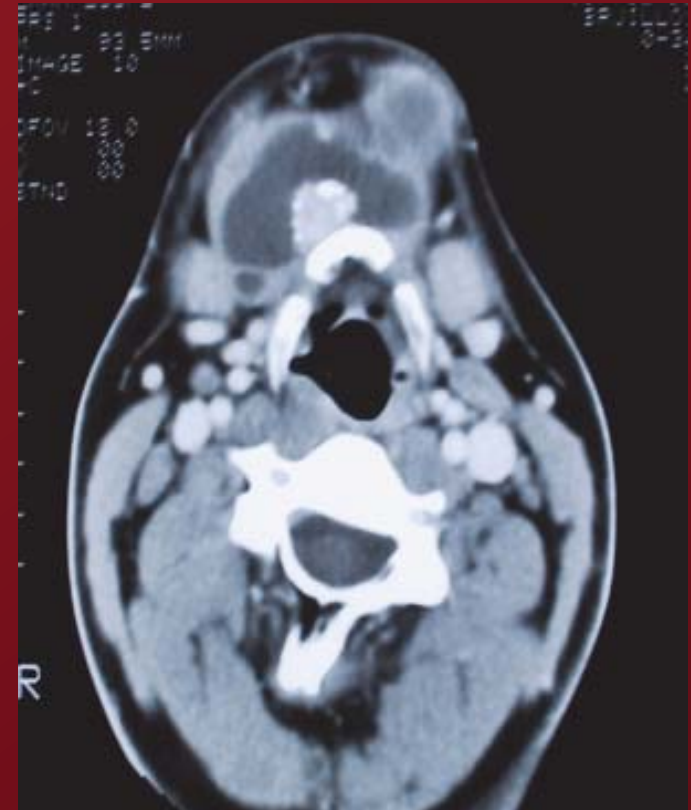
**80 % Carcinomas PAPILARES**

**Presentación como quiste tirogloso pero:**

- **Crecimiento más rápido**
- **Fijo a estructuras vecinas**
- **Duro a la palpación**

**TAC/ RNM/ Gammagrafía**

**Tto: Tc. de Sistrünk+/-  
tiroidectomía y/o disección  
cervical**



## **1c. QUISTES y FÍSTULAS CERVICALES MEDIALES CONGÉNITAS por INCLUSIÓN ECTODÉRMICA**

- ★ Quistes por inclusión de elementos ectodérmicos durante el cierre de la LÍNEA MEDIA VENTRAL de los arcos branquiales derecho e izquierdo**
- ★ Bien encapsulado, plano de clivaje; contenido espeso, granuloso, amarillo**
- ★ Tipos:**
  - Epidermoide: sin anejos cutáneos**
  - Dermoide: con glándulas sebáceas**
  - Teratoide: con tejido heterotópico**



# **QUISTE DERMOIDE DEL SUELO DE BOCA**

**15-35 años**

**Masa lisa, redondeada, firme o blanda, indolora.**

**FIJA CON DEGLUCIÓN y/o PROTRUSIÓN LINGUAL**

**Abomba cavidad oral y/o región suprahioidea**

**(“EN RELOJ de ARENA”)**

**TAC/ RNM**

**ABORDAJE COMBINADO**

**INTRA/EXTRAORAL**





## **2. TUMORES PRIMITIVOS CERVICALES**

### **A. VASCULARES**

#### **I. Hemangiomas**

#### **II. Malformaciones vasculares**

**a. Lesiones de bajo flujo ( malformaciones venosas)**

**b. Lesiones de alto flujo ( malformaciones arteriovenosas)**

#### **III. Linfangiomas (malformaciones linfovenosas)**

***Muliken J.B. "Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics". Plast Reconst Surg . March 1982.***

# **I. HEMANGIOMAS**

**-oma (onkos) : masa o inflamación**

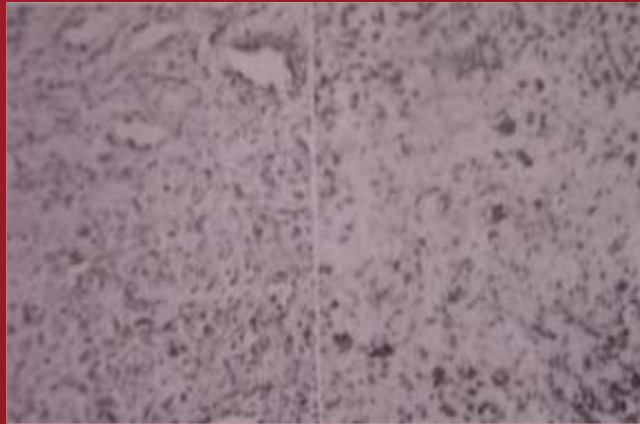
**Tumores benignos de vasos sanguíneos más frecuentes en INFANCIA (SEXO FEMENINO)**

**40% presentes al NACIMIENTO  
( + frecuentes en 1ºmes, en PERÍODO NEONATAL)**

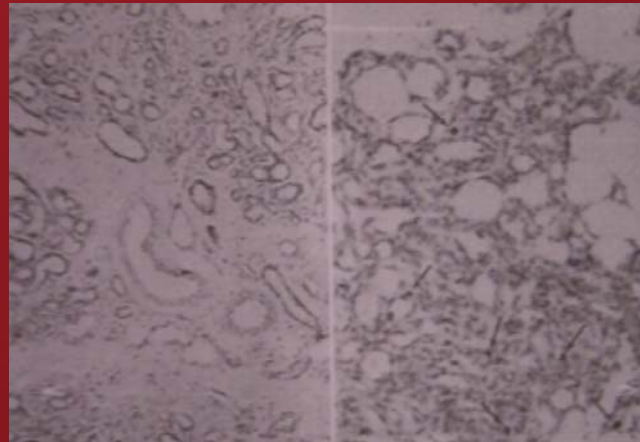
**60% en CABEZA y CUELLO**

**MÁCULA eritematosa blanda que CRECE rápidamente en 6-8 meses y REGRESA lentamente a un tamaño variable (12 años)**

- **Fase proliferativa: Aumento de actividad celular mitótica**



**HIPERCELULARIDAD**



- **Fase involutiva: Descenso de la celularidad con islas de depósito fibroadiposo.**

# TRATAMIENTO

**IDEAL:** Tras alcanzar la **MÁXIMA INVOLUCIÓN**

a. Corticoides ( locales vs **SISTÉMICOS** si **CRECIMIENTO RÁPIDO**)

b. Agentes esclerosantes

c. Láser

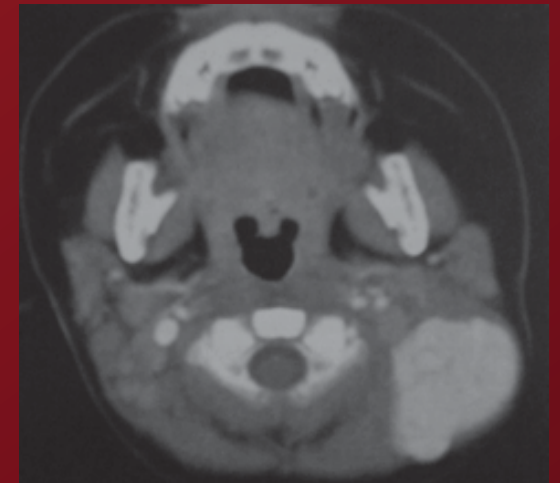
d. Cirugía ★ **INICIAL SI COMPROMISO VITAL**



**VÍA AÉREA**

**HEMORRAGIA ACTIVA**

★ **DIFERIDA** tras periodo involutivo



## **II. MALFORMACIONES VASCULARES**

**90% presentes al NACIMIENTO**

- + Bajo flujo: VENOSAS**
- + Alto flujo: ARTERIOVENOSAS (Aumento más brusco de tamaño; en ocasiones, thrill o IC)**

**Lesión vascular que CRECE PROPORCIONADAMENTE con el crecimiento del individuo**

**NINGUNA REGRESA. Algunas aumentan con el inicio de la PUBERTAD.**

**Tipos: a. Capilares**

**b. Venosas ( las más frecuentes)**

**c. Arteriales**

**d. Linfáticas**





**NO EXISTE HIPERCELULARIDAD ( tasa normal de recambio de células endoteliales)**

**ORIGEN: 1. Anormalidades estructurales**

**2. Errores de morfogénesis vascular**

**3. Ectasia/ Shunt vascular**

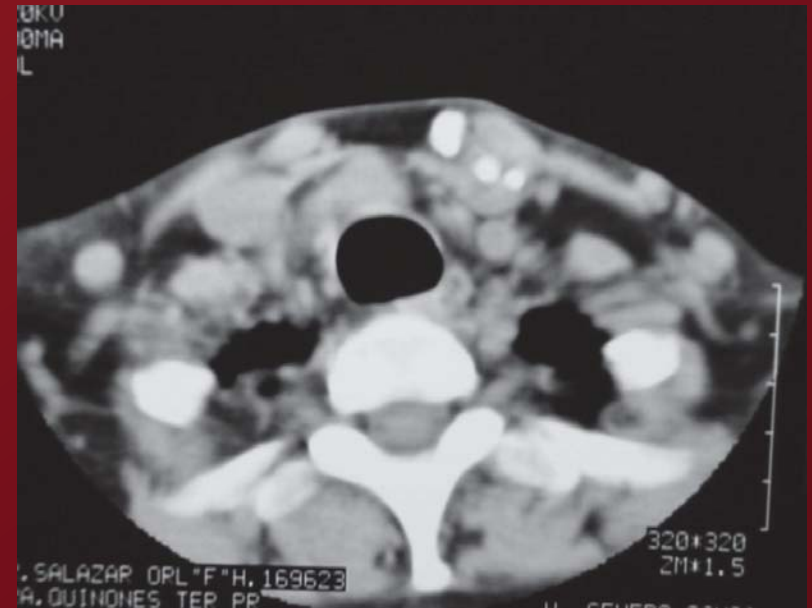
**4. Modulación hormonal**

**DIAGNÓSTICO POR IMAGEN**

**TRATAMIENTO PRECOZ**



**Embolización selectiva +  
Resección en 1<sup>a</sup> 48 horas**



Ex: 3145  
Se: 3

A: 3.8 (coi)

Clinic  
GUITIAN POZ  
F 27 S-05  
Mar 0

384X256/1.00 NEX  
01:48  
22.4/0.6sp MIP  
DFOV 28.0cm  
NVARRAY  
EC:1/1 31.2kHz  
TE:1.7/Fr  
TR:7.5  
GR:SS:GENESIS\_SIGNA 1.5T  
FAST\_GEM:VB\_GEM:EDR\_GEM:SMP\_GEM:VASCTOF\_...FF  
W: 200 L: 02



### **III. LINFANGIOMAS**

**Tumor benigno de vasos linfáticos**

**MAYORÍA presentes al NACIMIENTO**

**RARA involución espontánea**

**50% en CABEZA y CUELLO**

**NO predilección de SEXO**

**MÁS FRECUENTE EN LENGUA**

**TIPOS: capilar, cavernoso o quístico ( HIGROMA)**

**TRATAMIENTO → a. Corticoides**

**b. Agentes esclerosantes ( Picibanyl)**

**c. Cirugía ( precoz si alteraciones  
funcionales)**



## **B. LINFOMA**

**Tumoración maligna CERVICAL más frecuente en INFANCIA**

### **ENFERMEDAD DE HODGKIN**

**5% neoplasias. 40-63% linfomas**

**Incidencia: Adultos jóvenes. 5ª década. VARONES**

 **50% CONSULTA POR ADENOPATÍAS EN CUELLO-REGIÓN SUPRACLAVICULAR (firmes, piel normal)**

**Astenia, PÉRDIDA DE PESO, SUDORACIÓN NOCTURNA, tos, prurito generalizado, disnea, hepatoesplenomegalia ,FIEBRE.**

**DIAGNÓSTICO por BIOPSIA GANGLIONAR**

**ESTUDIO de EXTENSIÓN**

# CLASIFICACIÓN de ANN ARBOR

 **ESTADIAJE tumoral**

 **TRATAMIENTO DE ELECCIÓN**

**Tabla V - CLASIFICACION DE ANN ARBOR PARA EL ESTADIAJE DE LOS LINFOMAS DE HODGKIN**

<b>ESTADIO I</b>	Afectación de una única región ganglionar o de una única localización extralinfática.
<b>ESTADIO II</b>	Afectación de dos o más regiones ganglionares al mismo lado del diafragma. Afectación localizada de una localización extralinfática.
<b>ESTADIO III</b>	Afectación de regiones ganglionares o localizaciones extralinfáticas a ambos lados del diafragma.
<b>ESTADIO IV</b>	Afectación diseminada de uno o más órganos extra linfáticos con o sin afectación ganglionar

**A = Pacientes asintomáticos; B = Pacientes con fiebre, sudoración o pérdida de más del 10% del peso corporal**

# LINFOMA NO HODGKIN

Neoplasia más frecuente entre 20-40 años.

Aumento por SIDA. Ligero predominio en VARONES

DEBUT como LINFADENOPATÍA PERIFÉRICA  
PERSISTENTE e indolora, TÍPICA en :

✦ Anillo de Waldeyer



✦ Ganglios mesentéricos

FRECUENTE

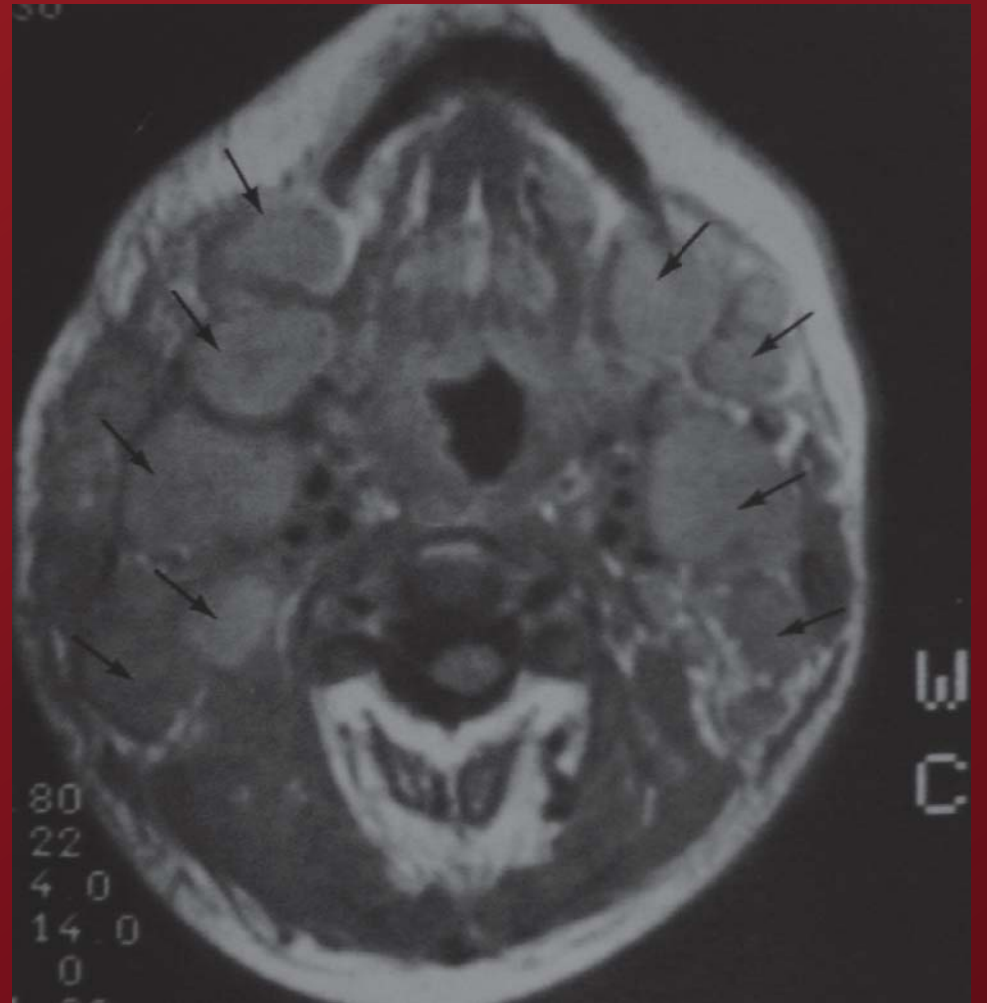
AFECTACIÓN

EXTRANODAL

Lesiones cutáneas. RARO SÍNTOMAS B.

Clasificación de Ann Arbor o Working Formulation (º de evol.)

RT papel limitado. QT. Tx MO .



## **C. SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO**

### **BENIGNOS**

#### **🚩 SCHWANOMA**

**40-50% en cabeza y cuello. NERVIO VAGO**

**MUJERES. Cualquier edad.**

**Encapsulado. Solitario. CALCIFICACIONES.**

**Crecimiento LENTO SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO**

**ENUCLEACIÓN . Buen pronóstico.**

#### **🚩 NEUROMA Nervios superficiales. AURICULAR MAYOR**

**ORIGEN en traumatismos, YATROGENIA.**

**Infiltraciones, EXÉRESIS SI DOLOR**



## **NEUROFIBROMA**

**Típico de ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAÜSEN**

**( manchas café con leche, osteopatías)**

**1/3 en CABEZA y CUELLO. AD.**

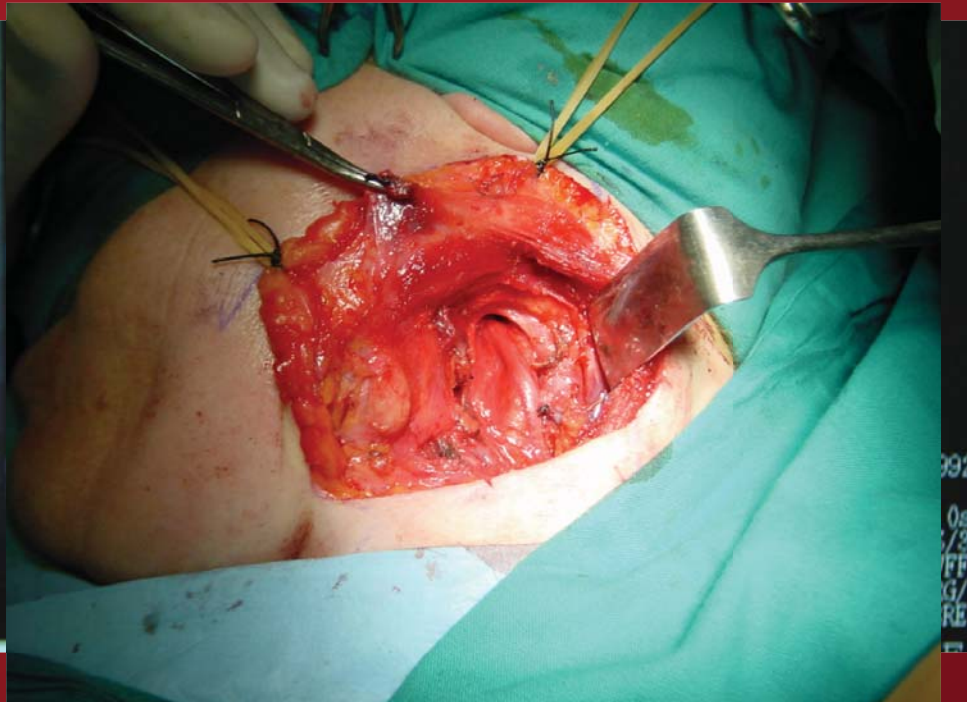
**NO ENCAPSULADOS. MÚLTIPLES.**

**CRECIMIENTO DENTRO DEL NERVIO.**

**RECURRENCIA FRECUENTE.**

**MAL PRONÓSTICO**

**10% degeneran a NEUROFIBROSARCOMAS.**



## **PARAGANGLIOMAS ( TUMOR GLÓMICO)**

**Neoplasia BENIGNA, ALTAMENTE VASCULARIZADA, de crecimiento lento, no dolorosa.**

**45-50 años. MUJERES. 2-10 % BILATERAL. 10% AD.**

**ORIGEN en TEJIDO PARAGANGLIONAR asociado a SNA, produciendo NT y SUSTANCIAS VASOACTIVAS**



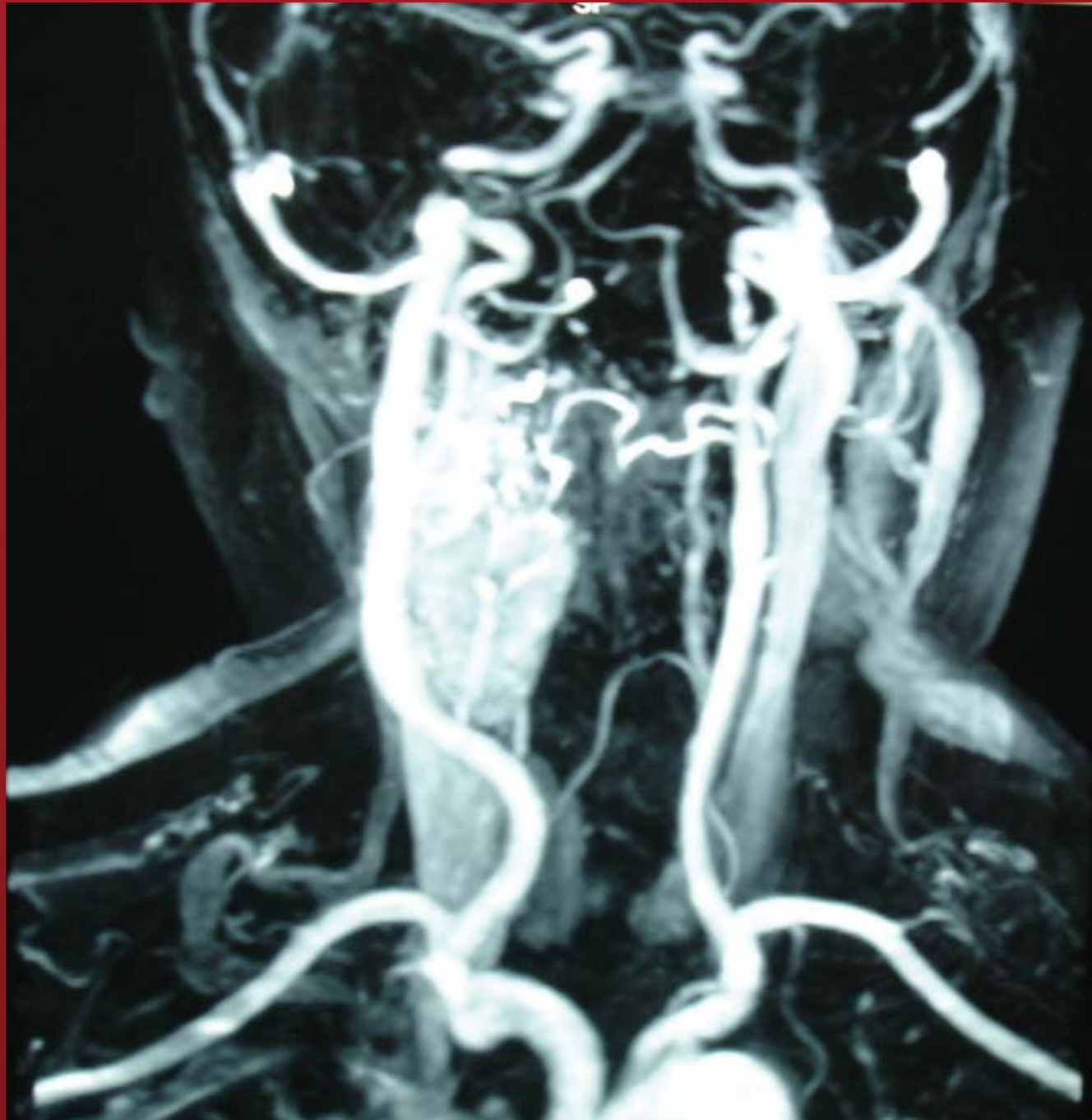
### **REACCIÓN CROMAFÍN**

**LOCALIZACIÓN 1. BIFURCACIÓN CAROTÍDEA**

**2. Bulbo yugular**

**3. Oído medio**

**4. Nv. VAGO. 5% MALIGNIZACIÓN**



# CLÍNICA

**Masa palpable en borde anterior de ECM**

**PULSÁTIL ( Soplo auscultable de Reclus-Chevassu)**

**MÓVIL en sentido HORIZONTAL, NUNCA en VERTICAL (Signo de Fontaine)**

**SINTOMATOLOGÍA por COMPRESIÓN**

**RARAMENTE FUNCIONANTES**

**CLASIFICACIÓN de SHAMBLIN (terapéutica)**

- ▶ **Tipo I. Poco adheridos a la adventicia.**
- ▶ **Tipo II. Mayor tamaño. Infiltra adventicia.**
- ▶ **Tipo III. Enormes. Infiltración vascular total**

**ASOCIACIÓN con Carcinoma Medular de Tiroides**

**Neurofibromatosis**

**Feocromocitoma**

**Paraganglioma de Cabeza y Cuello + Leiomiosarcoma gástrico + condroma pulmonar**



**TRÍADA de CORNEY**

**DIAGNÓSTICO 1. TAC con contraste/ RNM**

**2. Arteriografía**

**Embolización**

**Test de oclusión de ACI**

**3. Angiografía de sustracción digital**

**TRATAMIENTO con EMBOLIZACIÓN + CIRUGÍA**

# **MALIGNOS**

**■ SCHWANOMA MALIGNO**

**■ NEUROFIBROSARCOMA**

**10% en ENFERMEDAD de VON RECKLINGHAÜSEN**

**■ PARAGANGLIOMA MALIGNO**

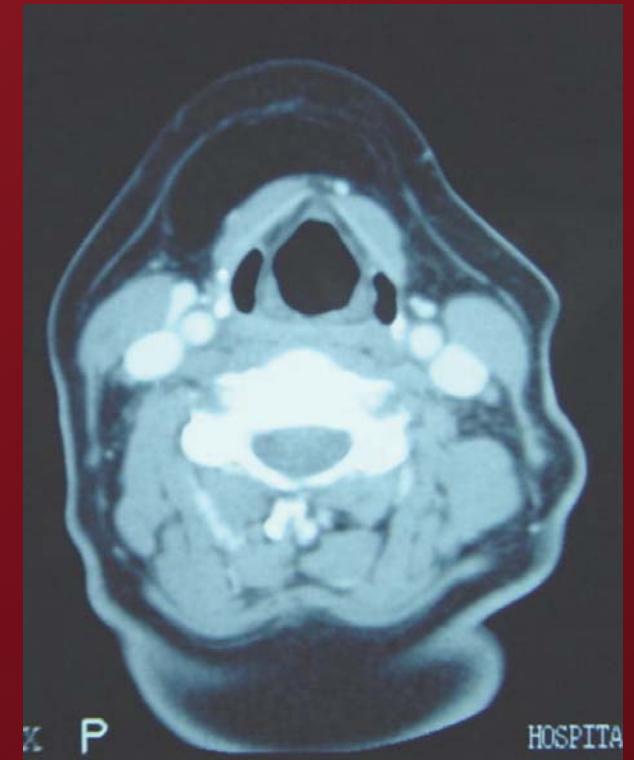
**Menos del 10%. RT.**

**D.GRASOS  
BENIGNOS**

◆ **LIPOMA**

**Lobulado. Adipocitos maduros.**

**MÓVILES. Recurrencia rara. CIRUGÍA**





**◆ LIPOMATOSIS CERVICAL SIMÉTRICA  
(SÍNDROME DE MADELUNG)**

**Depósito GRADUAL de tejido adiposo en REGIÓN CERVICAL SUPERFICIAL, RETROAURICULAR, SUBOCCIPITAL y PAROTÍDEA.**

**NO ENCAPSULADOS, MAL CIRCUNSCRITOS.**

**VARONES, MEDIANA EDAD**

**AP: ALCOHOLISMO y/o ENFERMEDAD HEPÁTICA**

**PROBLEMA ESTÉTICO/ DISNEA**

**TRATAMIENTO: 1. ABSTINENCIA ALCOHÓLICA  
2. CIRUGÍA seriada.**

MC10-17670

P

C1 60  
W1 350

GARCIA LOBATO SANTIAGO  
694288 M/58y  
-80.50 mm  
2-24

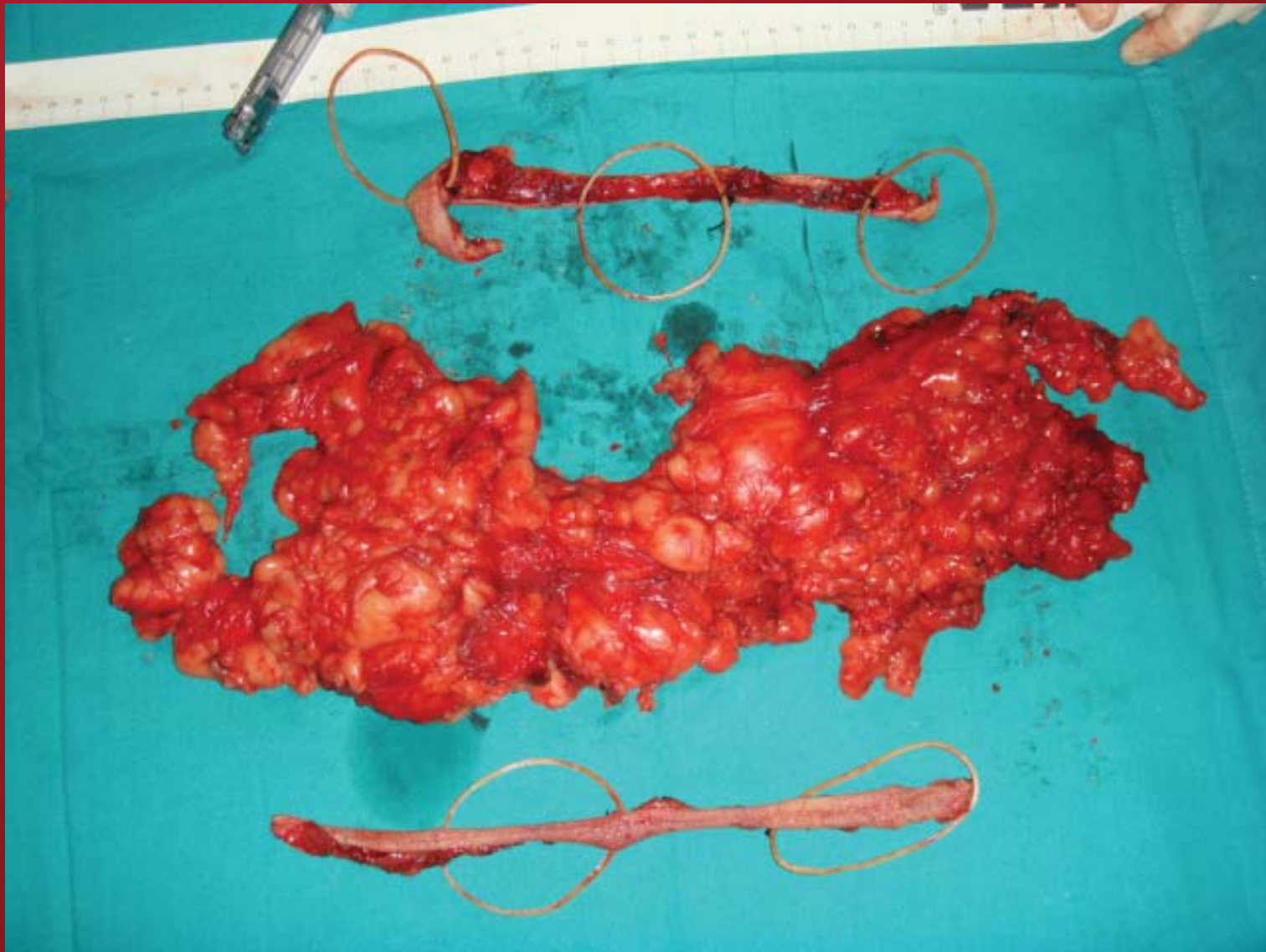
HOSPITAL 12 OCT.  
Philips Brilliance 10  
30 Aug 2007 10:24:31.0  
120kV, 137mAs  
SC 266.0 mm  
SW 0.00 mm  
Z 1.08

C

R







## **E. MUSCULARES**

### **BENIGNOS**

#### **+ LEIOMIOMA**

**12% en cabeza y cuello**

**SUPERFICIALES. ENCAPSULADOS.**

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

#### **+ RABDOMIOMA**

**Músculo ESTRIADO**

# MALIGNOS

## + LEIOMIOSARCOMA

**6% sarcomas de cabeza y cuello**

**5<sup>a</sup>-6<sup>a</sup> década. DOLOROSO**

**CIRUGÍA. RT si recurrencias.**

## + RABDOMIOSARCOMA

**Tipo histológico más frecuente:**

**EMBRIONARIO**

**35-40% en NIÑOS en CABEZA Y CUELLO**

**(CARACTERÍSTICO en ÓRBITA)**

**CIRUGÍA. RT+QT paliativa.**

# **G. ANEJOS CUTÁNEOS**

## **QUISTE SEBÁCEO**

**ORIGEN por  
OBSTRUCCIÓN del  
CONDUCTO de DRENAJE  
de las GLÁNDULAS  
SEBÁCEAS.**

**Clínicamente apreciables si  
SOBREINFECCIÓN**

**Tratamiento quirúrgico  
DIFERIDO**



## **3a. ADENITIS INESPECÍFICAS**

### **AGUDAS**

**Muy frecuentes , sobre todo en NIÑOS**

**Localizadas en REGIÓN LINFÁTICA de DRENAJE  
del FOCO AGUDO**

**ETIOLOGÍA: Streptococcus, Staphilococcus, Colibacilus.**

**TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO ( amplio  
espectro)**

**Si fluctuación, DRENAJE QUIRÚRGICO**

**EVOLUCIÓN: 1. Simple o no supurada. Asociada a  
infección TRS**

**2. Supurada. Evolución cronológica de 1.**

**3. Adenoflemón o celulitis. (extragangl)**

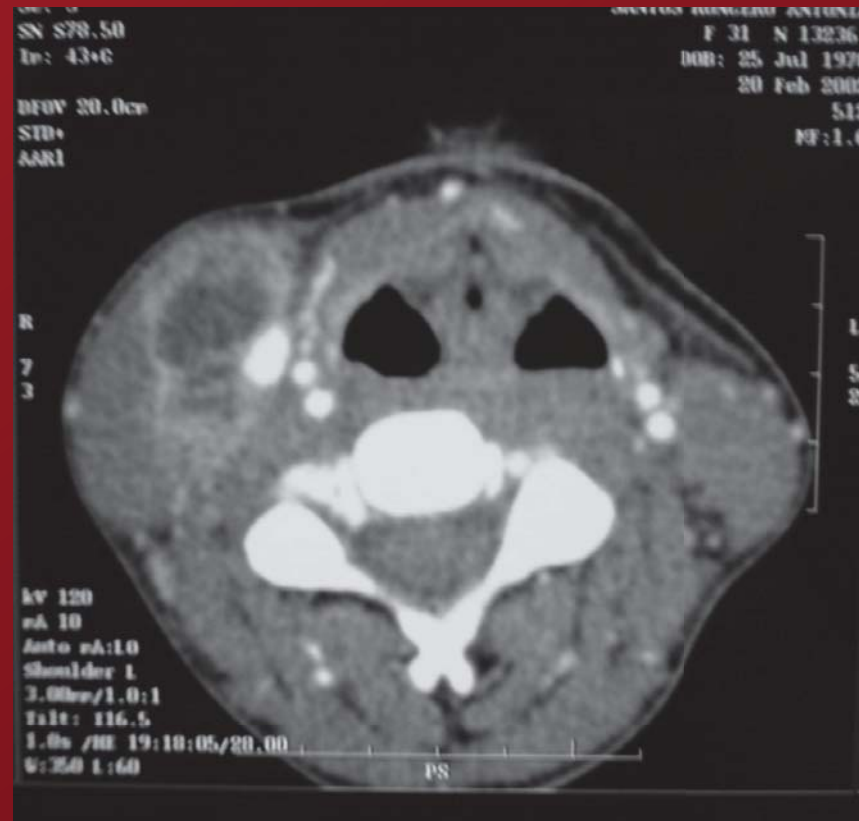


# CRÓNICA

Adenopatías duras, **MÓVILES**, indoloras

Frecuente asociación a **INFECCIONES MUCOCUTÁNEAS**

**TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO**



## **3b. ADENITIS ESPECÍFICAS**

### **AGUDAS**

- ★ **RUBEOLA. Adenopatías OCCIPITALES**
- ★ **SARAMPIÓN. Poliadenopatías cervicales.**
- ★ **VHS/ VHZ. Adenomegalias importantes por infección de lesiones dérmicas.**
- ★ **ADENOVIRUS/ COXACKIE/ ECHOVIRUS**

### **CON TENDENCIA A CRONIFICARSE:**

- ★ **MONONUCLEOSIS INFECCIOSA (VEB)**  
**Adenopatías cervicales MÚLTIPLES, firmes**  
**y grandes en TRIÁNGULO POSTERIOR**

# CRÓNICAS

## ★ TUBERCULOSIS CERVICAL

15% pacientes nuevos con TB presentan

LINFADENITIS → 70% CERVICAL.

Inmigrantes de áreas endémicas, SIDA.

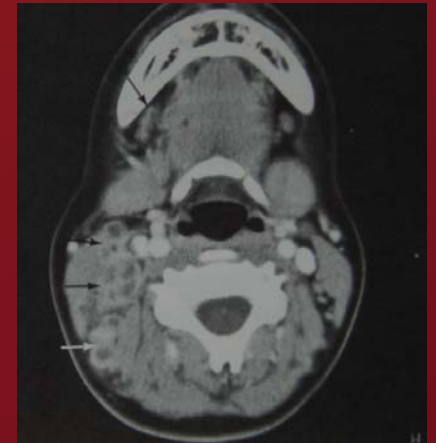
INFANCIA: M. Atípicas

ADULTOS JÓVENES: M. Tuberculosis

ADENITIS NIVEL II, lisas, móviles, levemente dolorosas + sintomatología sistémica

EVOLUCIÓN posible a CASEIFICACIÓN y FISTULIZACIÓN → ESCRÓFULA

+ frecuente con M. Atípicas



**NI EL TAMAÑO NI EL NÚMERO DE ADENOPATÍAS SE CORRELACIONA CON LA DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS Y LA ENFERMEDAD**

## **DIAGNÓSTICO**

**Rx tórax + en TB CERVICAL : 10-20%**

**NO PAAF por riesgo de ESCRÓFULA**

**De CERTEZA: BIOPSIA EXCISIONAL**

## **TRATAMIENTO**

**1. MÉDICO (ISN+ RIF+ ETB)**

**2. Si fibrosis ganglionar o gérmenes resistentes**



**Abscesos fríos +/- Fístulas ➤ EXÉRESIS AMPLIA**

★ **SÍFILIS. Micropoliadenopatías. (2ª )**

★ **SARCOIDOSIS. Típicas MEDIASTÍNICAS.**

★ **SÍNDROME de MELKERSSON- ROSSENTHAL**

**Edema facial+ lengua plicata+ adenopatías  
cervicales**

★ **SIDA. Adenopatías por 1. Infecciones víricas/  
bacteriana**

**2. Linfomas**

**3. Sarcoma de Kaposi**

★ **NOCARDIOSIS. Frecuente en ID + CELULITIS  
ODONTOGÉNICA que evoluciona a ABSCESOS con  
NECROSIS SUPURATIVA.**

EFECTO



s la  
eas de

a