

Patología cervical

Autores:

*M Carmen Romero Prieto
Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla*

*Natale Magallanes Abad
Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla*

*Daniel Torres Lagares
Profesor del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla
Profesor Ayudante de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla*

*José Luis Gutiérrez Pérez
Director del Equipo Docente de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla
Profesor Titular de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla
Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario
Virgen del Rocío*



La cirugía bucal trata aquellos procedimientos que se relacionan de una forma anatómica y funcional con procesos de origen oral. La importancia de la patología cervical se debe a que algunos procesos primarios originados en la boca se pueden manifestar a nivel cervical, y el cuello tiene una patología propia que se manifiesta a su vez de una forma muy similar a los procesos derivados de la boca; de ahí la importancia del diagnóstico diferencial.

CLASIFICACIÓN DE LA PATOLOGÍA QUIRÚRGICA CERVICAL:

1. *PATOLOGÍA INFECCIOSA:*

A. adenitis inespecíficas.

- a. aguda
- b. crónica

B. Adenitis específicas.

- a. aguda
- b. crónica

C. Otras adenitis.

2. *PATOLOGÍA QUÍSTICA:*

- A. quistes
- B. fístulas cervicales

3. *PATOLOGÍA TUMORAL:*

- A. linfomas
- B. tumores primitivos.



1. PATOLOGÍA INFECCIOSA

1.A. ADENITIS INESPECÍFICAS: aparición de ganglios aumentados de tamaño, normalmente localizados en glándulas submaxilar o submental y secundarios a un proceso infeccioso de cara o cavidad oral normalmente.

1.A.a. AGUDAS: Son muy frecuentes, sobre todo en niños, localizándose en la región linfática primaria de drenaje del foco agudo. Los organismos causantes son gérmenes piógenos (estreptococos, estafilococos). Se debe diferenciar de la difteria y escarlatina.

La puerta de entrada puede variar:

- **Faringe/rinofaringe:** Lo más frecuente son las faringoamigdalitis inespecíficas de origen vírico. Dentro de los procesos bacterianos, lo más frecuente son las amigdalitis estreptocócicas, seguidas de las estafilocócicas. Otros procesos son: mononucleosis infecciosa, producida por el virus de Epstein-Barr (amigdalitis, adenopatías difusas en la parte posterior del cuello, edema de úvula, erupción cutánea y esplenomegalia, con linfomonocitosis), angina de Vincent, etc.
- **Piel de cara, cuello y cuero cabelludo:** Excoriaciones, impétigo, erisipela o cualquier lesión sobreinfectada.
En la fiebre exantemática se puede encontrar la típica mancha negra por picadura de garrapata.
- **Boca:** procesos bucodentales (flemones, estomatitis, gingivitis sobreinfectada).



- **Oído:** otitis media o externa. **Otras causas son:** brucelosis, leptospirosis, listeriosis, fiebre tifoidea, etc.

El tratamiento se dirige hacia la causa bacteriana y comprende antibiótico de amplio espectro. Si el proceso infeccioso no se resuelve o si la tumoración cervical presenta fluctuación, es necesaria la incisión y drenaje quirúrgico. En caso de celulitis graves, antibióticos por vía parenteral asociado a AINES.

La evolución de las adenitis agudas es la siguiente:

ADENITIS NO SUPURADA (sigue a una infección local, de carácter fluctuante y posibilidad de linfangitis asociada)

ADENITIS SUPURADA (aumento de los síntomas y aparición de fístulas y supuración)

ADENOFLEMÓN O CELULITIS Exacerbación de la sintomatología con síntomas generales. Se pueden clasificar según la localización: submentoniano, submaxilar, de la cara, carotídeo, retrofaríngeo, infrahioideos y de la nuca.

1.A.b. CRÓNICAS: los organismos causales son gérmenes piógenos banales.

Las adenopatías son duras, indoloras y móviles, por lo que se puede tener en cuenta un proceso maligno. Suelen asociarse con infecciones mucosas y cutáneas. El tratamiento consiste en antibioterapia.



1.B. ADENITIS ESPECÍFICAS:

1.B.a. AGUDAS:

Rubéola: más frecuente en la infancia pero también se puede dar en el adulto. Se caracteriza por un rash macular rosado y adenopatías principalmente occipitales.

Sarampión: rash máculo-papular rojo y poliadenopatías cervicales con estomatitis, laringitis y manchas de Koplick.

Herpes simple y Zóster: adenomegalias importantes.

Adenovirus Coxsackie: infecciones rinofaríngeas asociadas con adenopatías con poca tendencia a la supuración.

Si cronifican:

Mononucleosis infecciosa (Epstein-Barr): adolescente y adulto joven. Cuadro de amigdalitis, astenia, edema de úvula, erupción cutánea y esplenomegalia (50%) y adenopatías cervicales múltiples, con ganglios muy agrandados y elásticos que típicamente se sitúan en la región cervical posterior y occipital, con evolución espontánea a la curación. La administración de ampicilina cursa con erupción maculo-papular pruriforme en 90% de los casos.

Fiebre por arañazo de gato: antecedentes de mordedura o arañazo de gato, inicialmente ganglios dolorosos, fiebre y malestar, luego ganglios linfáticos fijos, supurantes, indoloros, que pueden fistulizar. El diagnóstico



se basa en el test dérmico, biopsia excisional. El tratamiento será el ciprofloxacino en adultos y la rifampicina en niños.

Toxoplasmosis: Producida por *Toxoplasma gondii*. Clínica similar a la mononucleosis con poliadenopatías nucales, periauriculares y supraclaviculares. Ganglios pequeños, móviles y poco o nada dolorosos. El diagnóstico se confirma por pruebas serológicas. La enfermedad cura sólo y no precisa tratamiento excepto en inmunodeprimidos (Sulfadiacina-pirimetamina).

Actinomicosis: adenopatías submandibulares supuradas agudas y luego crónicas por foco dental. El tratamiento consiste en amoxicilina y drenaje de las lesiones, si es necesario.

1.B.b.CRÓNICAS:

Producen adenomegalias indoloras y firmes por fibrosis ganglionar como respuesta a infecciones crónicas. Las adenomegalias pueden confluir y volverse adherentes a los tejidos blandos, formándose un absceso crónico y dándose fluctuación y ulceración en la piel.

- Tuberculosis y Micobacterias atípicas:

- *Mycobacterium tuberculosis*: Es el germen más implicado que llega al ganglio por vía hematógena.
- *Mycobacterium Bovis*: El germen se transmite a través de la leche y es excepcional hoy en día por los procesos de ebullición y pasteurización.
- *Mycobacterias atípicas*: *M. Kansaii*, *M. gordonae*, *M. escrofulaceum*, *M. avium*, *M. fortuitum*. Sólo se comportan como patógenos en niños e inmunodeprimidos.



La clínica se caracteriza por:

- Afectación predominantemente cervical, en región submaxilar o triángulo posterior
- Crecimiento ganglionar indoloro y lentamente progresivo, con escasas o nulas manifestaciones generales
- Los ganglios inicialmente son firmes, bien delimitados y discretamente dolorosos a la palpación
- Al progresar pueden formar un plastrón y fijarse
- Finalmente se caseifican, formando un absceso frío, que tiende a drenar espontáneamente (si no se drena antes quirúrgicamente) un material cremoso blanquecino, originando una fístula crónica (escrófula)

- La rx de tórax identifica TBC pulmonar en < 25% de casos Existe una forma más generalizada que afecta a múltiples ganglios, a veces con síndrome tóxico asociado por diseminación hematógena y que es más frecuente en los enfermos VIH(+).

El diagnóstico se basa en:

- Rx tórax: Tuberculosis pulmonar (25%).(sólo hay afectación pulmonar con el M. Tuberculosis).
- Reacción a la tuberculina +.

PAAF para realizar:

- Tinción de Ziehl-Nielsen,
 - Cultivos especiales para micobacterias
 - Examen histológico en busca de lesiones granulomatosas características (células gigantes de Langherhans y necrosis caseosa).
- Esta técnica tiene una alta precisión diagnóstica.



Si la PAAF no es diagnóstica se procederá a realizar una escisión-biopsia ganglionar.

El tratamiento consistirá en:

M. Tuberculosis: tuberculostáticos 9-12 meses

M. Bovis o atípicas: se preconiza la extirpación quirúrgica del tejido afectado, ya que la respuesta al tto es muy pobre.

El pronóstico es excelente incluso sólo con exéresis quirúrgica.

- **Sífilis:** en la sífilis primaria se presentan adenopatías satélites que son firmes y móviles. La punción del ganglio, ayuda al diagnóstico.

- **Sarcoidosis:** adenopatías mediastínicas, y menos frecuentes cervicales.

- **Síndrome Melkersson-Rosenthal:** edema facial, lengua plegada con adenopatías cervicales.

- **SIDA:** los niños infectados por VIH presentan infecciones víricas y bacterianas que pueden presentarse como masas cervicales. También presentan mayor incidencia de linfomas y sarcoma de Kaposi. La infección por VIH, en general a las 2-6 semanas del contagio, puede dar lugar a un síndrome de linfomonocitosis infecciosa con fiebre, adenomegalias y artralgias.

En estos pacientes hay un aumento de la incidencia de TBC ganglionar y linfomas no Hodgkin.

1.C. OTRAS ADENITIS:

- **Nocardiosis:** se da en inmunodeprimidos que presentan un flemón dental, con adenopatías con necrosis supurativa y formación de abscesos. Tendencia a recurrencias y exacerbaciones.

- **Enfermedad de Kawasaki:** en niños pequeños que cursan con fiebre, edema facial, conjuntivitis, eritema en manos y pies y tejidos perorales



con adenopatías cervicales. Pueden aparecer complicaciones cardíacas y renales.

2. PATOLOGÍA QUÍSTICA:

Se trata de procesos de origen embrionario por atrapamiento de células.

2.A. HIGROMA O LINFANGIOMA QUÍSTICO:

Dilatación de uno cavernoso o paro del desarrollo de los sacos linfáticos. Presente en el nacimiento y el 90% detectable al final de segundo año de vida. Típico en cuello, en triángulo posterior. Se trata de una masa blanda, indolora, depresible y lobulada unilateral cervical. Son cavidades multiloculares revestidas de células endoteliales que continúan produciendo líquido linfático. De esa manera su crecimiento va de gradual a rápido con compresión o desplazamiento de estructuras adyacentes.

El diagnóstico se confirma con ultrasonido, que revela la naturaleza quística del higroma. En lesiones extensas y con compromiso importante de estructuras vitales es más útil la tomografía computada con medio de contraste endovenoso. También resulta útil la PAAF.

La excisión quirúrgica completa a veces es imposible por su carácter infiltrativo. Las terapias alternativas son inyección intralesional de corticoides, aspiraciones repetidas, incisión y drenaje e inyección de agentes esclerosantes.

2.B. QUISTES DEL CONDUCTO TIROGLOSO:

Debidas a anomalías en el cierre del tracto tirogloso que va desde la base de la lengua al istmo tiroideo. Se localizan frecuentemente en línea media



cervical, adyacentes a hueso hioides, aunque puede darse en cualquier sitio del tracto tirogloso. Es el tumor congénito cervical más frecuente (70%) y la segunda más frecuente en niños después de las adenopatías. Se moviliza con la deglución y protusión lingual. Puede infectarse y fistulizar. La ecografía cervical localiza el quiste y la glándula. También se diagnostica por gammagrafía, RNM y BAAF. Su tratamiento será quirúrgico mediante la intervención de Sistrunk, en la que se sigue el trayecto fistuloso a través de los músculos milohioideo, genihioideo y geniogloso hasta el foramen ciego, siendo preciso reseca la parte central del hioides para evitar recidivas.

2.C. QUISTES BRANQUIALES:

Se trata de una anomalía congénita, de expresión tardía, por la persistencia de una hendidura branquial. Los quistes branquiales aparecen en las mismas localizaciones de los senos y a veces son difíciles de diferenciar de adenopatías o de otras masas cervicales, sobretodo si están infectados. Los quistes de la primera hendidura son infrecuentes. Los restos epiteliales del segundo y tercer arco branquial pueden originar los quistes branquiales, que se presentan como masas fluctuantes cervicales en el adulto joven. Los quistes y senos de la segunda hendidura branquial comunican con la fosa amigdalina pasando a través de la bifurcación de la arteria carótida, y exteriorizándose a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. De esa manera, las infecciones son producto de gérmenes que penetran por el conducto auditivo externo o son llevados por la saliva al quiste desde la faringe. Son blandos, depresibles y se prolonga en profundidad hasta llegar a la pared de la faringe. La ecografía lo caracteriza como quístico o de contenido hipoecogénico. El tratamiento de los restos branquiales es la extirpación quirúrgica no solo por motivos estéticos si no que para evitar su infección.



2.D. FÍSTULAS BRANQUIALES:

Si el segundo arco branquial no crece sobre el tercero y el cuarto, los restos de las segunda tercera y cuarta hendiduras branquiales pueden mantener su contacto con la superficie a través de un conducto que es la fístula branquial.

2.E. QUISTES DERMOIDES:

Son malformaciones que se localizan en la línea media del cuello y que se desarrollan a partir de células embrionarias pluripotenciales. Los quistes de inclusión que contienen glándulas sebáceas y folículos pilosos son dermoides. Los que carecen de esos elementos son epidermoides, pero ambos tipos contienen material sebáceo y son consecuencia de inclusiones de ectodermo bajo la superficie de la piel durante el período embrionario.

La localización más frecuente es a nivel del suelo de boca. Se suelen presentar de los 15-35 años, masa lisa, redondeada, firme o blanda, indolora, con posibilidad de infección y fistulización. Se diagnostica a través del TC y RNM, con detección de grasa dentro de la lesión. Se debe hacer diagnóstico diferencial con quiste tirogloso (el quiste dermoide no se mueve al la deglución y protusión). Su tratamiento es la extirpación quirúrgica ya que tienden a crecer.

3. *PATOLOGÍA TUMORAL:*

3.1. LINFOMAS:

Se presentan como linfadenopatías en cabeza y cuello. Malignidad más frecuentes en niños (50%). Son enfermedades linfoproliferativas que se clasifican en linfoma de Hodgkin y np-Hodgkin.

En la enfermedad de Hodgkin, el primer síntoma es una adenopatía cervical inferior o supraclavicular, indoloras, móviles y elásticas. Otras



formas de presentación de los linfomas pueden ser esplenomegalia, masas mediastínicas, masas digestivas,....).

Los **Linfomas no Hodgkin** afectan principalmente entre la cuarta y séptima década y predominancia en varones y etiología desconocida. Aparecen adenopatías cervicales y las lesiones extraganglionares en la amígdala. También fosas nasales y senos paranasales. En el 80% de los casos se presentan en estadíos avanzados.

Diferencias entre Hodgkin y no-Hodgkin:

HODGKIN

- Afectación nodal continua y/o localizada
- Rara la enfermedad extranodal
- Afectación inmunidad celular

NO-HODGKIN

- Afectación nodal discontinua y generalizada
- Frecuente la enfermedad extranodal
- Afectación inmunidad humoral

En caso de adenopatías siempre se realizará una analítica básica y una rx de tórax y eventualmente pruebas serológicas para mononucleosis, toxoplasmosis y sífilis.

En un adulto con una masa supraclavicular única y dura, la exploración se orientará hacia la búsqueda de lesiones primarias en el territorio broncopulmonar, gastrointestinal, genitourinario, mama, etc. En adenopatías cervicales bajas o supraclaviculares la exploración física debe incluir siempre una palpación detallada de las mamas, y una exploración abdominal y pélvica (tacto rectal y vaginal) para descartar tumor prostático o ginecológico.

En tumores situados en la zona cervical, se realizará una exhaustiva exploración O.R.L,. Se puede realizar un TEGD, una gammagrafía tiroidea y un



TAC craneal, cervical o torácico. Se realizará una laringoscopia directa, una esofagoscopia y una broncoscopia con biopsia de las posibles lesiones sospechosas. Cuando no se identifica el tumor primario, hay que valorar la realización de biopsias al azar de la nasofaringe, las amígdalas palatinas y la base de la lengua. Si no se reconoce un origen, se puede obtener material para estudio citológico de la masa mediante PAAF y, en caso necesario, realizar biopsia escisional. En tumoraciones múltiples es más probable un origen linfomatoso o infeccioso.

Si con todo ello no se ha establecido el diagnóstico, habrá que obtener una muestra del ganglio para estudio A.P. La PAAF es útil para diagnosticar malignidad. En el caso del linfoma puede especificar el grado de malignidad en un 75% de casos. Es una técnica inocua, segura y fiable en la valoración de cualquier masa cervical., Si se sospecha una masa maligna nunca se realiza previamente otra técnica de biopsia que no sea la PAAF, ya que corremos el riesgo de producir una siembra o diseminación tumoral en la herida quirúrgica con aumento de la morbi-mortalidad.

En el Linfoma no Hodgkin el tratamiento será:

- De bajo grado: RDT y CVP(ciclofosfamida, vincristina y prednisona)
- De grado intermedio: CHOP(ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona) y RDT
- De alto grado: QTP agresiva, transplante de médula ósea.

En el Linfoma Hodgkin: RTP y QTP.



3.2. TUMORES PRIMITIVOS:

3.2.1. TUMORES VASCULARES BENIGNOS:

HEMANGIOMA: Aparecen en primer año de vida como máculas eritematosas blandas cervicofaciales. Los hemangiomas son bastante comunes en la cabeza y el cuello de los niños. Aunque un 30% de ellos está presente al nacer, muchos no se hacen evidentes sino hasta después del primer mes de vida. El sexo más afectado es el femenino, tres veces más que el masculino. Habitualmente se clasifican en capilares, cavernosos y mixtos, apareciendo principalmente en cara y cuero cabelludo, y sobretodo en labios, párpados, nariz, occipucio y orejas, tendiendo a crecer durante el primer año de vida y luego regresar gradualmente alrededor de los tres o cuatro años

Para grandes hemangiomas o lesiones rápidamente proliferativas se ha empleado quimioterapia, sustancias esclerosantes, corticoides, radiaciones y terapia con láser.

LINFANGIOMAS: aparecen en la infancia, y en su mayoría antes del primer año de vida. Se caracterizan por ser una masa fluctuante, difusa, blanda, localizada frecuentemente en el triángulo posterior, producida por desarrollo incompleto u obstrucción del sistema linfático. El tratamiento es quirúrgico si la lesión es accesible o si afecta funciones vitales.

TUMOR DEL CUERPO CAROTÍDEO: Es un tumor habitualmente benigno, originado en los baroreceptores de la bifurcación carotídea. Por ello es lateral y se palpa en estrecha relación con este vaso como una masa pulsátil, compresible, que se rellena rápidamente al soltarla y se mueve en sentido lateral, pero no vertical. Es sólido y ante la sospecha, debe estudiarse con arteriografía. Su tratamiento es quirúrgico.



3.2.2. TUMORES NEURÓGENOS:

NEURILENOMAS Y SCHWANOMAS: son tumores de origen neurogénico que pueden ocurrir en cualquier zona del cuello, pero se ubican con mayor frecuencia en el espacio parafaríngeo y que al examen físico pueden producir desplazamiento de la amígdala hacia la línea media. No tienen características diagnósticas especiales, pero pueden comprometer nervios que producen síntomas característicos como parálisis vocal si se compromete el nervio vago o síndrome de Horner si se compromete el simpático cervical. La resonancia puede mostrar áreas microquísticas dentro de la masa.

LIPOMAS: Son tumores blandos que pueden ubicarse en distintas localizaciones del cuello, generalmente en pacientes > 35 años. Son de tejido adiposo subcutáneo o submucoso. El diagnóstico se confirma con la biopsia excisional.



4. BIBLIOGRAFÍA

Martín-Granizo R. Cirugía Oral y Maxilofacial. GSK. Madrid, 2004.