

11209

2

209

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

"SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL"

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGIA GENERAL

TUMORES BENIGNOS DE CUELLO

FALLA DE ORIGEN

DRA. MARIA TERESA AGUILAR IBARRA

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

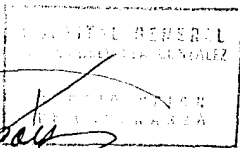
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES

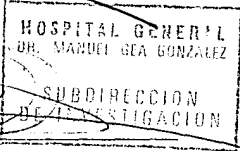
DR J.J. MAZON RAMIREZ.

SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA



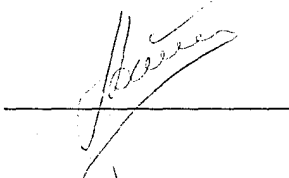
DRA. DOLORES SAAVEDRA O.

SUBDIRECTOR DE INVESTIGACION



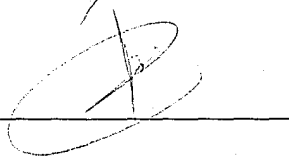
DR. R. IBÁÑEZ M.A.

INVESTIGADOR RESPONSABLE



DR. CARLOS QUINTOS ARANDA.

JEFE DE CIRUGIA GENERAL.



INDICE

ANATOMIA DESCRIPTIVA.....	1
ANATOMIA TOPOGRAFICA.....	10
PATOLOGIA FRECUENTE DE CUELLO.....	13
TUMORES BENIGNOS DE CUELLO.....	15
MATERIAL Y METODO.....	30
RESULTADOS.....	32
DISCUSION.....	34
CONCLUSIONES.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	45



ANATOMIA

El cuello es el segmento corporal que une a la cabeza con el tórax. Tiene como límites hacia arriba el borde inferior del cuerpo del maxilar inferior y el borde posterior de su rama, los bordes de la apófisis mastoideas, la línea curva occipital superior y la protuberancia occipital externa. Hacia abajo el borde superior del mango esternal, la clavícula y una línea horizontal que pasa por la apófisis espinosa de la séptima cervical y por las articulaciones acromioclaviculares.

EMBRIOLOGIA

El cuello como se observa en el humano adulto no existe en el embrión. La historia de la región es la historia de los órganos contenidos en ella sin embargo un evento importante es el alargamiento de la faringe a las 5 semanas y la prolongación posterior del esófago que junto con el descenso del diafragma separan la cabeza del embrión de su corazón. El cuello es visible hasta las 7 semanas cuando se reducen los arcos branquiales apareciendo un estrechamiento entre la cabeza y el tórax pero no es sino hasta la duodécima semana cuando se encuentra un cuello verdadero.

Las estructuras del cuello forman un conjunto tan compacto que casi cualquier lesión se expresa como una masa palpable o visible. Es por ésto que es importante conocer la localización exacta y las relaciones de los diferentes elementos del cuello.

MUSCULOS

Los músculos del cuello pueden dividirse en cuatro grandes grupos:

- 1) Laterales.-
 - a) Cutáneo del cuello
 - b) Esternocleidomastoideo
 - c) Escalenos
 - d) Recto lateral

- 2) Infrahioideos.-
 - a) Esternocleidohioideo
 - b) Omohioideo
 - c) Esternotiroideo

- 3) Suprahioideos.-
 - a) Digástrico
 - b) Estilohioideo
 - c) Milohioideo
 - d) Genihioideo

- 4) Prevertebrales.-
 - a) Rectos anterior mayor y menor de la cabeza

b) Largo del cuello

APONEUROSIS

SUPERFICIAL:

Su cara superficial está separada de la piel por el tejido celular subcutáneo y su cara profunda circunscribe un cilindro centrado por la columna vertebral. Este cilindro se encuentra subdividido en un espacio anterior y otro posterior por medio de un tabique transversal que después de originarse a los lados de la aponeurosis superficial y envolver a los escalenos, termina insertándose en las apófisis transversas de las vértebras cervicales. En el espacio anterior se localizan las vísceras, vasos y nervios principales del cuello y en el espacio posterior los músculos de la nuca. Por otro lado, la aponeurosis superficial envuelve al músculo esternocleidomastoideo y al trapecio.

MEDIA: Ocupa todo el triángulo limitado por los dos músculos omohioideos, el hueso hioides y el orificio superior del tórax. En la línea media anterior forma una sola hoja con la aponeurosis superficial.

PROFUNDA: Recubre los músculos prevertebrales, las apófisis transversas y los músculos que se insertan en éstas. En ella descansan las estructuras

más importantes del cuello.

ESPACIOS DEL CUELLO

A pesar de la cercanía entre las diferentes estructuras del cuello, existen diferentes espacios entre algunas de éstas, lo cual es de gran interés para el cirujano:

- 1.- Espacio entre la piel y la aponeurosis cervical superficial. Se interpone el tejido celular subcutáneo, donde transcurren las venas yugulares anterior y externa, el músculo cutáneo del cuello y los filetes sensitivos de los nervios raquídeos cervicales.
- 2.- Espacio entre la aponeurosis cervical superficial y media. Se encuentran fusionadas en la línea media pero separadas a los lados por una capa de tejido celular. Por arriba de la horquilla esternal se apartan circunscribiendo el espacio supraesternal en el que se encuentran ganglios linfáticos y la vena yugular anterior.
- 3.- Espacio entre la aponeurosis cervical media y la profunda. Se encuentra el gran espacio visceral que comunica hacia abajo con el mediastino y la cavidad axilar y hacia arriba con el espacio maxilofaríngeo.

4.- Espacio prevertebral. Limitado hacia adelante por la aponeurosis del mismo nombre y contiene los músculos prevertebrales así como el simpático cervical.

5.- Compartimiento submaxilar. Encierra a la glándula submaxilar en la base de la cara y del cráneo. Se encuentra formado por una hoja superficial y otra profunda a expensas del desdoblamiento de la aponeurosis cervical superficial.

6.- Compartimiento parotídeo. Contiene a la glándula parótida y resulta de la bifurcación de la aponeurosis superficial en una hoja superficial y otra profunda. Por debajo de la parótida hay a su vez dos espacios con respecto a la apófisis estiloides: Preestiliano que está por delante de la apófisis relacionado con la cara externa de la amígdala por lo cual se llama también paramigdalino. Se comunica hacia abajo con el espacio submaxilar y contiene las arterias faríngea y palatina inferiores así como al nervio glossofaríngeo. El espacio retroestiliano se encuentra por detrás de la apófisis estiloides y se relaciona por dentro con el pilar posterior del velo del paladar, se comunica hacia abajo con el espacio visceral y contiene a algunos elementos vitales como la carótida interna y la vena

yugular interna. Estos tres espacios conforman lo que los anatomistas denominan espacio maxilofaríngeo.

7.- Espacio retrofaríngeo. Se encuentra limitado a los lados por los tabiques sagitales y contiene múltiples ganglios linfáticos que pueden originar abscesos.

ARTERIAS DEL CUELLO

CAROTIDA PRIMITIVA: Nace del tronco braquiocefálico y del arco aórtico entrando al cuello por detrás de la articulación esternoclavicular. Ascende y se bifurca en carótida interna y externa a nivel del cartílago tiroides. Cada una de las carótidas está envuelta por una vaina fibrosa común con la vena yugular interna situada por fuera y el nervio vago situado en un plano posterior con relación a los vasos.

CAROTIDA INTERNA: Nace de la bifurcación de la carótida primitiva en el sitio donde se encuentra una dilatación, el bulbo carotídeo que es un barorreceptor. Pasa por el espacio retroestiliano, el conducto óseo carotídeo del peñasco y el seno cavernoso para terminar por dentro de las apófisis clinoides anteriores.

CAROTIDA EXTERNA: Nace en la bifurcación de la carótida primitiva y ter-

mina a nivel del cuello del cóndilo del maxilar inferior donde se bifurca en temporal superficial y maxilar interna. Pasa a través del triángulo carotídeo, pasando después por debajo del músculo digástrico y del estilogloideo y penetra a la glándula parótida la cual recorre para terminar en el cóndilo ya mencionado. En su trayecto da algunas ramas colaterales de importancia como son las arterias tiroalaríngea, lingual, facial, occipital, auricular posterior y faríngea inferior.

SUBCLAVIAS: Nacen del tronco braquiocefálico y del arco aórtico terminando debajo de la clavícula en donde se continúan con las arterias axilares. A nivel cervical se encuentran cubiertas por piel, tejido celular subcutáneo y las aponeurosis media y superficial en el triángulo omoclavicular. En su trayecto dan ramas de importancia como son las arterias vertebral, tiroidea inferior (ocasionalmente), mamaria interna, intercostal superior, escapular superior, escapular posterior, cervical profunda.

VENAS DEL CUELLO

VENAS YUGULARES ANTERIORES: Nacen de la región submentoniana, pasan por debajo del músculo esternocleidomastoideo para terminar en la vena

subclavia.

VENAS YUGULARES EXTERNAS: Deriva del tronco venoso temporomaxilar y cruzando por encima del músculo esternocleidomastoideo termina en la vena subclavia.

VENAS YUGULARES INTERNAS: Nacen en el agujero rasgado posterior colectando sangre venosa procedente del encéfalo pasando junto a la carótida interna y a la primitiva para anastomosarse con la vena subclavia para formar el tronco venoso braquiocefálico. Recibe algunas afluentes colaterales importantes como el tronco tirolinguofacial, el tronco temporomaxilar, el tronco aurículooccipital, la vena tiroidea media y las venas faríngeas.

VENAS SUBCLAVIAS: Continúan de las venas axilares. Se extienden desde la cara profunda de la extremidad interna de la clavícula hasta su anastomosis con la yugular interna. Acompañan a la arteria subclavia por delante. Como afluentes reciben a las venas yugulares anterior y externa.

SISTEMA LINFÁTICO DEL CUELLO

Se encuentra dispuesto básicamente en cadenas que acompañan estructuras del cuello las cuales dan por tanto su nombre a éstas.

Se encuentran entonces la cadena yugular o carotídea, cadena de la arteria cervical transversa, cadena de la yugular anterior, de la yugular externa, de los nervios recurrentes, grupos prelaríngeos, pretiroideos, pretraqueales, retrofaríngeos que finalmente confluyen en un tronco común: el conducto yugular.

NERVIOS DEL CUELLO

Los cordones nerviosos que pasan por el cuello pueden dividirse en 3 grupos:

- 1.- Nervios raquídeos: Se originan en los 8 segmentos de la médula cervical y primer segmento cervical torácico. Dan ramas anteriores que forman el plexo braquial y el plexo cervical torácico así como ramas posteriores que inervan el cuero cabelludo, la nuca y parte del dorso.
- 2.- Nervios craneales: Nacen del tronco encefálico pasando por el cuello comprendiendo a los nervios trigémino, facial, glossofaríngeo, vago, espinal e hipogloso.
- 3.- Nervios vegetativos simpáticos: Procedentes de la columna gris intermediolateral de la médula torácica.

ANATOMIA TOPOGRAFICA

El cuello ha sido descrito desde el punto de vista topográfico de acuerdo a triángulos naturales del mismo:

1.- Triángulo cervical anterior: Límite superior.- borde inferior de la mandíbula; límite lateral.- músculo esternocleidomastoideo y límite medial.- línea media del cuello. Este triángulo a su vez puede subdividirse en cuatro triángulos:

a) Triángulo submandibular: arriba.- borde inferior de la mandíbula y abajo .- vientres anterior y posterior del músculo digástrico. Contiene como estructuras importantes a la glándula submandibular, ramas del nervio facial, parte de la arteria facial, nervio hipogloso, nervio lingual, arteria y vena sublinguales y glándula sublingual.

b) Triángulo submentoniano: Límite lateral.- vientre anterior del músculo digástrico, inferior.- hueso hioides, medial .- línea media, piso.- músculo milohioideo, techo.- piel y aponeurosis superficial. El contenido de este triángulo es de ganglios linfáticos que reciben linfa de la piel de la barba, labios inferiores, el piso de la boca y la punta de lengua.

c) Triángulo Carotídeo: Límite posterior.-músculo esternocleidomastoideo,

anterior.- vientre anterior del omohioideo, superior.- vientre posterior del músculo digástrico, piso.- músculo hipogloso constrictor inferior de la faringe, músculo tiroideo, músculo largo del cuello y constrictor medio de la faringe. Este triángulo contiene a la bifurcación de la carótida, arteria carótida interna, ramas de la carótida externa, venas tributarias yugulares y nervio vago, accesorio espinal, hipogloso y una porción de los nervios simpáticos.

d) Triángulo Muscular: Límites superolateral.- Vientre anterior del músculo omohioideo, lateroinferior.- músculo esternocleidomastoideo, medial.- línea media del cuello, piso.- músculo esternohioideo y esternotiroideo, techo.- capa envolvente de la aponeurosis profunda, músculos infrahioideos, esternohioideo y cricotiroideo. Contiene a la glándula tiroides, paratiroides, tráquea, esófago y tronco nervioso simpático.

2.- Triángulo cervical posterior: Límite anterior.- músculo esternocleidomastoideo, posterior.- borde anterior del músculo trapecio, inferior.-clavícula, piso.- músculo esplenio, músculo elevador de la escápula y los tres escalenos, techo.- capa envolvente de la aponeurosis cervical.

Contiene a la arteria subclavia, vena subclavia, nervios cervicales, plexo braquial, nervio frénico, nervio frénico accesorio, nervio espinal y ganglios linfáticos. A veces puede dividirse en dos triángulos por el vientre posterior del músculo omohioideo dando el triángulo occipital y el subclavio.

Debe recordarse que la dirección de las líneas de Langer en el cuello sugiere que se deben hacer incisiones cutáneas transversas siempre que se pueda aunque existen algunas excepciones como en el caso de la parotidectomía y de ciertos casos de disección radical de cuello. Por otro lado, no debe olvidarse a nivel superficial la localización del nervio facial en el triángulo submaxilar en donde se encuentran sus ramas mandibular y cervical estando esta última a 3 cm. del borde de la mandíbula por lo que la piel debe incidirse de 4 a 5 cm por debajo de ésta.

Otro detalle importante es recordar que en el sitio donde las venas superficiales del cuello horadan la lámina de revestimiento de la aponeurosis cervical, se insertan firmemente a ésta y por lo tanto al seccionarlas permanecen generalmente abiertas, por lo que la hemostasia a este nivel debe ser especialmente cuidadosa durante un acto quirúrgico.

FIGURA 1



F. S. S. S. S.

PATOLOGIA FRECUENTE DE CUELLO

En el cuello es probable que exista una mayor variedad de enfermedades que en cualquier otra parte del cuerpo. Estas alteraciones pueden ir desde tumores en la glándula tiroidea hasta padecimientos raros como el hemangioendotelioma de la glándula submaxilar. Por la anatomía del cuello, gran número de enfermedades se manifiestan como masas palpables existiendo reportes en los que se menciona que el porcentaje de pacientes con masas en cuello es de un 3.9% de todas las admisiones y un 1.22% de todos los pacientes quirúrgicos (8).

La mitad de los problemas en cuello son a expensas de la glándula tiroidea. El resto se han clasificado en:

- a) Inflamatorias
- b) Neoplásicas y malignas
- c) Congénitas y misceláneas (Slaughter)

Las masas secundarias a procesos inflamatorios se presentan en un 3.2% encontrándose en su mayoría en relación con alguna infección como las dentarias que drenan a ganglios submandibulares y causan abscesos.

Las masas neoplásicas se presentan en un 84% de las cuales 80% son metástasis (encontrándose el lugar de origen o tumor primario a nivel supraclavicular en la mayoría) y el restante 20% son tumores primarios de cuello: Glándulas salivales en 40% y linfoma primario de ganglios cervicales en 60% (5, 8). Las masas de etiología congénita son más frecuentes en niños y se presentan en un 12%. El quiste tirogloso es un ejemplo ya que es la causa más común de tumor en la línea media del cuello entre los 6 meses y los 15 años de edad (9).

TUMORES BENIGNOS

Los tumores benignos de cuello son poco frecuentes encontrándose en un 15% aproximadamente de los tumores de cuello, siendo igual de frecuentes en ambos sexos (5, 7). Clínicamente algunos datos pueden orientar a su diagnóstico sin ser definitivos. La edad del paciente y el tiempo de evolución son importantes como lo menciona Hendrick: " *Los tumores y quistes que han estado presentes por años generalmente son congénitos en contraste con los que aparecieron meses antes que probablemente sean neoplásicos y aquellos que aparecieron hace días que deben ser inflamatorios. El dolor temprano indica en la mayoría de los casos una inflamación y cuando se presenta en forma tardía representa a una neoplasia...*"

Esto ha llevado a sugerir la regla de los 7 por Skandalakis en donde se dice que los tumores inflamatorios han existido por 7 días, los tumores neoplásicos por 7 meses y los tumores de origen embrionario por 7 años. Por otro lado, con respecto a la edad las neoplasias se encuentran en el grupo de mayor edad, siguiendo los tumores inflamatorios y los tumores congénitos en las poblaciones de menor edad (5, 7, 8, 9).

LESIONES CONGENITAS

CONDUCTO TIROGLOSO: Los quistes o fistulas del conducto tirogloso son lesiones de origen congénito que surgen de remanentes epiteliales a lo largo del trayecto del conducto tirogloso embrionario. Estos restos embrionarios pueden encontrarse en cualquier parte entre el orificio ciego en la base de la lengua y el hueso supraesternal., aunque la mayoría se encuentran cerca del hueso hioides, ya que debe recordarse que el hioides se fusiona anteriormente en la sexta semana de gestación por lo que puede incluir remanentes del conducto tirogloso. Además, su localización más frecuente es en la línea media pero pueden desviarse ligeramente a la derecha o a la izquierda de la misma. La consistencia de estos tumores es suave y quística. Se consideran dentro de las patologías más frecuentes de cuello en los pacientes pediátricos reportando una serie realizada por Torsiglieri, 73 casos de 445 pacientes con tumores en cuello (16%) presentándose entre los 9 meses y los 17 años con una media de 6.1 años. La localización fué en la línea media en 85% (6, 8, 9, 10). Beahrs menciona que puede palpase un cordón sobre el hueso hioides frecuentemente, lo cual representa al conducto obliterado. Múltiples textos quirúrgicos

mencionan que el diagnóstico de quiste tirogloso se hace en base al hallazgo de una masa semicircular en la línea media a nivel o por debajo del hueso hioides que asciende con la deglución y con la protrusión de la lengua sin embargo, debe tenerse en mente la posibilidad de que se trate de otras patologías como quistes sebáceos y quistes dermoides o el lóbulo piramidal de la glándula tiroidea principalmente (5, 7, 8, 11, 12). El tratamiento es quirúrgico enfatizando algunos autores como Howard y Lund la importancia de una disección de cuello adecuada para este tipo de patologías. En 1893 se describió por primera vez la resección de la porción central del hueso hioides y la disección del conducto tirogloso por Shlange. En 1920 Sistrunk popularizó la operación que actualmente lleva su nombre, recomendando reseca un cuarto de pulgada (0.63cm) del hueso hioides en su parte central y una porción de músculo de un octavo de pulgada (0.32 cm) alrededor del conducto para prevenir la fragmentación del mismo antes de llegar a la base de la lengua. Actualmente la atención ha sido desviada hacia el hecho de que frecuentemente se encuentran múltiples conductos y ramas del mismo. Otros autores como Mickel y Calcaterra proponen una modificación de la operación de Sistrunk realizando

una disección de cuello más amplia en los adultos, resecaando 3 - 4 cm de la parte central del hueso hioides y 2 - 3 cm de músculo hasta el nivel del foramen ciego. Los resultados de la cirugía son generalmente satisfactorios pero además de la resección incompleta del conducto, la infección es otro factor importante que favorece las reintervenciones (9, 12, 13, 14).

ANOMALIAS BRANQUIOGENICAS: El aparato branquial humano comprende cinco pares de arcos mesodérmicos separados por cuatro pares de invaginaciones endodérmicas y ectodérmicas llamadas bolsas y hendiduras respectivamente. Una fístula de origen branquial comprende remanentes de ambas bolsas y hendiduras, un seno branquial es un tracto abierto a intestino o a piel pero no a ambos y un quiste no se abre a ninguno. En el humano el quinto arco branquial generalmente no se desarrolla (6, 15).

Las lesiones del aparato branquial difieren de los problemas del conducto tirogloso en su posición lateral, Gross refiere haberlos encontrado en ambos lados en un 17%. Estas anomalías comprenden fístulas, trayectos fistulosos, quistes y restos cartilagosos así como cutáneos. Estas provienen generalmente del segundo arco branquial (junto con la hendidura y la bolsa procedentes del mismo arco) aunque también el primero y

el tercero se han encontrado comprometidos, se estima que 95% de las anomalías congénitas derivadas del aparato branquial provienen del segundo arco y 5% del primero y tercero (1, 5, 6, 8). Recientemente se ha hablado de la existencia de quistes y senos procedentes del cuarto arco branquial. En 1973 Tucker reportó un paciente con absceso de cuello recurrente en el que se encontró un seno que iba del ápex del seno piriforme hasta la región lateral del cuello. Desde entonces, se han reportado múltiples casos similares y actualmente se piensa que se originaron del cuarto arco branquial. Más recientemente estos trayectos se han relacionado con episodios recurrentes de tiroiditis aguda supurativa y abscesos retrofaríngeos, ya que algunos procesos patológicos como infecciones del tracto respiratorio superior, por ejemplo neumonía, pueden acompañar a estos problemas y oscurecer su diagnóstico (7, 15, 16). En general, se puede hacer un diagnóstico bastante exacto con una breve inspección. Telander reporta que en su experiencia los tractos o fístulas de los arcos branquiales se ven con mayor frecuencia en la primera década de la vida, mientras que los quistes por lo general se descubren después de la segunda década. Las fístulas y los tractos de la segunda hendidura branquial están a lo largo del borde

anterior del músculo esternocleidomastoideo, en el tercio inferior de éste, pueden ser bilaterales, generalmente tienen una abertura fistulosa del tamaño de un alfiler a través de la cual exuda material mucoso y el tracto puede llegar a la faringe o ser simplemente un conducto con un punto de salida visible en la piel. El punto de entrada en la faringe puede estar en cualquier parte desde la nasofaringe hasta la hipofaringe, pero la mayor parte de las veces se encuentra en la región de la fosa amigdalina; en contraste, los quistes sin fístulas suelen verse en niños mayores, adolescentes y adultos. Muchas veces su situación es más alta que la de las fístulas, son comunes en la región de la bifurcación de la arteria carótida, no suelen tener tractos comunicantes o fístulas y se presentan como una masa indolora en el cuello a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo; debe hacerse diagnóstico diferencial con higroma quístico, linfadenopatía benigna, linfomas, tumores del cuerpo carotídeo, hemangiomas y neurofibromas. La histología de estos padecimientos muestran un revestimiento de epitelio respiratorio excepto en los casos en los que ha habido inflamación, también puede aparecer considerable tejido linfoide debajo del epitelio. En vista de que estos

quistes tienden a infectarse y por otro lado existe la controversia con respecto a malignización, el tratamiento definitivo para quistes branquiales, senos y fístulas es la extirpación quirúrgica. Sin embargo, la evolución clínica de algunos pacientes puede ser larga y frustrante de no hacerse el diagnóstico correcto. En un reporte de la Clínica Mayo se encontró un 23% de los pacientes con antecedente de infección previa al ser revisados por primera vez; si la lesión presenta infección aguda en la primera revisión es necesario controlar ésta antes de operar, lo cual se puede lograr con antibióticos únicamente y en algunos casos muy infectados con incisión y drenaje. Por otro lado, la extirpación va a depender del problema que se presente, cuando se trata de un resto cartilaginoso simple se puede extirpar localmente y por lo general no se asocia con ningún trayecto ni quiste, pero cuando se extirpa una fístula de la primera hendidura branquial que llega hasta el conducto auditivo externo se debe realizar una incisión elíptica alrededor de la abertura de la fístula, que suele estar por debajo de la porción media de la rama del maxilar inferior y en la región del triángulo submaxilar. Se continúa la incisión por detrás de la mandíbula, luego hacia arriba por delante del pabellón auricular y se disecciona a lo

largo del tracto hasta su incursión en el conducto auditivo externo en donde se liga y secciona. La extirpación de un quiste branquial se realiza por medio de una incisión transversa sobre el mismo quiste, éste debe eliminarse junto con la fístula adyacente y debe prestarse especial atención de no lesionar nervios como el vago, espinal e hipogloso, ya que en la mayoría de las veces se encuentran estos quistes en la profundidad de la aponeurosis cervical profunda en íntima asociación con los vasos carotídeos y con la vena yugular interna. Debe hacerse énfasis en el caso de los lactantes ya que no se recomienda someterlos a tratamiento quirúrgico para extirpar cualquiera de estas anomalías hasta que hayan cumplido entre 3 y 6 meses.

HIGROMA QUISTICO: Es una lesión quística multilocular que se origina de vasos linfáticos embrionarios. Puede comprometer a todo el cuello y aunque es benigna puede ser invasiva localmente. Generalmente aparece en niños durante la primera década de la vida (5, 8).

LESIONES NEOPLÁSICAS BENIGNAS

LIPOMAS: Los lipomas son neoplasias benignas verdaderas de tejido adipo-

so maduro y se encuentran entre los tumores mesenquimatosos benignos de tejidos blandos más comunes representando entre el 4 y 5% de todas las neoplasias benignas. Generalmente se encuentran en los tejidos blandos de cuello, tronco, dorso y extremidades, pueden presentarse en muchas formas; convencionalmente los lipomas son tumores benignos subcutáneos o submucosos bien encapsulados que se componen de tejido fibroadiposo maduro con grados variables de fibrosis, el grado de vascularidad varía y si los vasos comprenden cuando menos el 15% de la masa tumoral la lesión se llama angioliipoma. Existen angioliipomas infiltrantes y no infiltrantes, los no infiltrantes generalmente son nódulos subcutáneos dolorosos solitarios; los infiltrantes se encuentran en tejidos más profundos, no encapsulados y aunque histologicamente son benignos, pueden invadir e infiltrar hueso, músculo, tejido nervioso y otros tejidos más profundos. Además presentan una recurrencia mayor que otras lesiones lipomatosas y dentro de este grupo se conocen dos tipos de lipomas no vasculares: el tipo intermuscular que crece entre grandes fascículos musculares y el intramuscular que crece entre fibras musculares por dentro de fascículos individuales. Ambas formas están compuestas por adipocitos normales

maduros. Otro grupo de lipomas es el de células espinosas que puede confundirse con liposarcomas histológicamente ya que están compuestos de células adiposas y espinosas (similares a los fibroblastos) en una matriz de colágena, son más comunes en hombres entre los 45 y 70 años y se presentan en la región posterior de cuello y hombro.

La patogénesis de los lipomas es desconocida pero se piensa que surgen de restos embrionarios de tejido adiposo o posiblemente de degeneración grasa de otras líneas celulares como el tejido muscular.

La lipomatosis es una alteración que se presenta cuando se deposita tejido graso no encapsulado en cantidades anormales en múltiples localizaciones del cuerpo. Existen tres formas:

- 1.- Lipomatosis congénita difusa que se presenta generalmente en el tronco.
- 2.- Lipomatosis simétrica difusa que se presenta en adultos predominantemente en el cuello lo cual puede producir inflamación importante y en casos extremos puede dar síntomas de compresión respiratoria.
- 3.- Lipomatosis múltiple que se presenta en extremidades.

Todas las lesiones adiposas son estructuralmente parecidas al tejido

adiposo normal, pero diferentes metabólicamente; mientras que el catabolismo corporal por cualquier situación reduce las reservas grasas, las neoplasias lipomatosas no se ven afectadas por éste.

El tratamiento en todos los casos es la extirpación quirúrgica.

(5, 17, 18, 19)

NEUROFIBROMAS:- Los tumores del sistema nervioso periférico comprenden a neoplasias que tradicionalmente se han dividido en neurofibromas, neurilemmoma (schwannoma) y neurofibrosarcoma. Aunque se sabe que estas neoplasias se presentan generalmente en niños, la frecuencia en relación con otros tumores de tejidos blandos en este grupo de edad y la distribución de varios subtipos histológicos han recibido relativamente poca importancia. Varios reportes de neoplasias de tejidos blandos en niños concluyen que los tumores neurogénicos comprenden entre el 4 y el 16% de todos los casos. La célula de Schwann y en algunos casos la célula perineural se piensa que dan origen al neurofibroma y al neurilemmoma (Stout 1935). El neurilemmoma se puede presentar a cualquier edad aunque algunos reportes como el de Sharaki muestran un rango de edad entre 18 y 48 años con un promedio de 32 años, pero el neurofibroma es el tumor de

tejido nervioso periférico más frecuente como lo afirma Coffin reportando un 43% de neurofibromas en una serie y además un 17% relacionado con la neurofibromatosis de von Recklinghausen.

Otras lesiones neoplásicas benignas son los quistes sebáceo que ocasionalmente son dermoides y los fibromas que frecuentemente se confunden con lipomas. En todos estos casos se recomienda la resección quirúrgica total (8, 20, 21, 22, 23, 24).

TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES: Los tumores de glándulas salivales son los más frecuentes. Estos se presentan generalmente como masas de crecimiento lento, indoloras, desplazables, firmes, de apariencia nodular o quística. En la glándula parótida es en donde más frecuentemente se encuentran las neoplasias por lo que se le ha dado mucha importancia tanto a su anatomía como al tipo de resección quirúrgica que debe practicarse en ésta. Una de las estructuras más importantes durante la disección de la glándula parótida es el nervio facial ya que se encuentra íntimamente relacionado con ésta y puede lesionarse fácilmente durante la cirugía de parótida si no se conoce su anatomía. En una serie de 112 operaciones de parótida reportada por Owen en 1989, se encontraron como complicaciones

parálisis del nervio facial en forma temporal en 38% de los casos, parálisis permanente en 9% y síndrome de Frey en 11%. Estas lesiones se han encontrado relacionadas con la parotidectomía superficial lo que ha llevado a utilizar este procedimiento con menor frecuencia, aplicándose estrictamente en casos de neoplasias malignas y adenomas pleomórficos. Los tumores benignos que puedan ser diagnosticadas preoperatoriamente deben intervenirse con una cirugía más limitada para disminuir el riesgo de complicaciones. Otros autores sugieren en caso de adenoma pleomórfico de parótida (el más frecuente en esta glándula) realizar enucleación extracapsular junto con radioterapia (25). Esto denota la importancia de conocer el tipo de tumor que se va a tratar ya que el tratamiento quirúrgico no puede ser el mismo. Esto denota la importancia de conocer el tipo de tumor que se va a tratar ya que el comportamiento de cada uno va a variar y por ende el tratamiento quirúrgico no puede ser el mismo.

Las glándulas salivales se originan de botones sólidos del epitelio oral. Al proliferar los cordones sólidos se horadan para formar una doble capa de células cuboides progenitoras. Estas células progenitoras bajo la influencia del mesénquima circundante se diferencian en los múltiples

acinos, conductos y mioepitelio. Esto inicia en la novena semana para las glándulas salivales menores y en la sexta semana para las glándulas salivales mayores pero después de varias semanas se encuentra la unidad de la glándula salival madura formada por acinos mucosos y serosos que llegan a un conducto intercalado que a su vez se conecta con un conducto estriado que finalmente vacía hacia un conducto excretor extralobular. Las células mioepiteliales se localizan alrededor de la periferia del acino y del conducto intercalado. Esto ha sido ampliamente estudiado ya que en base a la histogénesis se han propuesto múltiples clasificaciones. Una de las que consideramos más completas con respecto a las neoplasias benignas es la que fué propuesta por Work en 1977:

Tumor mixto (adenoma pleomórfico)

Cistadenoma papilar linfomatoso (tumor de Warthin)

Oncocitoma

Adenoma monomórfico:

- Adenoma de células basales
- Adenoma rico en glucógeno
- Tumor de células claras

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- Mioepitelioma

- Otros

Adenoma sebáceo

Linfadema sebáceo

Adenoma papilar ductal (papiloma)

Lesion linfoepitelial benigna

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" entre Marzo de 1989 y Enero de 1991 incluyendo a todos los pacientes operados en la Clínica de Cuello durante dicho periodo. El único criterio de inclusión fué el de contar con diagnóstico histopatológico de tumor benigno de cuello, los criterios de exclusión se enfocaron a pacientes con diagnóstico histopatológico de patología maligna, pacientes no sometidos a tratamiento quirúrgico, pacientes sin diagnóstico histopatológico postoperatorio y pacientes con expedientes extraviados o incompletos. Las variables consideradas dentro del estudio se dividieron en independientes y dependientes. Dentro del grupo de variables independientes se incluyeron al sexo y a la edad de los pacientes; en el grupo de variables dependientes se consideró la localización de la patología en cuello, datos clínicos (tamaño del tumor, características de la piel, consistencia de la masa, síntomas agregados), diagnóstico clínico, métodos auxiliares de diagnóstico, tipo de intervención quirúrgica realizada, diagnóstico histopatológico postoperatorio y complicaciones. Los da-

los fueron recopilados de los expedientes clínicos los cuales fueron a su vez vaciados en hojas de recolección. Posteriormente se analizaron los mismos utilizando una escala nominal y estadística descriptiva especificando la frecuencia de los tumores benignos de cuello en el Servicio de Cirugía General en número de casos y porcentajes. Como recursos se requirió de los investigadores, del personal del archivo clínico y de los expedientes clínicos.

RESULTADOS

Se revisaron 158 expedientes de los cuales 80 fueron incluidos inicialmente por ser tumores benignos de cuello pero quedando únicamente 75 expedientes completos y adecuados para el estudio. De los casos revisados predominó el sexo femenino con 55 casos contra 20 del sexo masculino. El rango de edad fué entre 5 y 72 años con una media de 41.5 y una desviación estandard de 59.2. El dato clínico más importante fué la presencia de masa en todos los casos siguiendo el dolor en 26 casos; el tiempo de evolución fluctuó entre 10 días y 35 años. En cuanto a la certeza diagnóstica ésta se logró en 55 casos encontrando error clínico en 16 casos y error por parte de métodos auxiliares de diagnóstico en 4 casos, siendo los métodos más utilizados el gammagrama tiroideo en 32 casos, el ultrasonido de cuello en 31 casos y la citología de biopsia por aspiración en 23 casos. Por otro lado, el tratamiento quirúrgico fué en todos los casos la extirpación sin embargo en 30 de éstos fué únicamente parcial.

Los diagnósticos histopatológicos obtenidos del estudio fueron: Hiperplasia tiroidea en 25 casos, fibrolipoma en 14 casos, adenoma tiroideo en

11 casos, quiste branquial en 6 casos, hiperplasia de ganglio linfático en 4 casos, quiste tirogloso en 4 casos, quiste epidérmico en 4 casos, adenoma de glándula salival en 3 casos, neurofibroma en 2 casos, quiste sebáceo en 1 caso y absceso pretiroideo en 1 caso.

Otro hallazgo importante fué el bajo índice de complicaciones ya que solamente se presentaron tres casos con complicaciones: Un caso con disfonía transitoria (sometida a hemitiroidectomía), un caso con dolor en miembro superior (posterior a extirpación de neurofibroma en región supraclavicular) y sangrado de herida quirúrgica (sometida a hemitiroidectomía).

DISCUSION

Los resultados obtenidos en este estudio fueron similares a lo reportado en la literatura en casi todos los aspectos. En primer lugar el sexo predominante en los tumores benignos de cuello fué el sexo femenino, tomando en cuenta que se estudió una población predominantemente de adultos ya que en la población pediátrica los tumores de cuello son más frecuentes en el sexo masculino. En todos los casos se encontró masa, el síntoma predominante fué el dolor en la región afectada y la mayor cantidad de tumores fue a expensas de la glándula tiroides. Esto último puede explicar el hecho de que el gamagrama tiroideo se haya encontrado como el método auxiliar de diagnóstico más frecuentemente utilizado, lo cual está en gran controversia ya que algunos autores prefieren el ultrasonograma por ser más barato, menos nocivo a largo plazo y con resultados similares al gamagrama; otros consideran al gamagrama como el método más fidedigno en el estudio de neoplasias tiroideas.

Sin embargo, la frecuencia de tumores benignos de cuello fué mucho mayor en nuestro estudio que en la mayoría de los reportes ya que

encontramos esta patología en un 50% de los tumores de cuello mientras que otros reportan entre un 15 y 30%. Otro hallazgo importante es el bajo índice de complicaciones encontrado en el estudio pese a que la mayoría de los tumores fueron extirpados totalmente, puesto que se mencionan porcentajes mucho más elevados cuando se trata de cirugía de tiroides y especialmente de glándula parótida.

Finalmente cabe enfatizar que el objetivo principal de este estudio fué el de encontrar la frecuencia de los tumores benignos de cuello en la población señalada así como los tipos histológicos de éstos. Por el momento no se pueden explicar algunas de las discrepancias encontradas con el resto de la literatura pero es importante tener un registro de este tipo ya que no existen estadísticas nacionales de esta patología que en este caso no es tan poco frecuente.

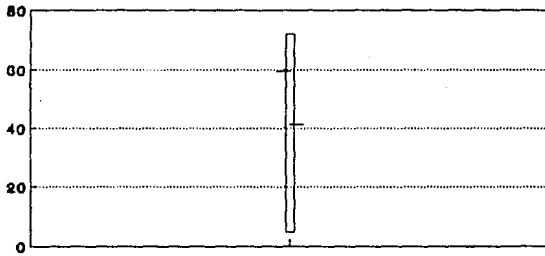
CONCLUSIONES

- 1.- Los tumores benignos de cuello se encontraron en el 50% de los casos de tumores de cuello.
- 2.- La correlación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico postoperatorio mostró una certeza de 73%.
- 3.- Los métodos auxiliares de diagnóstico más utilizados fueron el gammagrama tiroideo, el ultrasonograma de cuello y la citología de biopsia por aspiración.
- 4.- El tratamiento quirúrgico más empleado fué la extirpación total del tumor benigno de cuello.
- 5.- Se encontraron 3 casos con complicaciones postoperatorias las cuales fueron transitorias.
- 6.- Los tumores benignos de cuello se presentan con mayor incidencia en el sexo femenino.
- 7.- Dentro de los tumores benignos de cuello son más frecuentes los tumores neoplásicos.
- 8.- Los tumores benignos de cuello se presentan más frecuentemente en la glándula tiroides.

- 9.- El síntoma más frecuente de los tumores benignos de cuello es el dolor.
- 10.- Los tumores benignos de cuello se presentan con mayor frecuencia en cara anterior de cuello.
- 11.- La presencia de masa se encuentra en todos los casos de tumores benignos de cuello.

GRAFICA 1

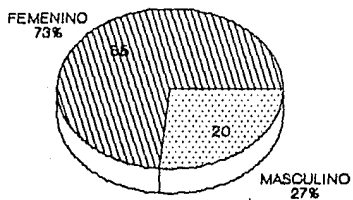
DISTRIBUCION POR EDAD



□ SUP □ INF ⊕ MEDIA ⊖ MEDIA*1DB

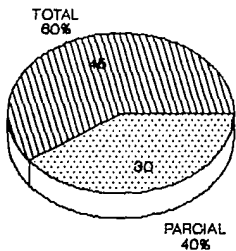
GRAFICA 2

DISTRIBUCION POR SEXO



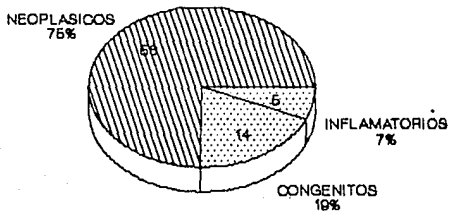
GRAFICA 3

TRATAMIENTO QUIRURGICO EXTIRPACION



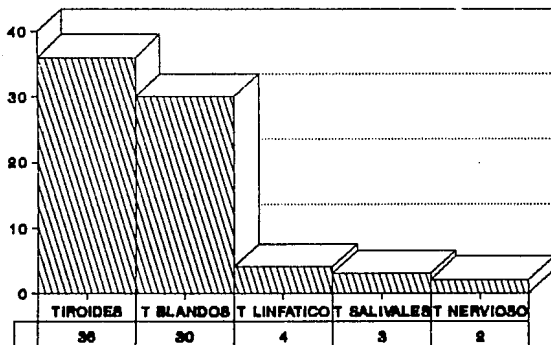
GRAFICA 4

CLASIFICACION (SLAUGHTER)



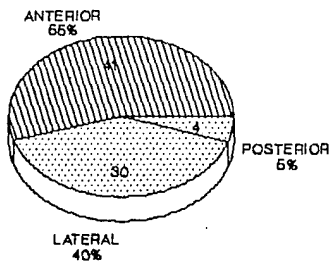
GRAFICA 5

ORGANOS AFECTADOS



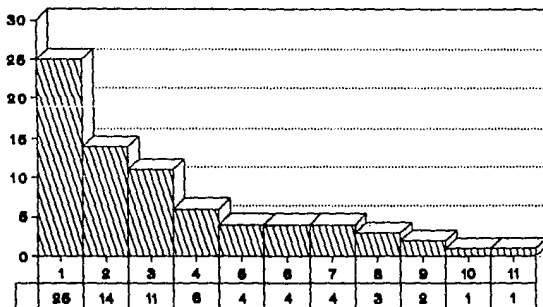
GRAFICA 6

LOCALIZACION



GRAFICA 7

DIAGNOSTICO FINAL NUMERO DE CASOS



1. Hiperplasia tiroidea
2. Fibrolipoma
3. Adenoma Tiroideo
4. Quiste branquial
5. Hiperplasia ganglio linfático
6. Quiste tirogloso
7. Quiste epidérmico
8. Adenoma de glándula salival
9. Neurofibroma
10. Quiste sebáceo
11. Absceso pretiroideo

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Skandalakis J.E. "Complicaciones anatómicas en Cirugía General"
1984, primera edición Mc Graw Hill.
- 2.- Lockhart RD, Hamilton GF. "Anatomía Humana"
1965, primera edición Interamericana.
- 3.- Hamilton WJ. "Anatomía Humana"
1983, primera edición Interamericana.
- 4.- Martínez F. "Anatomía Humana"
1982, octava edición UAG
- 5.- Schwartz, Shires. " Principios de Cirugía"
1987, cuarta edición Mc Graw Hill.
- 6.- Langman J. "Embriología Médica"
1981, cuarta edición Interamericana
- 7.- Nyhus, Baker. "El Dominio de la Cirugía"
1984, primera edición Interamericana
- 8.- Skandalakis J.E. "Tumors of the Neck"
Surgery 1960; 48 (2): 375 - 383
- 9.- Athow A.C. "Management of thyroglossal cysts in children"

- Br. J. Surg. 1989; 76: 811 - 814
- 10.-Torsiglieri A. J. "Pediatric neck masses: guidelines for evaluation"
Int. J. of Pediatric Otorhinolaryngology 1988; 16: 199 - 210
- 11.-Knight P.J. "The diagnosis and treatment of midline neck masses in children"
Surgery 1983; 93 (5): 603 - 611
- 12.-Hollander T. "Cirugía Pediátrica"
1987, primera edición Interamericana
- 13.-Howard D.J. "Thyroglossal ducts, cysts and sinuses: a recurrent problem"
Ann. R. Coll. Surg Engl 1986; 68: 137 - 138
- 14.-Mickel RA "Management of thyroglossal duct cysts"
Arch. Otolaryngol. 1983; 109: 34 - 36
- 15.-Godin M. S. "Fourth Branchial Pouch Sinus: Principles of Diagnosis and Management"
Laryngoscope 1990; 100: 174 -178
- 16.-Doi O. "Branchial Remnants" A review of 58 cases.
J. Pediat. Surg. 1988; 23 (9): 789 - 792

- 17.-Nash M. "Submucosal Hypopharyngeal Lipoma"
Ear, Nose and Throat Journal 1989; 68: 465 - 468
- 18.-Batsakis JG. "The pathology of head and neck tumors: Fibroadipose tissue and skeletal muscle"
Head Neck Surg 1980; 3: 145 - 168
- 19.-Batsakis JG. "Tumors of the Head and Neck"
1979, segunda edición WB Saunders.
- 20.-Hussain SS. "Neurilemmoma of the Vagus Nerve in the Neck"
Ear, Nose and Throat J. 1989; 68: 52 - 56
- 21.-Hawkins DB. "Schwannoma of the head and neck in children"
Laryngoscope 1980; 90: 1921 - 1926
- 22.-Coffin Ch. "Peripheral Neurogenic Tumors of the Soft Tissues in Children and Adolescents: A clinicopathologic Study of 139 cases"
Pediatric Pathology 1989; 9: 387 - 407
- 23.-Guccion JG. "Malignant Schwannoma associated with von Recklinghausen's Neurofibromatosis"
Virchow's Arch 1979; 383: 43 - 57
- 24.-Schmidt D. "Malignant peripheral neuroectodermal tumours of

childhood and adolescence"

Virchows Arch 1985; 406: 351 - 365

- 25.-Armitstead FG. "Simple enucleation and radiotherapy in the treatment of the pleomorphic salivary adenoma of the parotid gland"

Br. J. Surg 1979; 66: 716 - 717

- 26.-Woods JE. "Pathology and Surgery of Primary Tumors of the Parotid"

Surg. Clin. of North America 1977; 57 (3): 565 - 573

- 27.-Work WP. "Classification of Salivary Gland Diseases"

Otol. Clin. of North America 1977; 10 (2): 287 - 295

- 28.-Owen ERTC. "Complications of parotid surgery: the need for selectivity"

Br. J. Surg 1989; 76: 1034 - 1035

- 29.-Regezi JA. "Histogenesis of Salivary Gland Neoplasms"

Otol. Clin. of North America 1977; 10 (2): 297 - 307

- 30.-Young JEM. "Needle aspiration cytologic biopsy in head and neck masses"

Am. J. Surg. 1981; 42: 484 - 489