

11236
24
8



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado
Centro Médico Regional "Puebla"
I. M. S. S.

"TUMORES LATERALES DE CUELLO"
ESTUDIO RETROSPECTIVO

TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el Título de:
ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA
P R E S E N T A
DR. MARIO BAKER VALERA



Pofr. Titular: Dr. José Antonio Bernal Cosme
Asesor de Tesis: Dr. Jorge F. Alvarez Balbás

Puebla Pue.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

INDICE

CAPITULO I

Introducción	1
--------------------	---

CAPITULO II

Antecedentes Científicos	3
1. Tumores de glándulas salivales	8
2. Tumores originados de ganglio linfático	14
3. Tumores originados de vasos linfáticos	19
4. Quistes branquiales	21
5. Tumores originados de vasos sanguíneos	23
6. Tumores originados de tejido graso	26
7. Metástasis cervicales	27
8. Tumores originados por células del tejido cromafin.	32

CAPITULO III

Resultados	35
------------------	----

CAPITULO IV

Discusión	44
-----------------	----

CAPITULO V

Conclusiones	54
--------------------	----

Bibliografía	55
--------------------	----

CAPITULO I.

INTRODUCCION:

Los tumores laterales de cuello pueden deberse a un sinnúmero de trastornos, por lo que se requiere de una amplia investigación para descubrir la causa.

Muchas de las tumoraciones de cuello cursan asintomáticas siendo descubiertas por el mismo paciente o bien por el médico durante un exámen de rutina.

La patología puede ser benigna o maligna; congénita o adquirida, por lo que el diagnóstico siempre plantea un reto, de manera que es necesario siempre una secuencia de estudio para establecer un diagnóstico preciso. (1,2,3,4,5,6)

En la actualidad la bibliografía, incluye una descripción de las tumoraciones cervicales en general, no especificando la región - en que se presenta.

Con esta revisión pretendemos describir la patología tumoral encontrada con más frecuencia en el servicio de Cirugía de cabeza y cuello del Hospital Regional de Especialidades en Puebla, del Instituto Mexicano del Seguro Social; con localización en la región lateral de cuello, así como de integrar un protocolo de estudio y de tratamiento adecuado de las mismas.

Los objetivos de esta tesis son: Encontrar la incidencia de los tumores laterales de cuello, su frecuencia por grupos de edad y sexo, su distribución geográfica y un análisis de conocimiento - actual de los 10 tumores más frecuentes.

Hipótesis: En la actualidad el médico general y en especial el Otorrinolaringólogo deben ser adiestrados en el estudio de los - tumores de la región lateral de cuello.

El cuello es una región pequeña del cuerpo que une la cabeza con el tronco, pero que presenta una gran complejidad anatómica puesto que en él se presentan todos los derivados de las capas ectodérmicas, mesodérmicas y endodérmicas, planteando un dilema diagnóstico por su gran semejanza entre sí.

Con esta revisión de casos así como los obtenidos de las series reportadas por otros autores, esperamos hacer del conocimiento - algunos puntos importantes en el estudio de las mismas.

CAPITULO II.

Antecedentes Científicos

El cuello tiene una serie de estructuras de vital importancia que den lugar a una patología propia y variada. A veces los cambios que se producen en dichas estructuras pueden ser síntomas más importantes en el diagnóstico de enfermedades a distancia.

Desde el punto de vista otorrinolaringológico nos interesan - sobre todo los ganglios linfáticos, la laringe y la tráquea, la glándula tiroides y paratiroides, las glándulas salivales - las arterias, venas y nervios.

Las tumoraciones cervicales derivadas de las estructuras pro - pias del cuello (músculo, vasos, nervios etc.) son mucho menos frecuentes, constituyendo un pequeño porcentaje en relación a - aquéllos tumores de origen linfóide.

En el estudio de los tumores laterales de cuello es muy impor - tante tener en cuenta una clasificación de los mismos, sin em - bargo es difícil poder integrar una clasificación en general - de las tumoraciones de cuello; Algunos autores han realizado clasificaciones de acuerdo a la etiología de la tumoración - (tabla I), otros autores se basan en la estructura histológica que dió origen a la tumoración, consideramos a este última más completa y es la que será usada en este estudio. (tabla II). 13.

Tumorecciones Laterales de Cuello (Etiología)**I) Inflamatorias**

Angina de Ludwing
Absceso profundo de cuello
Mononucleosis infecciosa
Tuberculosis
Sífilis
Actinomicosis
Lepre
Hiperplasia linforreticular

II) Congénitos

Hemangioma
Higroma quístico
Quieste branquial
Teratoma

III) Neoplásicas**a) Benignos**

- Quieste sebáceo
- Lipoma
- Fibroma
- Tumor neurogénico

b) Malignos

- Fibrosarcoma
- Liposarcoma
- Linfosarcoma
- Rabdomiosarcoma
- Leucemia
- Linfoma
- Neoplasia maligna de glándula parótida
- Neoplasia maligna de glándula submaxilar

1) Tumores originados de Glándulas Salivales

- a) Adenoma oxifilico (oncocitoma)
- b) Adenoma de células basales
- c) Adenolinfoma
- d) Tumor mixto
- e) Tumor microepidermoide
- f) Tumor de células acinares
- g) Adenocarcinoma
- h) Carcinoma epidermoide
- i) Carcinoma indiferenciado

2) Quiistes dermoides, epidermoides y teratomas

- a) Quiiste dermoide
- b) Teratomas en cuello

3) Quiistes cervicales

- a) Quiistes laríngeos
- b) Laringocele
- c) Traqueocele
- d) Quiistes derivados de bolsas faríngeas
- e) Membranas y fisuras laríngeas
- f) Quiistes y fistulas branquiales

4) Tumores originados en tejido conectivo

- a) Fibroma
- b) Mixoma
- c) Fibrosarcoma
- d) Tumores histiocíticos

5) Tumores originados de tejido muscular

- a) Leiomioma
- b) Leiomiosarcoma
- c) Rabdomioma
- d) Rabdomiosarcoma
- e) Mioblastoma de células granulosas

7) Paragangliomas

- a) Tumor del cuerpo carotideo (quemodectomas)
- b) Paraganglioma yugular (glomus yugular)
- c) Paraganglioma intravagel

8) Tumores de origen vascular

- a) Hemangioma
- b) Linfangioma
- c) Tumor vascular maligno

9) Tumores originados de tejido adiposo

- a) Lipoma
- b) Liposarcoma

10) Enfermedades linforreticulares

- a) Leucemia
- b) Linfoma
- c) Hiperplasia linforreticular

Para motivos de este estudio, las tumoraciones encontradas con con más frecuencia en nuestro servicio serán detalladas más ampliamente a continuación, anotando la información más sobresaliente sobre el tema hasta 1987.

1) Tumores de Glándulas Salivales.

a) Sialoadenitis Crónica

La sialoadenitis es un proceso inflamatorio de las glándulas salivales, la cuál se puede presentar en forma aguda o crónica de acuerdo al tiempo de evolución y del agente etiológico.

En el caso de la sialoadenitis crónica la etiología no ha sido bien precisada, se presenta como un aumento de volumen persistente desde unos días hasta un año, dolorosa al tacto y con una consistencia que en muchas ocasiones es difícil diferenciar de un proceso neoplásico. (1-II)

Generalmente se presentan ataques recurrentes, encontrándose a la exploración grados variables de inflamación; en ocasiones es posible obtener mediante la expresión de la glándula, y salida de material purulento por el conducto.

La presentación más común es en glándula parótida y es más frecuente en mujeres.

El diagnóstico se establece con la sospecha clínica de períodos de recurrencia y de grados variables de crecimiento glandular; En la sialografía se encuentra sialectasia.

Histológicamente se aprecia fibrosis y atrofia de los elementos canaliculares y glandulares.

El tratamiento es en la mayoría de los casos conservador, mediante analgésicos, calor local y antibióticos cuando se sospecha de infección bacteriana agregada; Así mismo es importante mantener una buena hidratación e higiene oral y estimulación de la salivación.

En algunos casos en que las recurrencias son importantes, los ataques son graves o existe obstrucción del sistema canalicular se encontraría indicado la paratidectomía superficial.
(1-II-35)

b) Síndrome de Sjögren

El síndrome de Sjögren es un proceso inflamatorio crónico de glándulas salivales y lagrimales de origen inmunológico asociado a artritis reumatoide.

Se le conoce también como sialoadenopatía linfocitaria benigna.

Este padecimiento es más común en el sexo femenino y entre los 20 y 30 años de edad, la relación entre sexo de 9;1 sugiere un fondo hormonal modulador de este proceso.

Desde el punto de vista etiológico se considera como una colagenopatía de tipo autoinmune en el cuál existe la formación de un antígeno producto del epitelio glandular que provoca infiltración por linfocitos y células plasmáticas. Estas forman a los anticuerpos que reaccionan con el epitelio glandular destruyéndolo.

Clinicamente se manifiesta como un "Síndrome seco" caracterizado por queratoconjuntivitis seca, hipertrofia de glándulas lagrimales y vascularización corneal, en boca se encuentra sequedad bucal e hipertrofia parotídea o submaxilar, desde el punto de vista otorrinolaringológico se puede presentar epistaxis, sinusitis, otitis serosa y perforación septal; en tubo digestivo aparece disfagia, gastritis atrófica y pancreatitis.

Para poder llegar al diagnóstico del síndrome de Sjögren es ne-

cesario encontrar 2 o más de las siguientes alteraciones:

- a) Hipertrófia glandular salival
- b) Hipertrófia de glándula lagrimal
- c) Queratoconjuntivitis seca
- d) Artritis reumatoide

En la enfermedad con manifestaciones en glándulas exócrinas de vías aéreas y digestivas se desarrolla lo que se conoce como - "Síndrome Seco".

Para establecer el diagnóstico de este síndrome se requiere de los siguientes estudios: Prueba de Shirmer, Flujo salival parotídeo, gamagrafía, sialografía submaxilar, tinción con rosa de bengala, determinación de lisozima salival, determinación de beta-2-microglobulina en saliva y suero y el diagnóstico definitivo se establece mediante la biopsia de glándulas salivales menores, glándula lagrimal y parotídea; en la cuál la característica histológica principal es la infiltración periductal linfocitaria que procede del parénquima glandular, con la consiguiente reducción de calibre por infiltración y fibrosis.

(11.12.13.14.35)

En cuanto al tratamiento no existe en forma específica, se recomiendan medidas para favorecer el flujo salival como lo son una hidratación adecuada, estimulación de la salivación y la expresión externa de la glándula por medios mecánicos ("ordeña de la glándula").

Cuando se presenta la queratoconjuntivitis seca se encuentra indicado el uso de metil celulosa en gotas oftálmicas de acuerdo a las necesidades de cada paciente. Si las manifestaciones sistémicas son importantes es necesario el uso de corticoides sistémicos a dosis bajas.

(1.II.12)

3) Tumores Mixtos Benignos

Al considerar los tumores de las glándulas salivales mayores, es necesario señalar las diferencias del comportamiento tumoral entre las glándulas parótida y submaxilar.

a) Glándulas Submaxilares

- más frecuente la patología maligna
- por su localización, el pronóstico es más grave

b) Glándulas Parótidas

- menos patología maligna
- comportamiento menos agresivo por su localización

Por su índole biológica y su comportamiento clínico, la mayoría de los tumores originados en las glándulas salivales requieren de la colaboración del cirujano, del Patólogo y del Radioterapéuta para poder emprender un tratamiento eficaz. (1)

Incidencia:

La mayoría de las tumoraciones encontradas en glándulas salivales mayores son de tipo mixto (60-65%) (1) incidencia semejante a la encontrada en el presente estudio, no existiendo una diferencia importante en cuanto al sexo en su presentación, con una mayor frecuencia entre la 2a. y tercera década de la vida. (1-15)

Cuadro Clínico:

Se presenta como un tumor indoloro que crece lentamente y que en el caso de la glándula parótida, no afecta al nervio facial. El tumor es de consistencia firme y crece hasta varios centímetros siendo móvil.

Los sitios más frecuentes de presentación en la glándula parótida son casi siempre superficiales, al nivel de la cola de la glándula parótida, también se presentan en el espacio parafaríngeo, siendo estos poco frecuentes y su sintomatología se manifiesta cuando la tumoración ha crecido importantemente.

En la glándula submaxilar, las manifestaciones son menores pudiéndose presentar en cualquier región de la misma, en ocasiones la formación es multicéntrica, lo cual condiciona una excisión quirúrgica diferente a la de la glándula parótida.

(1-15)

Diagnóstico:

El diagnóstico en estas tumoraciones se basa en la clínica, apoyándose con estudios de gabinete como son: estudios radiológicos contrastados como los son la sialografía o bien el uso de la tomografía axial computada (esta última es más sensible en cuanto a la definición del tamaño de la tumoración, así como las estructuras que involucra) reportando mayores beneficios por su poca invasividad. (16-17)

Recientemente se han descrito estudios realizados con la resonancia magnética nuclear, la cual presenta aún mejor definición aunque con el inconveniente de poca definición en estructuras cartilaginosas. (18-19)

Un aspecto importante en la actualidad es la utilización de la biopsia por aspiración con aguja fina y sección por congelamiento, reportándose como un procedimiento seguro y con un error diagnóstico mínimo con una buena técnica. El inconveniente de éste último procedimiento, es que se requiere de un entrenamiento para la toma de la biopsia y personal que maneje adecuadamente la misma.

(20-21)

Tratamiento:

En general, la excisión quirúrgica es el tratamiento de elección en todos los adenomas pleomórficos, cualquiera que sea la glándula o su sitio de origen.

El abordaje difiere en la glándula parótida, pues se deberá reseca la tumoración con márgenes amplios de tejido sano, en cambio en la glándula submaxilar se deberá reseca ésta, en su totalidad; en ambos casos preservando las estructuras nerviosas adyacentes. En relación a la Radioterapia, no tiene utilidad por ser un tumor radioresistente.

Las recurrencias en éstos tumores es debida a una resección incompleta de los mismos, en cuyo caso la resección deberá ser más amplia, incluso sacrificando a estructuras nerviosas.

(1.18.19.20)

Carcinoma Epidermoide en Glándulas Salivales Mayores

Este tipo de neoplasia se desarrolla a partir de una metaplasia del epitelio canalicular, siendo solo el 1% de las tumoraciones malignas de glándulas salivales mayores.

Diagnóstico:

Presencia de tumoración en glándula submaxilar o en parótida la cuál es infiltrante, de consistencia dura y fija a planos profundos. En el caso de la glándula parótida puede dar manifestaciones como la parálisis del nervio facial, ya sea en forma completa o en algunas de sus ramas.

Este tipo de tumoración tiene la tendencia a enviar metástasis linfáticas. Así mismo, su crecimiento es por expansión por lo que invade tejidos vecinos, presentándose en ocasiones la piel de naranja.

Es muy raro que este tipo de tumoración se presente en forma primaria en ambas glándulas.

El diagnóstico definitivo se establece con biopsia escisional.

Tratamiento:

El tratamiento de elección es la resección total de la glándula afectada, asociada a radioterapia, ya sea como recurso primario o bien con adyuvante de la cirugía.

(1-15-30)

3) Tumoraciones originadas de ganglio linfático

Las lesiones de ganglio linfático producida por mycobacterium - son más frecuentes en niños y en adultos jóvenes, se tiene como antecedente la ingesta de leche no pasteurizada siendo poco frecuente en países como en los Estados Unidos, pero persistiendo - en nuestro país en forma endémica. (por el mal manejo de la leche así como de las vacas contaminadas)

Se presenta más en personas de nivel socioeconómico bajo con malos hábitos higiénico dietéticos.

Diagnóstico:

Clínicamente se presenta como:

- Pérdida de peso (20%)
- Fiebre (15%)
- Tos productiva (5%)
- TB. pulmonar activa. (10%)

Laboratorio:

- Prueba cutánea de tuberculina (+ en 95%)
- Cultivo de biopsia (+ en 70%)
- BAAR en material de biopsia (+ en 50%)

El tipo de germen aislado más frecuentemente:

- a) M. Bovis
- b) M. Tuberculosis
- c) M. Scrofulaceum

La presentación en cuello:

- a) Más frecuente en cara anterior.
- b) Más frecuente en el lado derecho.
- c) Nódulos únicos, solo un 5% presenta adenopatía múltiple, en cuyo caso tienden a confluir.

Cuando la evolución del padecimiento es prolongada se pueden presentar fistulas a piel con un drenaje caseoso, en cuyo caso se denominan escrófula.

(27-28)

Tratamiento:

En ésta revisión se recomienda el uso de tratamiento de 2 meses con:

- a) HAIN : 300 Mg. al día
- b) RIFAMPICINA: 600 Mg. al día
- c) ETAMBUTOL: 15 MgXKg. por día

Tratando de adecuar la dosis de HAIN a 15 Mg. por Kg. por día.

(27.28)

4) Linfomas.

Los linfomas en cabeza y cuello presentan siempre un difícil diagnóstico en relación a otros tumores encontrados en la zona.

Los linfomas se originan de tejido linfático o extralinfático o extranodal, esta última variedad es más frecuente en cuello.

El pronóstico de estas tumoraciones ha mejorado en la actualidad incluso en aquellas lesiones en estadio IV cuando se realiza un tratamiento adecuado.

El diagnóstico se dificulta por su gran variedad de manifestaciones clínicas así como el uso de estudios de gabinete habituales. Siempre se requiere de un diagnóstico histopatológico para el - cuál es necesario que por un lado, el cirujano envíe una cantidad adecuada de tejido para hacer más sencilla su interpretación y - clasificación por el patólogo.

(22.24.25)

Diagnóstico:

El diagnóstico definitivo de linfoma se realiza con estudios de histopatología, la sospecha clínica es en aquellos pacientes que se encuentran entre la 2a. y 3a. décadas de la vida, así como - entre la 6a. y 7a. décadas. La sintomatología varía de acuerdo - al sitio de localización de la tumoración.

A nivel de cuello se presenta una tumoración de consistencia - dura, no adherida a planos profundos, que suele interesar a otros ganglios de la región (satélites)

Los estudios radiológicos pueden ser de ayuda, en especial para delimitar el área anatómica en que se encuentra la tumoración - así como las estructuras que involucra (como la tomografía computada y la resonancia electromagnética nuclear; Sin embargo, -

la mejor definición se encuentra con la Tomografía axial computada, salvo en aquellas tumoraciones derivadas del neuroeje en dón de la resonancia electromagnética nuclear es de mayor ayuda.
(18.19.26)

En relación a la toma de biopsia de las lesiones, se han reportado estudios en que se sugiere el uso de biopsia por aspiración - con aguja fina y congelamiento, sin embargo en éste caso es muy importante para el patólogo, poder contar con un fragmento importante de la lesión (ya sea incisional o excisional), prefiriéndose esta última por contar con toda la arquitectura de la tumoración y así realizar un diagnóstico histopatológico más adecuado.

(22.23.24)

Clasificación:

La clasificación de los linfomas se basa en 2 aspectos importantes:

- a) Histológicamente, se clasifican en: linfomas Hoodgkin y no Hoodgkin.
- b) Estado clínico, de acuerdo a la clasificación de Ann Arbor en 1982, como estado I, II, III y IV.

Los linfomas Hoodgkin se presentan con una linfadenopatía cervical en la mayoría de los casos (80%), la clasificación histológica propuesta por Lukes (la cual se basa en la proporción de linfocitos e histiocitos en el nódulo linfático) es la siguiente:

- a) Esclerosis nodular
- b) Preponderancia linfocítica
- c) Celularidad mixta
- d) Depleción linfocítica

En cambio la clasificación de los linfomas No-Hoodgkin propuesta por Rappaport, es la siguiente:

- 1) Linfocítico bien diferenciado

- 2) Linfocítico pobremente diferenciado
 indiferenciado
 Histiocítico diferenciado
 Mixto (linfocítico e histiocítico)
- 3) Follicular o nodular

En cuanto a la clasificación por estadíos clínicos propuesto en Ann Arbor, es la siguiente:

- | | |
|-------------|--|
| Estadio I | Afección a 1 sólo nódulo u órgano
(Como presentación extralinfático) |
| Estadio II | Afección a 2 o más ganglios regionales o bien, -
2 o más órganos, pero del mismo lado del diafragma |
| Estadio III | Afección de varios nódulos regionales, a ambos -
lados del diafragma, que pueden o no, estar acom-
pañados de afección a órgano extralinfático o -
tomando al bazo a ambos. |
| Estadio IV | Afección difusa de nódulos linfáticos así como -
órganos extralinfáticos. Con presentación múlti-
ple como el bazo, timo, anillo de Waldeyer, apén-
dice y placa de Peyer. Siempre que el hígado o -
médula ósea, se encuentra afectada será estadio
IV.
(22.23) |

Tratamiento:

El tratamiento de los linfomas depende de la clasificación his-
tológica y el estadio en que se encuentre, así tendremos lo si-
guiente:

- 1) Linfomas histiocíticos difusos, difusos indiferenciados difu-
sos mixtos, mixto nodular, en etapas I y II, es manejado con
Terapia combinada; Radioterapia más Quimioterapia.

- 2) En estadios más avanzados de la tumoración como lo son el - G III y G IV, se han manejado con buenos resultados con Quimioterapia, únicamente como la asociación de: Cytosan, - adriamicina, bleomicina, oncovin y vincristina. .
(23.24)

Pronóstico:

El pronóstico de estas lesiones difiere de acuerdo a la extirpe histológica así como a su estadio clínico.

En estadios I y II la sobrevida aproximada de 38-60%, a 5 años mientras que en estadios más tardíos como el III y IV, va del - 0 al 25% de sobrevida.

Así mismo depende de si es una enfermedad nodal o extranodal - siendo del 44 y 77% respectivamente la sobrevida a 5 años.
(22.23.25)

5) Tumoraciones originadas de vasos linfáticos.

A el linfangioma también se le conoce como "Higromas quísticos", derivado del griego "Hygro" que significa mojado y se aplica a tumoraciones linfáticas congénitas, benignas y uni o multiloculados, los cuáles se encuentran revestidos de endotelio y - llenos de líquido. (1)

Suelen presentarse desde el nacimiento y en el 90% de los casos manifestarse hasta los 2 años.

Diagnóstico:

Clinicamente los linfangiomas son asintomáticos, sólo presentan alteraciones estéticas, salvo en aquéllos casos en que son tan - voluminosos que provocan disfagia y estridor laríngeo. (1.29)

Se presentan en:

- a) Cara lateral de cuello (80%)
- b) Axilas e ingles (20%)

Son tumoraciones blandas, quísticas de forma irregular y lobulada, no doloroso ni adherido a planos profundos, como el contenido es líquido en gran parte de los casos, la lesión presentan - transiluminación.

Desde el punto de vista radiológico no es posible en muchos casos establecer un diagnóstico adecuado, por lo que el uso de ecg sonografía es de mucha importancia. (29)

Tratamiento:

Existen múltiples formas de manejar estos tumores, como lo son - la punción con drenaje y aplicación de agentes esclerosantes, y como la radioterapia; tratamientos que no se encuentran indicados en la actualidad.

La resección quirúrgica de la tumoración con una disección minuciosa es el tratamiento de elección, teniendo cuidado de preservar las estructuras que involucra la tumoración.

Es de vital importancia la disección minuciosa para reseca todo el tejido y así evitar recurrencias, que en la bibliografía se - refiere como del 10 al 15%. (29.30)

Quistes Branquiales

Los quistes branquiales son anomalías, que se derivan de los arcos y surcos branquiales durante su desarrollo. De ellos las más frecuentes son aquéllas derivadas del 1er. arco branquial y ocurren entre la cuarta y octava semana de gestación.

Se han dividido en 2 tipos de lesiones originadas del 1er. surco branquial, el tipo I, el cual se presenta en jóvenes en la región pre, o retroauricular, en relación directa con el nervio facial y la de tipo II, la cuál se presenta durante la infancia o adolescencia como un quiste superficial en la cara anterior y lateral del cuello. (35)

Clinicamente:

Se presenta como una tumoración quística en la cara anterior y lateral del cuello, siempre delante del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, que puede iniciarse desde el borde inferior de la mandíbula hasta la clavícula.

Las características de esta tumoración depende de si ha presentado períodos de infección o nó.

Cuándo no se ha infectado se presenta como una masa de aspecto quístico, suave y no dolorosa, no adherida a planos profundos variando en su tamaño, desde una pequeña tumoración hasta una gran masa que ocupe toda la cara lateral del cuello. (31.36)

A diferencia del anterior, los quistes previamente infectados presentan dolor a la palpación (en la fase aguda) y posteriormente se presenta como una masa dura y adherida a planos profundos.

Radiológicamente, no es posible identificar con precisión una -

diferencia con otro tipo de tumoraciones; son de utilidad la tomografía axial computada (para determinar las estructuras involucradas con la tumoración), pero de primera intención - el estudio más útil será la ecosonografía, en la cual se de muestra su contenido líquido. (18.31.36.)

Histológicamente la tumoración se presenta con un revestimiento con epitelio pavimentoso, columnar estratificado o ambas formas, el epitelio columnar presenta en ocasiones cilias. En la pared del quiste se encuentran elementos linfáticos - bien desarrollados, incluso con centros germinativos.

En el presente estudio se encontró un predominio en el sexo masculino con una edad promedio de 21 años, siendo el sitio de localización más frecuente en tercio medio de cuello y por delante del músculo esternocleidomastoideo de lado izquierdo.

Tratamiento:

El único tratamiento efectivo hasta la fecha es la resección quirúrgica mediante disección roma y cortante, tratando en lo posible de preservar las estructuras que se encuentran involucradas en la tumoración (como son, el nervio espinal, la vena facial primitiva, paquete carotídeo, vena lingual, nervio-hipogloso etc). Así mismo se deberá continuar la disección - hasta el trayecto del conducto del quiste que por lo regular se encuentra en la profundidad del vientre posterior del músculo digástrico y estilohioideo. (31.32.36)

Pronóstico:

Bueno en la mayoría de los casos, en especial si la resección de el quiste fué completa, se han descrito casos en los cuáles se ha generado carcinoma de la hendidura branquial dentro del quiste, sin embargo hay que investigar posibles primarios en otra región del cuerpo pues en la mayoría de los casos es de-

bido a estos. (31.32.33.34)

7) Tumores derivados de vasos sanguíneos

Al hemangioma se le ha considerado como una malformación vascular congénita más que como una tumoración.

La mayoría de los hemangiomas se encuentran localizados en la región de cara y cuello, presentándose en aproximadamente 2.6% de todos los recién nacidos, pero no manifestándose clínicamente - sino hasta la segunda o cuarta semana de vida.

El 3% de los pacientes con hemangiomas presentan antecedentes familiares de la enfermedad y con incidencia, 2 a 3 veces mayor en el sexo femenino que en el masculino. (43.45.38)

Los hemangiomas se encuentra incluidos en el grupo de los hamartomas (del griego, Hamertis, defecto o error) siendo lesiones no neoplásicas que consisten en una anomalía en la combinación o - cantidad de elementos tisulares del tejido vascular. (43)

Por lo general son las tumoraciones más frecuentes de cabeza y - cuello en los niños.

Clasificación:

- a) Hemangioma capilar
- b) Hemangioma cavernoso
- c) Hemangioma mixto

a) Hemangioma capilar

Llamado también hemangioma juvenil o lesiones en fresa son los - procesos cutáneos más frecuentes. Clínicamente se presentan como lesiones papulares de color rosado o rojo. La proliferación inicial comienza en el primer mes avanzado en ocasiones a un ritmo - alarmante, muchas veces se inicia una involución espontánea -

cerca del décimo mes de vida, desde el centro de la lesión hacia afuera, perdiendo volúmen hasta quedar en una regresión total - hasta los 7 años de edad. (43.44.45)

b) Hemangioma cavernoso

A diferencia del hemangioma capilar, el hemangioma cavernoso se presenta clínicamente en forma subcutánea, con una franca tendencia a profundizarse, siendo menos aparente en estos casos.

Estos hemangiomas se presentan más en la mujer. Histológicamente estos tumores están compuestos de grandes conductos irregulares llenos de sangre, revestidos por una sola capa de células endoteliales entre tabiques de tejido fibroso de diferente grosor.

Clínicamente se presentan como tumoraciones blandas y mal definidas, de coloración púrpura, a la cuál se le ha comparado con una bolsa de gusanos, la cuál en el lactante aumenta de volúmen, obscureciéndose su color durante el llanto.

En ocasiones esta tumoración se encuentra en músculo esquelético como el esternocleidomastoideo, mesetero, etc. dando como síntoma importante el dolor.

Diagnóstico:

El diagnóstico en la mayoría de los casos es clínico, mediante una buena exploración física, siendo de ayuda los estudios de gabinete para definir su extensión, como los son el ultrasonido, la tomografía axial computada y la angiografía.

(18.43.45.47)

Tratamiento:

El tratamiento de estas lesiones se debe de individualizar de acuerdo a la localización, extensión y si se encuentra en etapa de crecimiento o regresión. (43)

En los casos en que la lesión es pequeña y de crecimiento lento la observación periódica es la elección.

En muchas ocasiones el tratamiento quirúrgico inicial se basa más en cuestiones estéticas que por una dificultad de tipo funcional. Hasta la fecha se han utilizado múltiples formas de tratamiento, desde la criocirugía, cauterización, aplicación de sustancias esclerosantes con resultados poco favorables.

La radioterapia no presenta un medio adecuado para el manejo de estos pacientes por su posibilidad de degeneración maligna.

El uso actual de corticoides sistémicos brinda una excelente ayuda en el control de estas tumoraciones, siendo la prednisona de elección a dosis crecientes por 15 días, en ocasiones al suspender la medicación, la tumoración resnuda el crecimiento en tal caso se recomienda reiniciar el tratamiento por otros 15 días.

Cuando la tumoración a pesar de la terapia con esteroides continúa con crecimiento, se encuentra indicada su resección quirúrgica, la cuál varía en forma importante en cada paciente por la extensión y el área afectada, ya que en muchos casos son inaccesibles. (48.45)

Cuando se decide realizar su escisión es conveniente hacer uso de angiografía con embolización para disminuir a la tumoración de tamaño, así como su aporte sanguíneo. Algunos autores reco-

miendan el uso de laser CO2 para su escisión pues disminuye el sangrado y menor formación de cicatriz. (43.45.48)

8) Tumores originados por tejido graso

Los lipomas son tumoraciones comunes, que en la mayoría de los casos no pueden ser consideradas como verdaderas neoplasias. Pueden presentarse en cualquier sitio, siendo más frecuentes en tejido subcutáneo.

Es una de las tumoraciones mesenquimatosas más frecuentes presentándose en cualquier edad, aunque es más importante por arriba de los 40 años. No existe diferencia en cuanto al sexo, ni tendencia a la predisposición familiar.

Clinicamente

Esta tumoración se presenta como una masa suave y depresible, no dolorosa y no adherida a planos profundos, de tamaño variable.

Al incrementar su tamaño pueden dar sintomatología por compresión; Así mismo estas tumoraciones pueden ser originadas en estructuras profundas del cuello lo cual confunde el diagnóstico. (40.41.42)

Estas tumoraciones se asocian en forma importante a otras enfermedades como la neurofibromatosis de Von Reclinghausen, macroscópicamente se presentan como una masa de límites imprecisos de cápsula delgada, blanda y multilobular de tejido adiposo adulto característico.

El diagnóstico es clínico y los estudios de gabinete van encaminados básicamente a definir la extensión del mismo.

Microscópicamente se encuentran células adiposas adultas vacuoladas características, perceptibles sólo por el delgado borde de membrana celular que las separa de las vecinas.

El tratamiento es quirúrgico, por cuestiones de tipo estético o bien cuando la expansión crea sintomatología.
(39.40.41.42)

9) Metástasis Cervicales

Este es uno de los temas más controvertidos en la Cirugía de cuello, siendo uno de los retos más importantes para el clínico, el tratar de encontrar un tumor primario de origen desconocido con manifestación en cuello.

En muchas ocasiones un tumor primario pequeño se presenta en cuello como una masa gigantesca, mientras que una adenopatía cervical pequeña puede corresponder a un primario pequeño, por fortuna, estas lesiones para un cirujano experimentado se deberá aclarar en el 95% de las ocasiones mediante un estudio bien organizado y dirigido.

Las causas de adenomegalias cervicales son múltiples y son descritas en la tabla No. 1.(49)

El diagnóstico diferencial entre una adenopatía de tipo benigno o maligno, se puedan clasificar dentro de un perfil semiológico de las mismas que incluyen:

- a) Sexo: predomina la malignidad en hombres en una relación de 3:1 a 10:1
- b) Edad: 85% de las adenopatías cervicales en adultos son malignas, mientras que en el 85% en niños son benignas.
- c) Antecedentes: predominan en forma importante en pacientes fumadores y con estilismo crónico, las lesiones malignas.

d) Características de la tumoración

- Tumores mayores a 1.5 cms, tienden a ser malignos
- El incremento rápido en el tamaño, habla de malignidad.
- Cuando tiene tendencia a presentar otras tumoraciones, habla de malignidad.
- Los ganglios malignos tienden a ser indoloros, son duros y - fijos a tejido adyacente.

TABLA I.

Clasificación de linfadenopatías cervicales

I. Benignas

a) Linfadenitis inespecífica aguda y crónica

- Infecciones piógenas
- Infecciones no piógenas
 - a) viral
 - b) Rickettsias
 - c) Espiroquetas

b) Linfadenitis específica

- Tuberculosis
- Sarcoidosis
- Histoplasmosis
- Sarampión
- Toxoplasmosis
- Otras

c) Otras

- Mononucleosis infecciosa
- Postvacunación antivariolosa
- Artritis reumatoidea
- Hipersensibilidad al dilantin

II. Malignas

a) Primarias

1. Linfoma No Hoodgkin
2. Linfoma Hoodgkin

b) Secundarias

1. Carcinoma
2. Sarcoma
3. Infiltrados leucémicos

Con este perfil semiológico de las tumoraciones cervicales podremos establecer un diagnóstico de benignidad o malignidad clínicamente, cuando pensemos en malignidad, debemos seguir una secuencia de estudio antes de biopsiar la tumoración que incluye:

- a) Historia clínica completa
- b) Exploración física, siendo muy importante una exploración exhaustiva del área de cabeza y cuello desde nariz y senos paranasales hasta hipofaringe.
- c) Estudios de laboratorio y gabinete
 - Básicos en sangre
 - Determinación de A.E.L., V.D.R.L., determinación de T3 y T4, prueba de antígeno carcinoembrionario, factor reumatoide y determinación de proteínas séricas.
 - Radiológicamente, Tele de tórax, S.E.G.D., Rx. senos paranasales, centellograma tiroideo.

En caso de encontrarse positividad en alguno de estos estudios - es recomendable realizar estudios invasivos de la zona sospechosa (IQ. de Cadwell Luc. esofagoscopia etc.)

- d) Algunos autores recomiendan la toma de biopsia a ciegas por vía endoscópica de nasofaringe, orofaringe y laringofaringe, encontrando como sitio más frecuente de tumor primario, la nasofaringe. (50)

Así mismo se sugiere el uso de biopsia por aspiración de aguja fina sobre la amígdala del lado afectado, encontrándose en el 50% de los casos el tipo histológico de la tumoración. (51)

- e) Si todos estos estudios previos resultan negativos, es necesario realizar un rastreo óseo, tránsito intestinal, colon por enema y proctoscopia, así como urografía excretora.

Es muy importante considerar el sitio de localización de la adenomegalia, pues en la mayoría de los casos de primarios en cabeza y cuello, la cadena ganglionar comprometida será, ganglios yugulodigástricos, mientras que los ganglios supraclaviculares - corresponderán a lesiones por debajo del cuello.

Todos estos estudios no deberán de realizarse en un lapso mayor a 15 días para evitar en lo posible la diseminación de la neoplasia.

Cuando a pesar de haber realizado todos estos estudios y no localizar el tumor primario, se debe de considerar entonces la biopsia del ganglio afectado con los siguientes cuidados:

- Ganglio linfático suficientemente grande para poder ser fijado con los dedos.
- Evitar lesionarse estructuras adyacentes, en especial vasos y nervios.
- Se debe de marcar el trayecto de la punción para evitar la siembra de células tumorales.
- Siempre con estudio transoperatorio; si es maligno, se deberá a proceder en el mismo tiempo quirúrgico a la disección radical de cuello, si es reportado como benigno, se deberá tomar una cantidad mayor de tejido para su revaloración.

De los estudios realizados previamente, se encuentran como diagnóstico, carcinoma epidermoide y carcinoma anaplásico, en el 90% cuando no se encuentra el sitio del tumor primario.

Cuando se detecta el primario, se deberá iniciar el tratamiento en forma oportuna de acuerdo a el tumor y el sitio de localización.

Si no es determinado el sitio del primario, algunos autores sugieren la disección radical de cuello asociada a radioterapia con -

seguimiento constante de los pacientes, el cual se debe de realizar cada 2 meses en los 2 primeros años, cada 3 meses durante el tercer año y cada 4 a 6 meses en lo sucesivo.

El pronóstico de éstos pacientes de la etapa clínica en que se encuentre la tumoración, pero en general se calcula una supervivencia del 45% a 5 años. (49.50.51.52.53)

10) Tumores originados por células del tejido cromafín.

Los paragangliomas, también conocidos como tumores del cuerpo carotídeo o tumor del glomus yugular, son tumores originados de las células paraganglionares del nervio vago.

Estas células se encuentran relacionadas con las modificaciones arteriales del pH, temperatura, oxígeno y tensión de dióxido de carbono, actuando como quimiorreceptores y provocando cambios reflejos en la respiración y en la actividad vasomotora.

Se encuentran localizados en la bifurcación de la arteria carótida, así como, oído medio, bulbo de la yugular, bulbo carotídeo, base de cráneo y regiones vagal y aórtica, presentándose lesiones tumorales también en estos sitios. (37.38)

Incidencia:

La mayoría de las veces, estas tumoraciones se presentan en la cuarta a sexta década de la vida, siendo igual en ambos sexos y con predisposición familiar. (39)

Clínicamente:

Se manifiesta como una masa en la porción lateral y superior del cuello, de consistencia firme, elástico, indoloro y de crecimiento lento, cuando la tumoración incrementa su tamaño puede disminuir el flujo sanguíneo cerebral provocando episodios sincopales.

Su crecimiento en la mayoría de los casos es hacia arriba en dirección de la base de cráneo y hacia orofaringe provocando disfagia y voz apagada. En ocasiones es posible encontrar un soplo a la auscultación.

Radiológicamente: se han sugerido el uso de la tomografía axial computada, quedando indicada en aquéllos casos en que su localización sea hacia base de cráneo. El estudio de elección es la angiografía carótidea, dando una imagen en cáscara de huevo, la cual desplaza a la carótida hacia afuera.

(37.38.39.40)

El diagnóstico es clínico y radiológico, pues el uso de biopsia en ésta tumoración ofrece un alto riesgo de lesionar estructuras como los vasos del paquete carótideo además de provocar un sangrado importante. (37)

Histológicamente, el tumor se presenta con aspecto benigno aunque su comportamiento clínico sea maligno, y se caracteriza por la presencia de granulaciones neurosecretoras que contienen catecolaminas u otros mediadores químicos, siendo indistinguibles con otros tumores no cromafines.

Tratamiento:

El tratamiento es quirúrgico, con resección de la tumoración incluyendo los ganglios linfáticos regionales, siendo necesario en ocasiones sacrificar al nervio vago, sin embargo por la gran morbilidad de éste procedimiento y su lento crecimiento, se sugiere mantener en control a la tumoración, alcanzándose en la mayoría de los casos una supervivencia entre 5 y 10 años.

La radioterapia, no se encuentra indicada pues son radioresistentes, aunque se puede usar en forma paliativa en aquéllas tumoraciones en las que el tratamiento quirúrgico sea inaccesible.

(37.30.40)

Pronóstico

Depende de la multicentricidad de esta tumoreación y su potencial de malignización, siendo muy remota esta última posibilidad. (37)

Programa de Trabajo

Es un estudio retrospectivo, abierto y longitudinal.

El grupo de estudio se integrará con los siguientes criterios de inclusión: Pacientes de cualquier edad y sexo, provenientes del sureste de nuestro país (Yucatán, Campeche, Quintana Roo, Chiapas Oaxaca, Veracruz y Puebla) que es el área de influencia del Hospital de Especialidades de Puebla, y que presenten una o más tumoreaciones en la cara lateral de cuello, quedando excluidos de éste estudio, aquéllos pacientes que no llenen los requisitos antes anotados.

Descripción secuencial de la Investigación

Los datos serán obtenidos de expedientes clínicos del archivo - clínico del Hospital de Especialidades de Puebla del Instituto Mexicano del Seguro Social, de pacientes atendidos en la consulta externa del servicio de Cirugía de cabeza y cuello, vaciándose los datos en hojas de recolección y concentración de datos, realizándose un manejo estadístico de la información obtenida mediante promedios, porcentajes y tasas (estadística descriptiva), auxiliados por gráficos de correlación simple. (14)

Obteniéndose finalmente conclusiones de los datos y haciendo un análisis de la Bibliografía reciente, en relación con los resultados de éste estudio.

CAPITULO III.

Resultados

La incidencia de los tumores laterales de cuello en nuestro servicio se presenta en la siguiente tabla:

	Número de Casos	
1) Tumores de glándula submaxilar	10	14.7%
2) Tumores de glándula parótida	6	8.8
3) Adenopatía fímica	6	8.8
4) Linfoma	6	8.8
5) Higroma quístico	5	7.3
6) Quiste branquial	5	7.3
7) Hemangioma	5	7.3
8) Lipoma	4	5.8
9) Metástasis	4	5.8
10) Tumor del cuerpo carotídeo	4	5.8
11) Schwannoma	3	4.4
12) Absceso profundo en cuello	3	4.4
13) Hiperplasia linforreticular	3	4.4
14) Fibroma	1	1.4
15) Divertículo esofágico	1	1.4
16) Mal de Pott (con fístula osteo-cutánea)	1	1.4
Total	68	100

TABLA I

Tumores originados en Glándula Submaxilar

CASO	EDAD	SEXO	ORIGEN	DX. HISTOPATOLOGICO
1	30	FEMENINO	Puebla	Adenoma mixto
2	40	MASCULINO	Puebla	Adenoma mixto
3	65	FEMENINO	Puebla	Sialoadenitis Crónica
4	27	FEMENINO	Puebla	Sialoadenitis Crónica
5	37	FEMENINO	Puebla	Sialoadenitis Crónica
6	38	FEMENINO	Puebla	Adenoma mixto
7	50	FEMENINO	Puebla	Síndrome de Sjögren
8	56	MASCULINO	Puebla	Síndrome de Sjögren
9	43	FEMENINO	Oaxaca	Síndrome de Sjögren
10	14	MASCULINO	Puebla	Adenoma Mixto

TABLA 2

Tumores originados en glándula parótida

CASO	EDAD	SEXO	ORIGEN	DX. HISTOPATOLOGICO
1	59	MASCULINO	Cámpeche	Adenoma Pleomórfico
2	25	MASCULINO	Puebla	Adenoma Pleomórfico
3	30	MASCULINO	Veracruz	Adenoma Pleomórfico
4	46	FEMENINO	Puebla	Adenoma Pleomórfico
5	40	FEMENINO	Puebla	Adenoma Pleomórfico
6	58	MASCULINO	Puebla	Carcinoma Epidermoide

TABLA 3

Tumores originados de ganglio linfático

CASO	EDAD	SEXO	ORIGEN	DX. HISTOPATOLOGICO
1	38	FEMENINO	Puebla	Adenitis fímica
2	40	FEMENINO	Puebla	Adenitis fímica
3	26	FEMENINO	Puebla	Adenitis fímica
4	27	MASCULINO	Veracruz	Adenitis fímica
5	45	FEMENINO	Puebla	Adenitis fímica
6	11	FEMENINO	Puebla	Adenitis fímica
7	27	FEMENINO	Veracruz	Linfoma No Hoodgkin
8	20	MASCULINO	Puebla	Linfoma No Hoodgkin
9	28	FEMENINO	Puebla	Linfoma Hoodgkin
10	20	MASCULINO	Puebla	Linfoma Hoodgkin
11	50	MASCULINO	Puebla	Linfoma Hoodgkin
12	43	FEMENINO	Oaxaca	Linfoma Hoodgkin
13	24	FEMENINO	Veracruz	Hiperplasia Linforeticular
14	25	MASCULINO	Puebla	Hiperplasia Linforeticular
15	6	MASCULINO	Puebla	Hiperplasia Linforeticular

TABLA 4

Tumores originados de vasos linfáticos

CASO	EDAD	SEXO	ORIGEN	DX. HISTOPATOLOGICO
1	3	FEMENINO	Puebla	Linfangioma
2	14	MASCULINO	Puebla	Linfangioma
3	26	MASCULINO	Puebla	Linfangioma
4	15	MASCULINO	Puebla	Linfangioma
5	3 meses	MASCULINO	Puebla	Linfangioma

TABLA 5

Quiistes Branquiales

CASO	EDAD	SEXO	ORIGEN	DX. HISTOPATOLOGICO
1	25	FEMENINO	Puebla	Quiiste Branquial
2	40	MASCULINO	Puebla	Quiiste Branquial
3	26	MASCULINO	Puebla	Quiiste Branquial
4	15	MASCULINO	Puebla	Quiiste Branquial
5	5 meses	MASCULINO	Puebla	Quiiste Branquial

TABLA 6

Tumores originados de Tejido Vascular

CASO	EDAD	SEXO	ORIGEN	DX. HISTOPATOLOGICO
1	35	FEMENINO	Puebla	Hemangioma Cavernoso
2	36	FEMENINO	Puebla	Hemangioma Cavernoso
3	32	MASCULINO	Oaxaca	Hemangioma Cavernoso
4	30	FEMENINO	Oaxaca	Hemangioma Cavernoso
5	43	FEMENINO	Puebla	Hemangioma Cavernoso

TABLA 7

Tumores originados de Tejido graso

CASO	EDAD	SEXO	ORIGEN	DX. HISTOPATOLOGICO
1	45	MASCULINO	OAXACA	Lipoma
2	36	FEMENINO	Puebla	Lipoma
3	48	FEMENINO	Puebla	Lipoma
4	62	MASCULINO	Puebla	Lipoma

TABLA 8

Tumores Metastásicos

CASO	EDAD	SEXO	ORIGEN	DX. HISTOPATOLOGICO
1	57	MASCULINO	Puebla	Carcinoma Epidermoide
2	50	MASCULINO	Veracruz	Carcinoma Epidermoide
3	70	MASCULINO	Puebla	Carcinoma Epidermoide
4	67	MASCULINO	Puebla	Carcinoma Epidermoide

TABLA 9

Tumores originados en células del tejido cromafin

CASO	EDAD	SEXO	ORIGEN	DX. HISTOPATOLOGICO
1	42	FEMENINO	Veracruz	Tumor del cuerpo carotídeo
2	40	FEMENINO	Puebla	Tumor del cuerpo carotídeo
3	35	FEMENINO	Puebla	Tumor del cuerpo carotídeo
4	35	FEMENINO	Puebla	Tumor del cuerpo carotídeo

TABLA 10

Tumores originados de tejido nervioso

CASO	EDAD	SEXO	ORIGEN	DX. HISTOPATOLOGICO
1	46	MASCULINO	Veracruz	Schwanoma
2	33	MASCULINO	Puebla	Schwanoma
3	45	FEMENINO	Tabasco	Schwanoma maligno

TABLA 11

Absceso profundo en cuello

CASO	EDAD	SEXO	ORIGEN	DX. HISTOPATOLOGICO
1	15	FEMENINO	Puebla	Angina de Ludwig
2	40	FEMENINO	Puebla	Angina de Ludwig
3	24	FEMENINO	Puebla	Absceso Parafaríngeo

TABLA 12

Tumor originado de tejido conectivo

CASO	EDAD	SEXO	ORIGEN	DX. HISTOPATOLOGICO
1	37	FEMENINO	Puebla	Fibroma

TABLA 13

Varios

CASO	EDAD	SEXO	ORIGEN	DX. HISTOPATOLOGICO
1	17	MASCULINO	Puebla	Mal de Pott con - fistula Osteocutánea
2	42	FEMENINO	Puebla	Divertículo Esofágico

CAPITULO IV:

Discusión

1) Tumores originados de glándulas salivales

El adenoma mixto es un tumor que se presentó en un 33% de los ca sos estudiados, que como se reporta en la literatura, es más fre cuente en mujeres con una relación 2:1, el 90% de los pacientes pertenecen al estado de Puebla y el 10% al de Oaxaca.

En la sialoadenitis crónica, que también se presentó en el 33% de los casos, la edad promedio fué de 43 años, y afectando al sexo femenino en el 100%, igual que al encontrado en la bibliografía; Estos pacientes pertenecen al estado de Puebla en el 100%.

El síndrome de Sjögren, se presenta con igual frecuencia que los anteriores, encontrándose a los 49 años de edad promedio y la - presentación por sexos, al igual que en las series reportadas, es de predominio femenino con una relación, 2:1.

Los tumores antes mencionados fueron originados en glándula submaxilar, en la glándula parótida, se presentaron dos tumoraciones en el 85%, se encontró el adenoma pleomórfico o adenoma mixto, - la presentación en sexos de este estudio, es de predominio mascu lino con una relación, 2:1, mientras que en la bibliografía, no se refiere predominancia en sexos.

El 60%, de los casos correspondieron a pacientes del estado de - Puebla, y el 20%, respectivamente para los estados de Campeche y Veracruz. Se reporta un caso de carcinoma epidermoide, que corresponde a un paciente masculino de 58 años y residente del estado de Puebla. (tabla 1 y 2)

2) Tumores originados en ganglio linfático

De las adenopatías cervicales, más frecuentes se encuentra la fímica en el 40% de los casos, lo que demuestra que la tuberculosis es todavía una enfermedad frecuente en el estado de Puebla, puesto que el 100% de estos pacientes son originarios de éste estado, siendo más frecuente en el sexo femenino con una relación 3:1 y con una edad promedio de 30 años.

El linfoma se presentó también en un 40%, siendo de estirpe no Hoodgkin, en la mitad de los casos encontrados. La edad promedio fué de 23 años y sin predominio en algún sexo.

El estado con mayor prevalencia fué el de Puebla, con un 75% de los casos, y en el 25% restante corresponde al estado de Veracruz. El sitio de presentación en cuello, en ambos casos fué en tercio medio y superior del lado derecho, siendo afectada en el 100% la cadena ganglionar profunda.

Por último se presentaron tres casos de hiperplasia linforreticular, con afección al sexo masculino con una relación 2:1 y con una edad promedio de 18 años, no existiendo un lugar de presentación en cuello específico. (tabla 3)

3) Tumores originados de vasos linfáticos

Todos los tumores originados de vasos linfáticos fueron linfangiomas, el sexo más afectado es el masculino con una relación 4:1 y con una edad de presentación promedio de 11 años. El sitio de localización más frecuente en cuello es en tercio medio por delante del músculo esternocleidomastoideo del lado derecho, resultando semejante a las series previamente comentadas en el capítulo de antecedentes. (tabla 4)

3) Los quistes branquiales fueron más frecuentes en el sexo masculino con una relación de 4:1, de acuerdo a la bibliografía, este tipo de lesiones fué de tipo II el encontrado en el 100% de los casos, es decir, se presenta como una tumoración de características quísticas, superficial y en la cara anterior y lateral de cuello, por delante del músculo esternocleidomastoideo.

La edad promedio de presentación es a los 21 años y el 100%, corresponde a pacientes del estado de Puebla. (tabla 5)

4) Tomando al tejido vascular como sitio de origen, el 100% de los casos correspondió a hemangioma cavernoso, afectándose el se xo femenino con más frecuencia con una relación de 4:1 frecuencia semejante a otras series estudiadas.

De acuerdo a el sitio geográfico, el estado de Puebla, presenta el 60% de los casos y el 40% restante a el estado de Oaxaca. (tabla 6)

5) De las tumoraciones originadas de tejido graso, el diagnóstico de lipoma se presentó en el 100% de los casos, sin predominio en sexo, con una edad promedio de 47 años. (como en la bibliografía consultada) y su presentación en cuello es en tercio medio, en el lado derecho en el 100%. (tabla 7)

6) De los diagnósticos más difíciles, es el de ganglios metastásicos en cuello. Es este estudio, así como los anotados previamente es el de carcinoma epidermoide en el 100% de los casos.

De los 4 casos presentados, se detectó el sitio del tumor primario en el 75%, uno de ellos con sitio de lesión primaria en piso de boca, presentando adenomegalia en ganglio yugulodigástrico iz quierdo, el segundo con tumor primario en nariz, localizándose - el ganglio metastásico en tercio medio de hemicuello izquierdo,

y el tercer caso con tumor primario en pulmón, presentando la adenomegalia en tercio inferior de cuello del lado izquierdo (huevo supraclavicular). En el cuarto caso, no fué posible la identificación del tumor primario. (tabla 8)

8) De las células del tejido cromaffín, también se presentan en este estudio, 4 casos, el 100% con diagnóstico histopatológico de tumor del cuerpo carotídeo. A diferencia de la incidencia por edades comentada en los antecedentes el promedio de edad en nuestro estudio fué de 38 años y con presentación en el sexo femenino en el 100% de los casos y siempre en el lado izquierdo. El 75% de los pacientes son originarios del estado de Puebla y el 25% de Veracruz. (tabla 9).

9) Los tumores de origen en tejido nervioso, se diagnosticaron como neurilemoma en el 66%, y solo 1 caso correspondió a Schwannoma maligno. La edad promedio de presentación fué de 39 años y con más frecuencia en el sexo femenino, con una relación de 2:1. La localización en cuello fué en tercio medio y superior del lado derecho en el 75% y en tercio inferior del lado izquierdo en el 25%. (tabla 10)

10) De los tumores con origen en el tejido conectivo, sólo se presentó 1 caso, con diagnóstico histopatológico de fibroma. Correspondió a una paciente del sexo femenino de 37 años de edad, con localización en cuello en el tercio superior del lado derecho. (tabla 11)

11) En el capítulo de varios se presentan dos casos: el primero una tumoración en hueso supraclavicular del lado derecho que correspondió a un divertículo esofágico. El segundo a una fístula osteocutánea, en tercio medio del lado izquierdo secundario a mal de Pott. (tabla 12)

Como hemos visto a través de esta tesis, las tumoraciones laterales de cuello, presentan un verdadero reto para establecer un diagnóstico diferencial.

La incidencia real entre los procesos inflamatorios y tumorales no es posible conocerla, debido a que la patología de tipo inflamatorio es manejada en la mayoría de los casos en la práctica médica general, mientras que la patología tumoral será canalizada a un centro especializado.

Para poder llegar a un diagnóstico en una tumoración lateral de cuello, se debe tener en mente un buen estudio semiológico, así como de conocer ampliamente las estructuras anatómicas de las cuales se pueden originar.

Es muy importante tener en cuenta que una tumoración cervical puede corresponder, o bien, a un tumor con origen en alguna estructura del cuello, o a un tumor originada en cualquier parte del organismo con metástasis cervical.

La incidencia de los tumores laterales de cuello en nuestro servicio se enumera ampliamente en el capítulo de resultados, para concluir este capítulo de discusión, trataremos de integrar un estudio semiológico o "ruta crítica", en el diagnóstico de este tipo de neoplasias.

A) Historia Clínica

1) Interrogatorio:

El interrogatorio, es muy importante y con frecuencia orienta el diagnóstico. Debe constarse, cuando apareció la tumoración, si fué brusca o progresiva; su localización, si es dolorosa o no, si es fluctuante y con fistulización, las variaciones en su tamaño, agudizaciones y remisiones, así como todos los síntomas locales y generales que puedan tener relación.

2) Edad

La edad del paciente es un dato importante, en los recién nacidos muchas tumoraciones suelen ser congénitas y benignas (quistes branquiales, tirogloso, higromas, hemangiomas etc) mientras que en los ancianos pueden ser metástasis ganglionares de un carcinoma epidermoide de las vías aerodigestivas altas, o con menor frecuencia de una neoplasia a distancia (carcinoma de pulmón, estómago, ovario, páncreas etc).

En los niños la adenitis cervical puede ser vírica o por una micro bacteria atípica, o simplemente inespecífica.

3) Síntomas generales

El mal estado general, astenia, anorexia, pérdida de peso, son datos importantes, pues en general, los enfermos con tumores benignos no presentarán estos datos, mientras que en las tumoraciones de tipo maligno y las enfermedades sistémicas como lo son la toxoplasmosis, mononucleosis, tuberculosis etc, tendrán un deterioro sistémico importante.

4) Dolor

El dolor es un síntoma muy orientador: la mayoría de los tumores benignos son indoloros, o menos que se infecten secundariamente - el dolor punzante, con latidos, enrojecimiento, será característico de las inflamaciones agudas, cuando el dolor es muy importante y continuo, puede hablar, o bien, de un tumor maligno, o bien de un tumor benigno con compresión nerviosa.

5) Antecedentes previos:

Los antecedentes personales patológicos y no patológicos deberán ser bien interrogados puesto que en muchos casos la patología maligna va asociada a antecedentes de tabaquismo intenso o etilic

no intenso, así mismo es importante analizar los antecedentes familiares oncogénicos y también los antecedentes de infecciones dentales, en especial en piezas de la arcada inferior, por ser orientadores de un probable absceso parafaríngeo. Se debe de interrogar si la tumoración se asocia a la masticación, con inmenso dolor (como el caso de la sialoadenitis crónica), o bien crecimiento cuándo el paciente tose, pues manifiesta un probable la ringocele.

6) Crecimiento de la tumoración

Es de mucha importancia el crecimiento de la tumoración, pues algunas llevan años asintomáticas y sin variar de volumen, mientras que otras como las obstrucciones del conducto de las glándulas salivales, pueden instalarse rápidamente.

7) Síntomas localizadores

Algunos síntomas que coexisten con una tumoración apuntan a un diagnóstico, así un paciente con disfonía, con tos y sangre en expectoración, nos obligará a explorar la región faringolaríngea y pulmonar. La sensación de cuerpo extraño en faringe con disfagia y odinofagia asociado a un tumor en cuello, exige una exploración de faringe, hipofaringe, y esófago muy minuciosas.

8) Inspección y palpación

Estos son los principales métodos de exploración en el cuello; en ocasiones es útil la auscultación.

El paciente se explora mejor sentado, relajado y bien destapado. La sistemática que debe de seguirse, se inicia dividiendo el cuello en triángulos anatómicos que son el submentoniano, el triángulo submaxilar, el carotídeo y supraclavicular, que son los triángulos anteriores y el occipital y supraclavicular o subclavio que corresponden a la región posterior del cuello.

La palpación se hace mejor situándose detrás del paciente, recorriéndose con cuidado dichos triángulos.

Los triángulos submaxilar y submentonianos deberán palparse bimanualmente por dentro y por fuera de la boca.

B) Exámenes de rutina en tumores de cuello

- a) análisis completo de sangre: Biometría hemática, química sanguínea.
- b) Examen general de orina
- c) Radiografía de tórax (tele-radiografía de tórax)
- d) V.D.R.L. BAAR, en expectoración y P.P.D.
- e) Radiografía de cuello; antero posterior y laterales.

9) Exámenes especiales en tumores de cuello

- a) esofagograma
- b) sialografía
- c) angiografía
- d) medicina nuclear: gammagrama tiroideo
- e) Endoscopia de vías aéreas o digestivas
- f) Biopsias

10) Diagnóstico diferencial

Generalmente se hace un diagnóstico clínico de presunción basado en las exploraciones de rutina y/o exámenes especiales efectuados pero el diagnóstico definitivo, es el anatomopatológico, el cuál puede o no coincidir con las sospechas clínicas.

Para establecer un diagnóstico diferencial clínicamente es importante la localización de la tumoración en cuello, de acuerdo a los triángulos del mismo y su localización en tercios, de ésta manera tendremos:

- a) tercio superior

- Metástasis de tumor primario en cabeza y cuello
- Tumor primario de cuello (el más frecuente es el tumor del cuerpo carotídeo)

B) Tercio medio

1) Anterior

- quistes bronquiales
- linfangioma
- Linfoma
- Hemangioma
- Tumores neurogénicos

2) Posterior

- Metástasis de glándula tiroides y de nasofaringe

C) Tercio inferior

En este nivel, casi siempre los tumores encontrados son metástasis de otra región del organismo (como son de pulmón, mama, estómago, próstata, ovario y riñón, así como inflamatorios secundarios e procesos fímicos).

11) Características en los tumores malignos y benignos

La mayoría de los tumores en general, presentan un perfil semiológico diferente que nos orienta en forma importante para el diagnóstico de los mismos, éstas características se enumeran en la siguiente tabla:

- Malos hábitos higiénico dietéticos	(-)	(1)
- Consistencia	Suave	Dura
- Movilidad	Móvil	Fijo
- Tamaño	menor de 1.5	mayor de 1.5 Cms.
- Crecimiento	Lento	Rápido
- Duración	meses o años	meses
- Dolor	(+)	(-)
- Adenomegalias	múltiples	únicas

En el caso de las adenopatías fímicas el comportamiento de la tumoración, corresponde al de una tumoración maligna, pero en la mayoría de los casos el comportamiento de los tumores en relación a su malignidad es como se describió previamente.

Conclusiones

- 1) Por la gran variedad de tumores encontrados en el presente trabajo, es necesario apegarse a un protocolo para el estudio de los mismos, para poder llevar a cabo un tratamiento posterior.
- 2) Si se establece un protocolo adecuado de estudio de los tumores laterales de cuello, la morbi-mortalidad será menor.
- 3) El 90%, de la patología encontrada es benigna.
- 4) La prevalencia etérea de los tumores laterales de cuello - está en relación con el diagnóstico histológico de los mismos.
- 5) De la patología submaxilar que fué la más frecuente, el sexo más afectado fué el femenino.
- 6) En el resto de la patología no se encontró predominio en - relación al sexo.
- 7) La mayoría de los tumores se presentaron en tercio medio, siendo el tercio inferior el menos afectado.
- 8) Los nódulos sospechosos de carcinoma metastásico, se encontró en las dos terceras partes el tumor primario en cabeza y cuello.
- 9) La adenitis fímica sigue siendo una patología endémica en - nuestro medio.
- 10) No se puede valorar la sobrevida en tumores malignos, pues el tiempo de seguimiento es menor a los 5 años.
- 11) El tratamiento, fué quirúrgico, en la mayoría de los casos asociándose a radioterapia o a tratamiento médico en los casos de malignidad.

- 1) PAPARELLA/SHUMRICK, Otorrinolaringología
2a. Ed. Ed: Panamericana Vol:3 1982 p:2951-61.
- 2) ENGLISH/GERALD: Otolaryngology
Ed: Harper & Row Ed:1984 Vol. 5 Cap 45 p:1-10
- 3) WILLIAM W. MONTGOMERY: Atlas of Surgery of the Head and Neck
Ed: Henry Kimpton 1973 pp:75-81
- 4) DONALD: Head and Neck Cancer (Management of the difficult case)
Ed: Saunders & Co. 1984 pp: 250-76 : 340-58
- 5) SCHWARTZ: Principles of Surgery
Ed: Mc Graw Hill 3a. Ed 1979 pp: 593-5
- 6) J.J. BALLENGER: Diseases of the nose, Throat, Ear, Head and neck.
Ed: LEA and Fabriger 13a Ed. 1985 pp:261-70
- 7) J. LEE M.D.: Otolaryngology: Medical Outline Series Ed: Medical
examination publishing Co. 1973 pp: 324-34
- 8) WALTER F. SCHLECH: Fungal and parasitic granulomas of The Head -
and neck.
The Otolaryngologic Clinics of North America
Aug: 1982 pp:553-60
- 9) RICHARD C. BRYARLY: Foreign body granulomas in the head and neck.
The Otolaryngologic Clinics of North America.
Aug. 1982 Vol. 96 May 1986 pp: 553-60
- 10) MICHEL J. KEARNS: Manifestations of Potts Disease in the head and
neck. Laryngoscope Vol. 96 May. 1986 pp: 494-7
- 11) J.M. ROCA SOLSANA: Síndrome de Sjögren Medicine Ed: Publicaciones
americanas de México S.A.
5 Oct. 1983 pp: 1450-56
- 12) ALSPAUGH MA. TLALAL N.: Differentiation and Characterization of auto-
antibodies and their antigens in Sjögren's syndrome Arthritis -
Rheum. Vol. 19 1976 pp:216-22

- 13) GUILLERMO RASPHALL: Tumores de cara, boca, cabeza y cuello
Editorial Salvat 1a. Ed. pp: 1-5
- 14) CAÑEDO/GARCIA: Principios de investigación médica Ed: DIF 1a Ed.
1977 pp: 72-79
- 15) FITZPATRICK PJ AND BLACK: Salivary Gland Tumors J. Otolaryngology
Vol. 14 May. 1985 pp:296-300
- 16) GLAZER H.S./ NIEWMAYER: Neck Neoplasmas Part I Radiology Vol: 160
No. 2 1986 pp:343-8
- 17) GLAZER H.S./ NIEWMAYER: Neck Neoplasmas Part II Radiology Vol:160
No. 2 1986 pp: 349-54
- 18) RUSSELL E.J. : The radiologic approach to malignant tumors of the-
head and neck with emphasis on computed tomography
Clin. Plast. Surg. Vol: 12 No. 3 1985 (343-74)
- 19) HOODLER U./ STEINBRICH W: Indications for magnetic resonance tomo-
graphy in craniofacial and neck tumors.
Diggit Bild. Vol:5 No. 2 1985 (55-60)
- 20) COHEN M.B. : SALIVARY GLAND TUMORS
Arch. Otolaryngol. Head and neck Surg. Vol:112 No. 8
1986 pp: 867-69
- 21) D.O'DWYER P/ FARRAR WB: Needle aspiration Biopsy of mayor salivary
gland tumors.
Cancer Vol:57 No.3 1986 55-57
- 22) R.SAWYER/ DAVID I. ROSENTHAL: Unusual Head and neck manifestations
of non-Hodgkin's lymphomas in children and adults.
Laryngoscope Vo.97 Oct. 1987 pp: 1136-40
- 23) LARSON D. ROBBINS: lymphoma of the head and neck, a diagnostic dilema.
Am. J. Surg. Vol: 148 1984 433-37
- 24) MILLER / D. ERVIN: The differential diagnosis of the mass in the neck.
Laryngoscope Vol. 91 1981 pp: 140-45

- 25) FIERSTEIN J.T.: Lymphoma of the head and neck
Laryngoscope Vol. 88 1978 582-93
- 26) MAHMOUD F. MAFEE: Diagnostico radiográfico de tumores no escamosos de cabeza y cuello
Clinicas otorrinolaringologicas de norteamerica
Vol:3 1986 pp: 357-51
- 27) CANTRELL R.W./ JENSEN JH: Diagnosis and manegament of Tuberculous -
cervical adenitis
Arch. Otolaryngol. Vol: 101 1975 pp:53-57
- 28) THOMPSON H. Cutaneous Hemangiomas and Lymphangiomas Clin. Plast. Surg.
Apr. 1987 Vol:14 No. 2 341-355.
- 29) THE OTOLARYNGOLOGY CLINICS OF NORTH AMERICA
Symposium on granulomatous disorders of the head and neck. Ed: W. -
Saunders Co. Vol. 15 No. 3 Aug. 1982 pp:591-2
- 30) STAL S. : Hemangiomas, lymphangiomas and vascular malformations of -
the head and neck.
Otolaryngology clinics of north america
Nov. 1986 Vol. 19 No. 4 pp:769-96
- 31) PAPARELLA & SHUMRICK: Otorrinolaringologia Ed: Panamericana 2a. Edi-
ción 1982 Vol. 3 pp:2953-55
- 32) CALHOUN KEN M.D.: Pathological Quiz case. Branchiogenic cyst of the
first branquial groove.
Arch. Otolaryngol. Head and neck Surg. 1987 Jul.
Vol. 113 No. 7 pp:780-782
- 33) CARRICK D.B.: Bronchiogenic carcinoma or lymph node metastasis J.
Laryngology and otology Sep. 1986 Vol. 100 No. 9 pp:1089-90.
- 34) GOKSOY ET: Carcinoma arising in a branchial cyst Br. J. Surg. -
Oct. 1986 Vol.73 No.10 pp:860-63
- 35) SAMUEL LEVY PINTO: Diccionario clínico-terapéutico de Otorrinolaring-
gología. Ed: PLM. 1a. edición 1985 pp:345-6.

36) BELENKY M. : First branchial cleft anomalies The laryngoscope
1980 Vol. 90 pp:28-4

37) MOORE G: Vagal body tumours: diagnosis and treatment.
The laryngoscope 1986 Vol. 96 No. 5 pp:553-36

38) BAPITIS H: Parangangliomas of the carotid body: report of a case
J. an. Osteopath, Asoc. 1986
Vol. 86 No. 9 pp: 571-83

39) PAPARELLA & SHUMRICK: Otorrinolaringologia Ed: pansamericana
2a. edición 1982 Vol. 3 pp:2958-9

40) ENDICOTT J.N. : Glomus vagale
Laryngoscope 1980 Vol.90 pp:1604-11

41) ROBBINS: Patología estructural y funcional Ed: Interamericana -
1a. edición 1975 pp:156-7

42) DAVID P. BENNHOPF: Infiltrating lipomata of the head and neck.
The laryngoscope Vol. 88 No.5 May. 1978.

43) CLINICAS OTORRINOLARINGOLOGICAS DE NORTE AMERICA:
Tumores no escamosos de cabeza y cuello II
Vol: 4 1986 Ed: Interamericana pp: 807-17

44) BASTAKIS J.G. AND RICE: The pathology of head and neck tumours,
vasoformative tumours, part 9a.
Head and neck Surg. Vol. 3 1981 pp:231-40

45) GARFINKLE T.J. AND HANDLER SD: Hemangiomas of the head and neck in
the children: a guide to management
J. Otolaryngology 1980 Vol.9 pp:439-48

46) MULLIKEN J.B., ZETTER In Vitro Characteristics of endotelium -
from hemangiomas and vascular malformations Surgery.
1982. Vol.92 pp:348-50

47) WOLF G.T./ DANIEL: Intramuscular hemangioma of the head and neck.
Laryngoscope: 1985 Vol. 95 pp: 210-13

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 48) PAPARELLA & SHUMRICK: Otorrinolaringología
Ed: panamericana 2a. Edición 1982: Vol. 3 pp: 281-33
- 49) PAPARELLA & SHUMRICK: Otorrinolaringología
2a. edición Ed: panamericana Vol. 3 pp: 2962-70
- 50) JANKOWSKA B/ TABORELLI: The treatment of cervical lymph node -
metastasis of unknown origin.
Acta Otolaryngol. Vol:5 No.1 1985 pp:29-33
- 51) TYTOR M/ OLOFFSEN: Cercical lymph node metastases with occult -
primary. Clin. Otolaryngol. 1986 Vol. 11 No. 6 pp: 463-67
- 52) W. FRED MC GUIRT/ MC CABE: Significance of node biopsy before -
definitive treatment of cervical metastatic carcinoma.
The laryngoscope Vol. 88 1978 pp: 594-7
- 53) SNAW H.J: Metastatic carcinoma in cervical lymph nodes with occult
primary tumors. J. Laryngol. Otol.
Vol. 84 1970 pp:249-265.