

Tumoraciones cervicales

I. Tuduri Limousin, C. García Vallés, J.C. de Agustín Asensio
Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil. Hospitales Universitarios «Virgen del Rocío». Sevilla

Resumen

Las tumoraciones cervicales son un proceso muy frecuente en la consulta de pediatría. Se deben valorar el momento de aparición, localización y tamaño para suponer su origen. En caso de tumoración que no mejora con antibióticos, en triángulo posterior o supraclavicular, fija o mayor de 2,5 cm, conviene que sea valorada por un cirujano para descartar la patología maligna.

Palabras clave

Tumor cervical, cirugía

Abstract

Title: Neck masses

Neck masses are very common in the pediatric age group. The time of onset, location and size must be assessed in order to determine its origin. If the mass does not improve with antibiotics, is located in the posterior or supraclavicular triangle of the neck, is immobile or measures more than 2.5 cm, it should be examined by a pediatric surgeon in order to rule out the presence of a malignancy.

Keywords

Neck mass, surgery

Introducción

Las tumoraciones cervicales en el niño son muy frecuentes y su naturaleza muy variada, y pueden clasificarse de múltiples maneras:

- Por su forma de aparición:
 - Agudas.
 - Subagudas.
 - Crónicas.
- Por su localización:
 - Laterales.
 - Mediales.
 - Posteriores.
- O por su etiología, probablemente la más interesante:
 - Malformativas.
 - Infecciosas.
 - Neoplásicas.

Desarrollaremos el tema basándonos en su etiología. En la figura 1 se muestra una representación esquemática de la etiología según la localización de las tumoraciones.

Tumoraciones malformativas

El cuello es una localización frecuente de malformaciones congénitas que pueden proceder de diferentes estructuras.

Las derivadas de los arcos branquiales se presentan como tumoraciones cervicales laterales, por infección de un quiste

congénito previamente no detectado. Generalmente, se confunden con las adenopatías infecciosas.

Su tratamiento inicial es la antibioticoterapia y el drenaje quirúrgico si no se cura con ella, pero, dada su evolución tórpida y con recidivas frecuentes, se aconseja su extirpación quirúrgica; el estudio anatomopatológico es el que dará el diagnóstico definitivo.

La malformación tumoral más frecuente es, sin la menor duda, el quiste del conducto tirogloso, resultado de la formación embriológica del tiroides en la base lingual.

Aparece como una tumoración en la línea anterior del cuello, de consistencia elástica, que varía de tamaño y asciende con la deglución.

Su tratamiento es exclusivamente quirúrgico tras realizar una ecografía cervical que nos localice un tiroides normal, ya que es obligado descartar la posibilidad de una glándula tiroidea ectópica; en caso de duda, también debe realizarse una gammagrafía tiroidea. Debe extirparse lo antes posible por el elevado riesgo de infección, dada su comunicación con la base de la lengua; la intervención se complica mucho y aumenta el riesgo de reproducción.

Es frecuente su confusión con una adenopatía submentoniana o un quiste de inclusión intradérmico; pero, ante el riesgo de que pueda ser un quiste del conducto tirogloso y éste se infecte, se recomienda proceder a su extirpación quirúrgica.

El linfangioma cervical, conocido antiguamente como higroma quístico, es una malformación linfática hamartomato-

sa que produce una masa multiquística infiltrante y que no tiende a la resolución espontánea. Está presente desde el nacimiento, pero se desarrolla progresivamente llenándose de un líquido claro que produce el fenómeno de la transluminación. Puede infectarse, produce una distorsión estética facial y en ocasiones comprime las estructuras anatómicas vecinas.

Su tratamiento es quirúrgico, mediante la extirpación; sin embargo, en muchos centros el tratamiento de primera elección es la inyección, bajo control ecográfico, de OK-432 (picibanil), solución liofilizada que contiene antígenos inactivados de *Streptococcus* del grupo A. Con este fármaco se logra una reacción inflamatoria de las paredes del linfangioma que producen su colapso tras una fase de aumento de tamaño debido a la inflamación. El resultado es del 90% de curaciones para el tipo I (quistes grandes mayores de 2 cm), del 50% para el tipo II (multiquístico, con quistes menores de 2 cm) y de menos del 10% para las lesiones de tipo III (en esponja o microquísticas).

Los quistes dermoides son acumulaciones de células pluripotentes que quedan del desarrollo embrionario. Aparecen en niños menores de 3 años y suelen localizarse en la línea media; suprahióideos, a diferencia de los quistes del conducto tirogloso, que suelen ser infrahióideos. Su tratamiento es quirúrgico.

Tumores infecciosos

Se trata exclusivamente de las adenitis crónicas o agudas. Las agudas son, en principio, de tratamiento médico y se producen sobre todo por infecciones víricas, que generalmente son bilaterales y ceden de forma espontánea.

Sin embargo, si se trata de una linfadenitis supurativa y se transforma en una colección purulenta, puede requerir un drenaje quirúrgico. Generalmente, se deben a *Staphylococcus* o *Streptococcus* del grupo A, se localizan en la zona submandibular (drenaje de la orofaringe) y son unilaterales.

El tratamiento con antibióticos empíricos durante 5-10 días y la aplicación diaria de calor local suelen ser suficientes; pero, si se producen signos de abscesificación, requieren un drenaje quirúrgico para la evacuación del contenido purulento.

La respuesta al tratamiento antibiótico debe apreciarse en unas 72 horas; en caso contrario, podría ser útil la realización de una ecografía o una punción para tratar de obtener un diagnóstico microbiológico. En los abscesos cervicales profundos, la ecografía puede ayudar a definir un área de necrosis y abscesificación y puede facilitar el drenaje más precoz.

Si tras un tratamiento con un ciclo completo de antibióticos una adenopatía no ha disminuido en 4 o 5 semanas, debería plantearse la necesidad de una punción-aspiración con aguja fina o una biopsia para el diagnóstico patológico.

Las adenopatías crónicas suelen plantear un problema de diagnóstico. Una historia clínica detallada, una analítica gene-

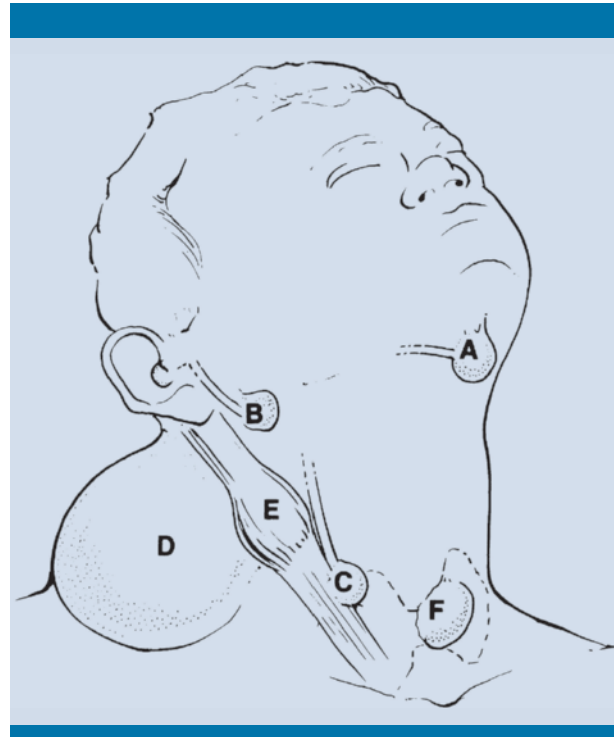


Figura 1. Lesiones cervicales diferenciadas según su localización más habitual. A) Quiste del conducto tirogloso y quistes dermoides. B) Restos branquiales del primer arco. C) Restos branquiales del segundo arco. D) Linfangioma. E) Tortícolis congénita. F) Quistes o tumores de la glándula tiroidea

ral y una buena exploración suelen ser suficientes para llegar a un diagnóstico y tranquilizar a la familia del paciente. En caso de no ser así, y ante la posibilidad de un problema maligno, tendrá que realizarse una biopsia de la adenopatía para su estudio.

Se trata de ganglios con semanas de evolución, clínica larvada y respuesta parcial al tratamiento antibiótico, generalmente debidos a micobacterias. Algunas de ellas, como las producidas por micobacterias atípicas tipo MAI, requieren, en la mayoría de los casos, un tratamiento quirúrgico para su curación definitiva.

La enfermedad del arañazo del gato es otra causa común de linfadenopatía crónica y se debe a la infección por el bacilo gramnegativo *Rochalimaea henselae*. Suele presentar 1-2 ganglios acompañados de síntomas sistémicos, como la fiebre. Habitualmente se autolimita a 6-8 semanas, aunque puede requerir drenaje.

Tumores neoplásicas

Las neoplasias pueden dividirse en benignas y malignas, y éstas, a su vez, en primarias o metastásicas.

Entre los tumores benignos destacan los lipomas, los lipoblastomas (lipoma de grasa embrionaria), los tumores de las glándulas salivales, los de la vaina neural o los fibromas.

Las neoplasias malignas tienen mayor interés, ya que suponen el 5% de los tumores que aparecen durante la infancia. Destacan los linfomas, los sarcomas, los tumores salivales, los neuroblastomas y las metástasis.

Más de la mitad son linfomas o tumores de partes blandas.

Según la bibliografía consultada, el tumor sólido más frecuente en esta región es el rhabdomioma, que supone un 10% de los casos. Por debajo de los 6 años, sería más frecuente el neuroblastoma, seguido de los linfomas de tipo no hodgkiniano y del rhabdomioma.

Hasta los 13 años predominan los linfomas, los carcinomas tiroideos y el rhabdomioma, por este orden. En la adolescencia, los linfomas de tipo hodgkiniano son los más habituales.

Pero, según nuestra casuística, el tumor más frecuente es el neuroblastoma, sin lugar a dudas.

Sin embargo, lo más importante no es un estudio detallado de cada una de las neoplasias, sino cuándo sospechar una neoplasia maligna. Para ello, hay que estar atento a una serie de signos de alarma que procedemos a relatar a continuación:

- Tumoración que no mejora con el tratamiento antibiótico.
- Tumoración localizada en el triángulo posterior del cuello (la mitad es de origen maligno) o en la zona supraclavicular (muy típica de los linfomas).
- Tumoración sin un diagnóstico claro.
- Tumoración con las siguientes características:
 - Tamaño superior a 2,5 cm.
 - Fija a planos profundos.
 - Dureza pétreo.
 - No dolorosa.

En estos casos, y ante la posibilidad de que se trate de una tumoración maligna, debería derivarse al paciente a un servicio de cirugía pediátrica para su seguimiento y estudio citohistológico si procede. ■

Bibliografía

- Castellote A, Vázquez E, Vera J, Piqueras J, Lacaya J, García-Peña P, et al. Cervico-thoracic lesions in infants and children. *Radiographics*. 1999; 19: 583-600.
- Davenport M. Lumps and swellings of the head and neck. *BMJ*. 1996; 312: 368-371.
- Grosfeld J, O'Neill J, Fonkalsrud E, Coran A. *Pediatric Surgery*. Mosby, 2006.
- O'Neill J, Rowe M, Grosfeld J, Fonkalsrud E, Coran A. *Pediatric Surgery*. Mosby, 1998.
- Turkington L Jr, Paterson A, Sweeney LE, Thornbury GD. Neck masses in children. *Br J Radiol*. 2005; 78: 75-85.
- Ziegler M, Azizkhan R, Weber T. *Operative pediatric surgery*. McGraw-Hill Companies, 2003.