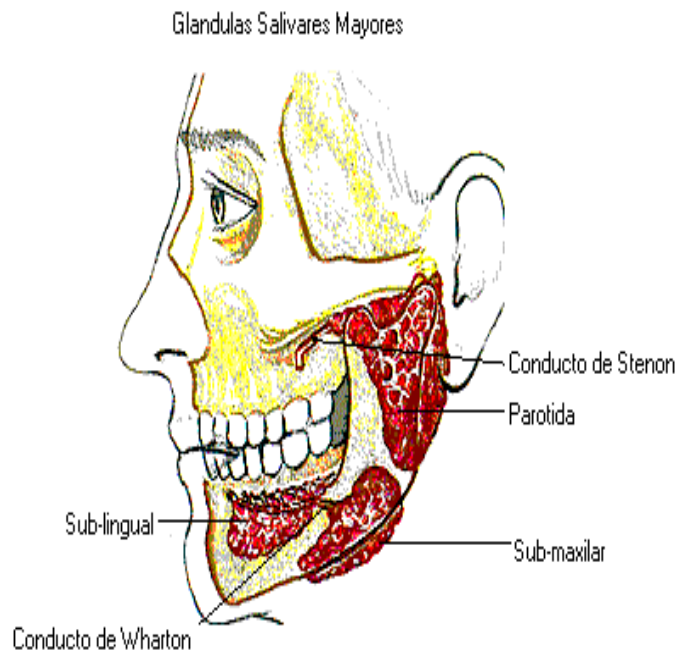


V. SÍNDROME TUMORAL CERVICAL

Breve reseña anatómica del cuello, examen físico. Medios de diagnóstico según la patogenia de los tumores cervicales, clasificación.. Adenitis agudas. Adenoflemón cervical. Adenopatías inflamatorias crónicas. Tumores malignos del cuello (primitivos y metastásicos). Pseudotumores cervicales. Quiste tirogloso. Quistes branquiales.

Reseña anatómica del cuello

El cuello comprende una compleja región anatómica que se extiende desde la base del cráneo hasta la porción medial y superior del tórax, en su interior se alojan estructuras vitales: vasculares como los grandes vasos carotídeos y yugulares, el sistema linfático cervical con sus cadenas superficiales, profundas y yuxtaviscerales, estructuras nerviosas que comprenden desde la médula espinal hasta los últimos cuatro pares craneales, glándulas exocrinas y endocrinas como las salivares, en el caso de las primeras y el tiroides y paratiroides respecto a las segundas; poderosos sistemas musculares que dominan los movimientos de la cabeza y órganos complejos como la laringe y el sistema faringe-esófago cervical, como en otras regiones anatómicas del cuerpo humano se encuentran muchos tipos de tejidos conectivos como el adiposo, las aponeurosis y por último la piel con todas sus estructuras. **(figura 1)**



De lo anterior se deduce que cada una de dichas estructuras puede ser asiento de un proceso tumoral o pseudotumoral en cuya formación histológica pueden participar estructuras neurales, vasculares, glandulares, linfáticas, conectivas y raramente musculares.

Vasos del cuello

Comprenden grandes arterias y venas que establecen la circulación no solo de las estructuras cervicales, sino también del cerebro; como en el ser humano este último alcanza un gran volumen, necesita por tanto una abundante irrigación, lo cual se logra con las arterias vertebrales y con los grandes troncos arteriales carotídeos (rama izquierda del cayado de la aorta) y del tronco arterial braquiocefálico (el derecho). Estas arterias llamadas carótidas

primitivas se bifurcan a la altura del cuerno posterior del hueso hioides en sus dos ramas principales: la primera es la carótida interna que no dará rama alguna en el cuello y llevará la totalidad de su sangre al cerebro y la segunda, la carótida externa, que inmediatamente después de su bifurcación se ramifica en varias arterias que llevan la irrigación sanguínea a los distintos órganos del cuello; estas ramas son en orden de aparición las siguientes: tiroidea superior, lingual, facial, faríngea ascendente, temporal, y la occipital; pueden existir otras ramas pero son inconstantes. Las venas principales son la yugular interna y externa, las cuales reciben múltiples ramas provenientes de las regiones por donde atraviesan.

- **Linfáticos:** Independientemente de aquellos linfáticos con sus ganglios que acompañan a los diversos órganos llamados yuxtaviscerales, en el cuello se definen claramente varias cadenas ganglionares: la anular cervical que rodea prácticamente la cabeza, integrada por los grupos ganglionares occipitales, mastoideos, infra y preauriculares, parotídeos, submaxilares y submentonianos; las cadenas yugulares profundas de extraordinaria importancia debido a las diversas enfermedades que en ellas muchas veces producen la primera manifestación y que se subdividen para una mejor ubicación topográfica de las lesiones en tres tercios (superior, medio e inferior); la cadena cervical transversa que acompaña a los vasos homólogos; la cadena espinal que transcurre a lo largo del XI par craneal y otros grupos situados en la región de la glándula tiroides y frente a la tráquea cervical (ganglios delfianos) (**figura 2**)

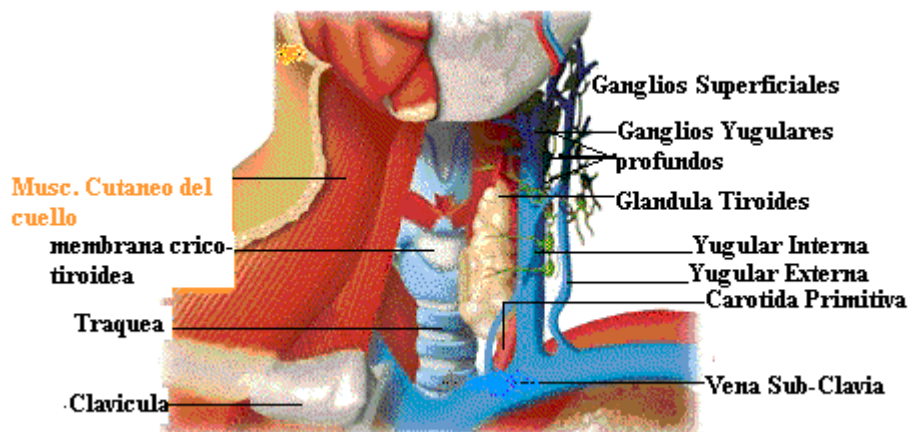


Figura 2

- **Nervios:** Comprenden importantes estructuras axonales derivadas de los últimos cuatro pares craneales formados por fibras aferentes y eferentes, entre las cuales se encuentran los nervios pneumogástricos, espinales, hipoglosos, además de los frénicos y el plexo cervical.
- **Músculos:** Poderosas estructuras musculares que se encargan en el cuello de los diversos movimientos de la cabeza y también de los de la laringe, entre los primeros están: los esternocleidomastoideo, los trapecios, la musculatura paravertebral posterior, los escalenos y otros músculos llamados prelaríngeos por tener alguna porción de éstos insertados en dicho órgano o conectados a ella; en este grupo se encuentran los esternocleidotiroideos, los esternocleidohioideos, el digástrico y el homohioideo (**figura3 y 4**).

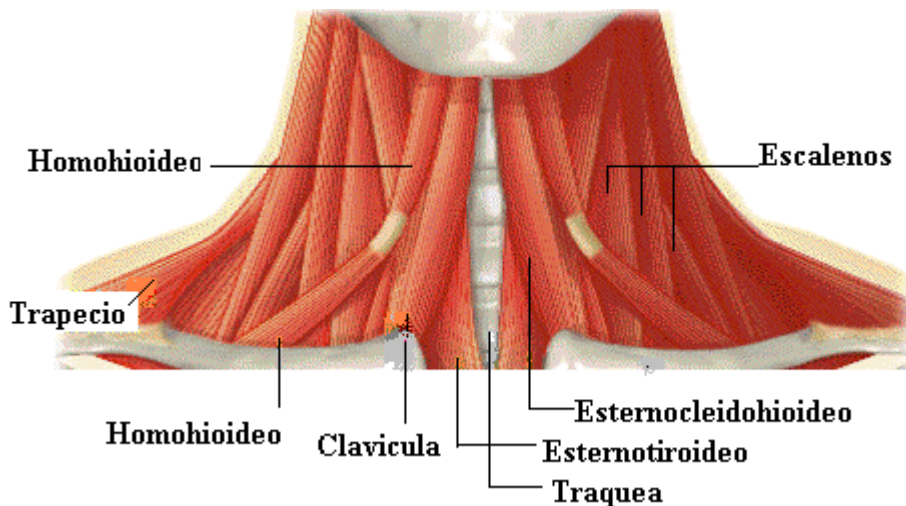
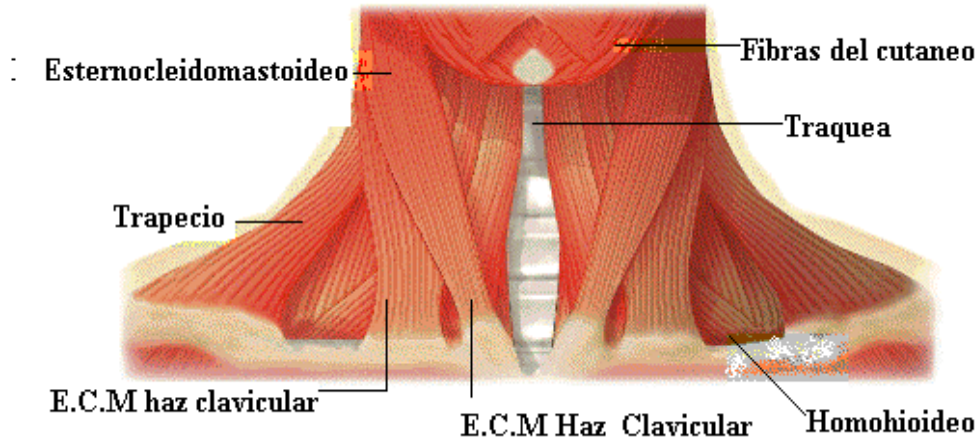


Figura 4. Vista anterior. Músculos profundos cervicales

Examen físico del cuello

En este tema omitiremos el examen endoscópico directo o indirecto de las estructuras internas del cuello: faringe, hipofaringe y laringe, las cuales son estudiadas en los capítulos respectivos, de manera que nos limitaremos al examen físico externo que comprende la inspección y la palpación básicamente. Con fines prácticos subdividiremos el cuello en varias regiones: la posterior que comprende desde la nuca hasta la base del cuello, la espinal que va desde el borde anterior de los músculos trapecios hasta el borde posterior de los esternocleidomastoideos, la región esternocleidomastoidea que abarca dichos músculos hasta el borde posterior de la laringe y tráquea, las regiones parotídeas, submaxilares y submentonianas y por último, la región anterior del cuello que se extiende desde la altura del hueso hioides hasta la horquilla supraesternal; aunque topográficamente pertenece a la región superior del tórax, en el examen del cuello se incluyen ambas fosas supraclaviculares que comprenden desde el borde anterior del músculo trapecio hasta la porción posterior de las clavículas.

La inspección de cuello debe realizarse con sumo cuidado, la atención se dirigirá primero a ambas regiones laterales (por delante y por detrás de la proyección de los músculos esternocleidomastoideos) y regiones parotídeas, submaxilares y submentonianas, lugares donde podemos hallar desde abultamiento de la piel por lesiones o subdérmicos hasta desplazamientos que alteren la configuración normal del cuello a causa de tumores más profundos que logran levantar todo el conjunto. En algunos casos debemos observar detenidamente si el abultamiento está animado de latidos o no y también si aumenta de volumen durante la fonación. Resulta fácil descubrir los orificios fistulosos que pueden estar obliterados o no. A continuación dirigiremos nuestra atención a la región central y sobre todo la medial, la cual es asiento de numerosas enfermedades como veremos más adelante.

La palpación del cuello reviste gran importancia y se realizará tanto con el examinador frente al paciente como por detrás de éste, sistematizándola en forma ordenada, de manera que sugerimos comenzar por la región posterior, a continuación las regiones laterales, submaxilares y submentonianas; por último la región medial y las fosas supraclaviculares.

Medios auxiliares de diagnóstico en el síndrome tumoral cervical

Los estudios histológicos son dos fundamentalmente: examen histopatológico (biopsia) y examen citológico del material obtenido por aspiración con aguja fina.

La biopsia es un método actualmente muy seguro y bien reglamentado que debe ser realizado frente a toda tumoración cervical ganglionar o no, con excepción de las pseudotumoraciones de origen vascular o quístico. Atendiendo a la toma de muestras puede ser de dos tipos: la incisional, en la cual se toma un fragmento o cuña del tumor y la excisional que permite extraer el ganglio sospechoso en bloque, siempre que sea técnicamente posible debe de optarse por esta última porque con la segunda (salvo que se trate de una situación en que realicemos una biopsia por congelación para continuar un proceder quirúrgico de envergadura) se corre el riesgo de la temida siembra de células cancerosas en la zona incindida al violarse la barrera que constituye la cápsula tumoral aún no infiltrada.

La biopsia por aspiración de aguja fina: es la segunda opción para obtener material celular para el estudio histopatológico, es un proceder que aunque conocido desde hace mucho tiempo ha tenido seguidores y detractores, estos últimos debido al riesgo siempre presente de la siembra tumoral en el trayecto de la aguja; pero a nuestro juicio este temor en el presente no está justificado y aunque teóricamente es posible, la siembra en el trayecto es una situación verdaderamente excepcional, antes se presentaba sobre todo, cuando para obtener el material tumoral se usaban los gruesos trocar de Silverman con los que se obtenían cilindros de tejidos relativamente grandes, hoy totalmente innecesarios ya que para la Histopatología moderna apenas bastan unas cuantas células en manos de un patólogo bien entrenado para establecer un diagnóstico confiable.

- **Medios imagenológicos**

Los más extendidos en la actualidad son los exámenes ultrasonográficos, las ecografías nos permiten, con solo conocer si el tumor es ecogénico o ecolúcido, verificar si se trata de una tumoración quística o sólida y si hay elementos densos (litiasis) en el interior de una tumoración de glándulas salivares, y cuando poseemos técnicas de alta resolución, podemos definir nítidamente sus contornos, sobre todo las irregularidades tan importantes como índice de malignidad o de infiltración a los tejidos adyacentes.

En el mismo sentido es muy útil la Tomografía Helicoidal Computarizada de alta resolución, por lo que ambos medios se han convertido en un precioso auxiliar del cirujano a la hora de decidir la operabilidad de una tumoración sobre todo las malignas.

Con fines más específicos se realizan gammagrafías y captación de Yodo 131 en los tumores y metástasis de la glándula tiroides.

En relación con las glándulas salivares mayores, a pesar de que la Ecografía ha disminuido su utilización, se continúa usando el sencillo proceder radiográfico, sialográfico que consiste en la inyección de un contraste radiopaco fluido, casi siempre yodado, por los conductos de Wharton cuando estudiamos las glándulas submaxilares y por los de Stensen cuando lo hacemos con las parótidas.

Con indicaciones mucho más específicas están en los casos de tumoraciones de origen vascular las arteriografías por sustracción digital, muy útiles en el momento de definir aneurismas, angiomas y fístulas arteriovenosas cervicales.

Tumoraciones cervicales

Se hace necesario una agrupación según la patogenia de los tumores y pseudotumores cervicales, por lo que proponemos la siguiente:

- **Tumoraciones cervicales de la línea media**

Quiste tirogloso adenopatías submentonianas

Tumores del lóbulo piramidal del tiroides

Adenopatías delfianas

Quistes dermoides de la región submentoniana

Tumores de las estructuras cartilagosas de la laringe

- **Tumoraciones cervicales laterales**

Adenopatías

Quistes branquiales

Lipomas y tumores del tejido conectivo

Neuromas y neurofibromas

Tumoraciones dependientes de la piel y sus estructuras.

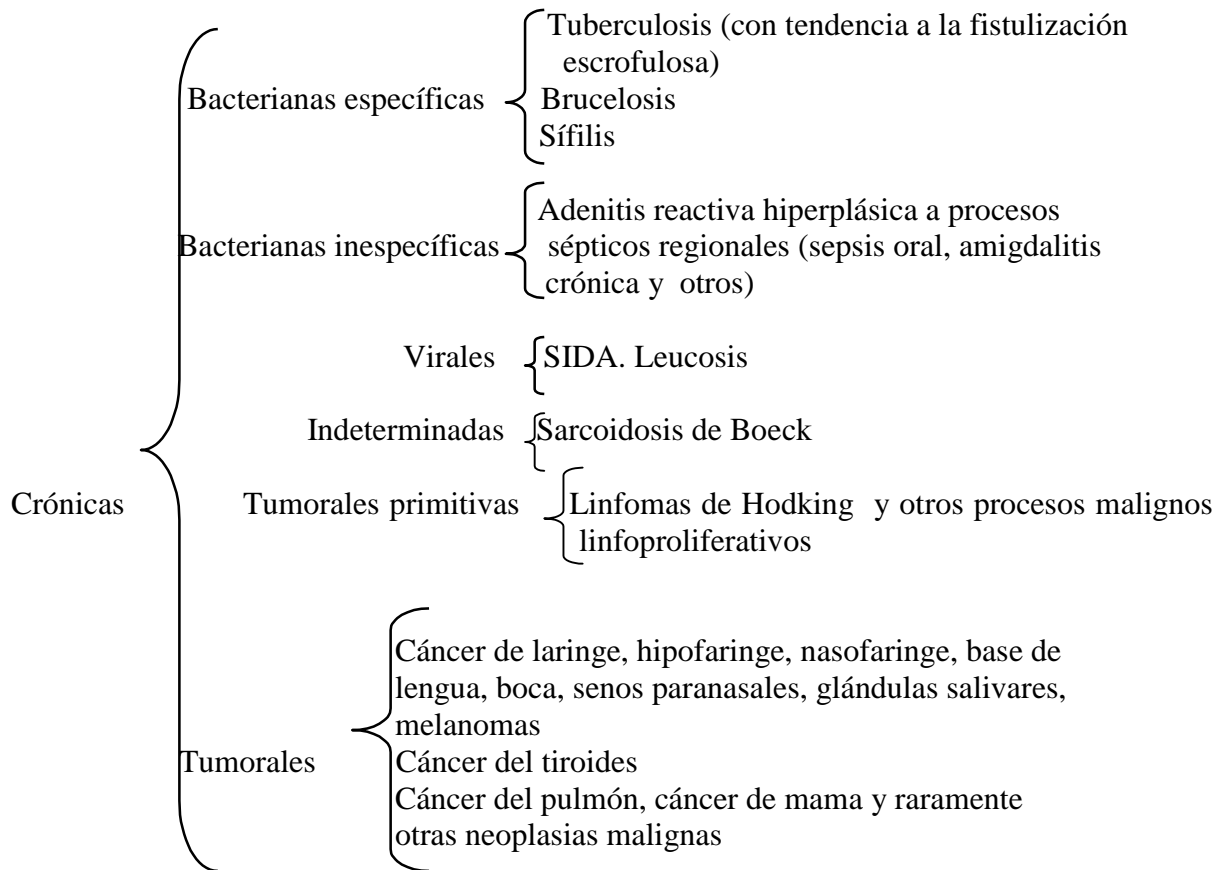
Aneurismas, fístulas arteriovenosas, linfangiomas, tumores del glomus carotídeo.

Tumores originados en el tejido muscular

Tumores originados en las glándulas salivares

Los tumores cervicales más frecuentes son las adenopatías y pueden clasificarse en agudas y crónicas.

Agudas {
Adenitis bacteriana reactiva inespecífica (a focos sépticos regionales)
Adenopatía satélite del chancro sifilítico
Adenitis en el curso de virosis (rubéola, mononucleosis infecciosa, enfermedades exantemáticas, seroconversión del SIDA)
Complejo primario TB
Leucosis.



Adenopatías

Como enunciábamos con anterioridad, son los tumores cervicales más frecuentes

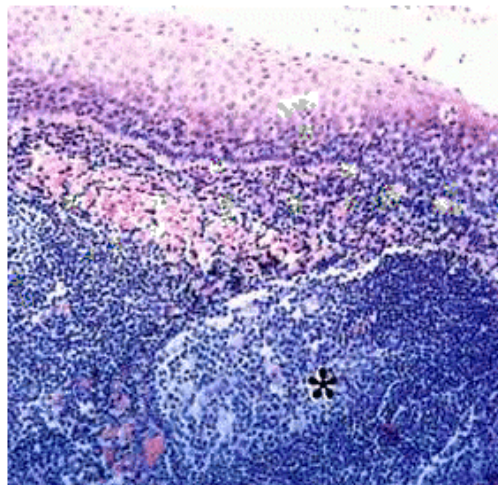


Figura 5. Corte histológico de un ganglio linfático, se detallan los linfocitos agrupados en folicúlos

- **Adenitis aguda**

Por ser el cuello una región donde el sistema linfático está ricamente representado, su participación como parte del sistema inmunológico en la defensa frente a diversas agresiones bacterianas y virales es cotidiana.

Por lo general una cadena o un ganglio linfático inflamado nos puede orientar con más o menos exactitud la localización del proceso séptico, aunque esto sólo es válido para las afecciones bacterianas, un ejemplo es que las adenitis agudas de la cadena anular superficial reaccionan a las infecciones superficiales de la piel; así los ganglios occipitales y mastoideos se inflaman frente a las infecciones piógenas del cuero cabelludo y también en la rubéola, los parotídeos y submaxilares lo hacen con las afecciones de la cara y región yugal y es típica la adenopatía submentoniana en las lesiones cutáneas de acné, y los procesos sépticos paraodontales de los incisivos inferiores.

Ya en las cadenas yugulares su aparición es expresión de infecciones más profundas, ejemplo lo constituye la adenitis subangulomaxilar que aparece en las amigdalitis agudas; la clásica adenopatía satélite del chancro de inoculación de la sífilis, casi siempre ubicado en las amígdalas palatinas.

En el curso de algunas enfermedades virales, las adenopatías agudas están siempre presentes, tal es el caso de la mononucleosis infecciosa, producida por el virus de Epstein Barr. Las adenopatías y la fiebre suelen preceder al exantema en enfermedades virales como el sarampión y la rubéola; en muchas de las leucosis agudas un síndrome adénico cervical puede ser su forma de presentación. Debemos señalar que en la llamada sero-conversión del SIDA aparece un cuadro adénico cervical agudo con ligeras manifestaciones generales que suele ser confundido con alguna infección banal, ya que en pocos días desaparece sin tratamiento alguno.

Casi con la única excepción de la adenitis satélite sifilítica, todas estas adenopatías, independientemente de que la infección sea de origen viral o bacteriano, son dolorosas, móviles, de consistencia elástica y pueden ser solitarias o agruparse en varios ganglios de una misma cadena; posteriormente si es un proceso séptico lo que le dio origen y se dirige a la curación, su tamaño va disminuyendo progresivamente hasta desaparecer completamente.

En otros casos, una adenopatía aguda evoluciona hacia la abscedación y tendremos en este caso el llamado adenoflemón cervical.

Adenoflemón cervical

Es una entidad muy frecuente en la patología del cuello, no es más que la abscedación de una adenitis aguda.

Patogenia

Es siempre bacteriana ya que las adenopatías virales jamás se absceden, se produce por el paso de bacterias virulentas al interior del ganglio, las cuales llegan a él por la red de vasos linfáticos aferentes, procedentes de un foco séptico agudo regional; aunque puede aparecer en cualquier ganglio cervical, los más frecuentes son los de las cadenas yugulares, sobre todo en su tercio superior.

Cuadro clínico

Es de aparición muy aguda, un pequeño ganglio cervical se hace muy doloroso y comienza a aumentar de tamaño considerablemente en poco tiempo, la cabeza puede adoptar una posición inclinada hacia la adenopatía por razones antálgicas, el dolor se hace pulsante y aparecen manifestaciones generales como la fiebre. Al examen físico se palpa una tumoración dolorosa

cervical de bordes mal definidos debido al proceso periadenítico que lo acompaña y que aún conserva la posibilidad de desplazarlo ligeramente; evolutivamente y casi siempre en su parte más prominente aparece una zona de fluctuación, lo cual indica que se ha formado un absceso en su interior, además están presentes en esta etapa los signos clásicos de la inflamación aguda.

Tratamiento

Tiene que estar dirigido en dos vertientes, la primera es la de eliminar si se encuentra el foco séptico primario, pues de no ser así el adenoflemón puede evolucionar hacia la forma subaguda, un ejemplo de ello son los casos en que la reacción ganglionar se debe a una piodermatitis del cuero cabelludo, en la cual mientras no se controle la infección primaria el adenoflemón responde muy mal al tratamiento, esto también es válido para otras situaciones sépticas similares como las sepsis dentales.

El tratamiento general es el uso de antibióticos por vía sistémica, el más usado es la penicilina a la que responden bien las infecciones por estreptococos; pero en los pacientes portadores de lesiones de piodermatitis, si no disponemos de la posibilidad de un diagnóstico bacteriológico rápido, deben de indicarse las penicilinas semisintéticas o las cefalosporinas de primera generación, ya que puede tratarse de una bacteria resistente como los estafilococos coagulasa positivos.

El proceso puede adoptar dos vías de evolución: la de resolución y la de abscedación; en la primera el adenoflemón comienza a disminuir su tamaño y desaparecer junto con los signos inflamatorios en pocos días y en la segunda está indicada la incisión y drenaje del contenido purulento de éste.

Adenopatías inflamatorias crónicas inespecíficas cervicales

Afección que aparece como consecuencia de una reacción ganglionar linfática de defensa frente a un proceso séptico regional.

Los ganglios linfáticos enfermos tienen ciertas características que si bien es cierto no son patognomónicas nos ayudan a realizar el diagnóstico, ellas son: las adenopatías aisladas, casi siempre solitarias, a la palpación su consistencia elástica es bien manifiesta, son móviles y no adheridas a planos superficiales o profundos, pueden aumentar o disminuir de tamaño en relación con la actividad del proceso séptico que le da origen, e incluso durante las fases de agudización pueden comportarse como una adenopatía aguda. Este tipo de adenopatías puede verse en pacientes portadores de amigdalitis crónicas, sobre todo en niños y adolescentes donde la adenitis crónica subangulomaxilar es una acompañante casi obligada.

Las adenopatías submentonianas crónicas también son un motivo de consulta frecuente en nuestra especialidad en pacientes con lesiones de acné, lesiones forunculosas de pequeño tamaño en la zona de la barbilla y sepsis oral de incisivos inferiores por parodontopatías.

Algunas enfermedades producen adenopatías crónicas que se han clasificado como específicas como es el caso de la sífilis, la brucelosis y la tuberculosis ganglionar, esta última presenta la característica especial de producir periadenitis y su tendencia a la fistulización con marcada retracción de la piel (lo que se conoce como escrófula tuberculosa) era muy frecuente anteriormente, pero como la TB se considera una enfermedad reemergente ya que en los últimos años se ha mantenido un incremento epidemiológico importante, necesitamos tenerla presente al discutir el diagnóstico diferencial de una adenopatía, sobre todo en niños y adultos jóvenes.

A pesar de las características anteriormente descritas preconizamos siempre frente a una adenopatía crónica que no se modifique, a pesar de haberse tratado el supuesto foco séptico primario la biopsia de la misma sobre todo en los momentos actuales en que disponemos de

técnicas de diagnóstico microhistológicas en la que suele bastar una toma de muestra por aspiración con aguja fina (BAAF)

Tumores malignos del cuello

Los tumores originados en estructuras cervicales corresponden por lo general a las neoplasias del tiroides y a las de glándulas salivares mayores; otras neoplasias malignas pueden estar presentes al disponer el cuello de todos los tejidos, pero afortunadamente constituyen una rareza, por lo que son motivo de análisis en bibliografías especializadas, algunos de ellos son: los tumores malignos del corpúsculo carotídeo, sarcomas y otros originados en tejidos de origen mesodérmico.

Tumores malignos del tiroides

Constituyen estadísticamente los más frecuentes, su estudio y tratamiento competen a la Cirugía General, pero algunos síntomas y signos involucran a la esfera otorrinolaringológica, razón por la cual los mencionaremos muy escuetamente.

Cuadro clínico

El nódulo tiroideo es habitualmente el primer signo de un cáncer del tiroides y en etapas iniciales su diagnóstico diferencial con otras afecciones del órgano es muy difícil, de manera que se requiere el uso de técnicas muy específicas para lograrlo, como las gammagrafías, captación de iodo radioactivo y por último la BAAF.

Otras veces un cáncer de este tipo puede debutar por una disfonía orgánica motivada por la lesión por infiltración tumoral de un nervio recurrente y este signo es otro punto de contacto de la afección con nuestra especialidad; por último, como dato interesante hemos visto y diagnosticado algunos cánceres del tiroides, sobre todo el llamado carcinoma papilar, al biopsiar una adenopatía cervical ubicada en cadenas poco tomadas en otro tipo de lesiones como son la cervical transversa y la cadena espinal en el triángulo posterior del cuello.

Cáncer de glándulas salivares

Las más afectadas por este tipo de lesión son sin dudas las parótidas y las submaxilares; el tumor se origina la mayoría de las veces por la malignización de un tumor mixto (adenoma pleomorfo) y otras veces directamente en el tejido glandular, como el carcinoma ductal y el adenocarcinoma.

Cuadro clínico

Estará en dependencia de que si es un tumor maligno de inicio o si es un cáncer injertado en una entidad anterior, como es el caso de la malignización de un tumor mixto; en éste último algunos signos como la aparición del dolor, la fijación a planos vecinos y en los de origen parotídeos, la presencia de una parálisis facial periférica, nos hacen sospechar su malignidad.

Su diagnóstico presuntivo lo haremos por las modificaciones de las características del tumor ya mencionadas y por exámenes como la sialografía. Se observará la amputación de los conductillos y la salida de contraste por fuera de ellos, lo cual es signo de infiltración tumoral.

Los exámenes ecográficos (USD) son de dudosa utilidad y a lo sumo podemos encontrar una mala definición de los límites de la glándula.

El diagnóstico definitivo se realiza por el estudio anatomopatológico.

Adenopatías cervicales malignas

Se dividen en: primitivas y metastásicas, las primeras son expresiones cervicales de enfermedades sistémicas (Hodking y otros linfomas) y las segundas, metástasis de neoplasias situadas en órganos como la laringe, nasofaringe, base de lengua, senos, etc., casi siempre de origen epitelial como el carcinoma epidermoide (escamoso).

Los ganglios metastásicos se caracterizan por ser duros, su consistencia suele llamarse pétreo, no son dolorosos al inicio, rápidamente se fijan a planos profundos, por lo que su movilidad desaparece; finalmente esta infiltración puede erosionar un vaso y generar una hemorragia fatal, el dolor refractario a los analgésicos comunes indica la lesión de nervios sensitivos. Las metástasis ganglionares tiene ciertos patrones clínicos muy importantes uno de ellos es que los ganglios metastizados se localizan en cadenas que nos pueden hacer sospechar su ubicación; por ejemplo los cánceres de nasofaringe tienden a metastizar en el tercio superior de la cadena yugular interna y los ganglios yugulodigástricos, los de la epilaringe y supraglotis, así como los de la base de la lengua tienen preferencia también por el tercio superior de la cadena yugular; los de región subglótica suelen metastizar en los ganglios de la cadena cervical transversa y prelaríngeos, aunque insistimos en que esta no es una regla absoluta.

El diagnóstico definitivo de una adenopatía crónica cervical solo puede hacerse por medios histopatológicos lo más rápido posible debido a que la operabilidad de un cáncer queda muchas veces determinada no solo por el tamaño o ubicación de la lesión primitiva, sino también por la fijación a estructuras vecinas vitales de las metástasis ganglionares lo que imposibilita el vaciamiento ganglionar oportuno.

Seudotumores cervicales

Bajo esta denominación veremos los dos pseudotumores del cuello que aparecen con mayor frecuencia: el quiste tirogloso y el branquial.

- **Quiste tirogloso**

Es la tumoración más frecuente de la línea media cervical, aunque su origen es embrionario debido a la persistencia del conducto de Bourdalet creado durante el descenso de la glándula tiroides desde la base de la lengua hasta la región central pretraqueal, expresión del cual normalmente queda el foramen caecum en la base de la lengua y el lóbulo piramidal del tiroides, en ciertas ocasiones este trayecto persiste en forma de conducto y en cualquier momento de la vida puede generar un quiste.

Cuadro clínico

Puede ser congénito, pero la mayoría de las veces aparece durante la adolescencia y en el adulto joven, en el adulto mayor es muy raro.

Inicialmente aparece una tumoración fluctuante, no dolorosa, en la línea media del cuello, sobre todo en una zona situada entre el borde inferior del hueso hioides y la escotadura central del cartílago tiroides, descansando sobre la membrana tirohioidea.

El quiste puede alcanzar un volumen tal que se hace muy visible deformando la anatomía de la región, no ocasiona otra sintomatología salvo en los contados casos de que el mismo se infecte debido a la penetración de gérmenes por el agujero ciego, en estos casos el quiste presenta los signos clásicos de la inflamación.

Diagnóstico

Es presuntivo frente a toda tumoración en línea media, situada sobre la membrana tirohioidea entre el hueso hioides y el cartílago tiroides, se debe diferenciar de algunos quistes que se forman en la región submentoniana y que por su volumen pueden llegar a la zona suprahioidea que son los quistes dermoides, en el otro lugar donde se forman tumores (línea media) es la región del lóbulo piramidal del tiroides, ubicada desde luego mucho más baja en el cuello.

Para el diagnóstico se ha descrito la llamada maniobra de Nelson que consiste en tomar el quiste entre los dedos índice y pulgar y detectar el ascenso durante la deglución, ya que éste asciende por estar fijado al borde interno de dicho hueso; otros quistes, originados en el tejido subcutáneo, no presentan el fenómeno de ascenso durante la deglución.

Tratamiento

Siempre será quirúrgico, justificado porque aunque las molestias que produce son mínimas y por lo general bien toleradas por el paciente, siempre se corre el riesgo de la infección, también se ha informado malignización de estos quistes.

La operación indicada es la exéresis con seguimiento del trayecto fistuloso hasta la base de la lengua y resección, si existiera, de la pirámide de La Lougette que es una prolongación de dicho trayecto hasta el istmo del tiroides, pero siempre el cirujano debe tener en consideración de que por razones de su origen embrionario la resección del trayecto debe conllevar la sección de la parte central del hueso hioides, de lo contrario es muy probable que el quiste se reproduzca en estos restos del trayecto que quedan en otras técnicas quirúrgicas por debajo de dicha estructura ósea.

• **Quistes branquiales**

Estos seudotumores también de origen embrionario se ubican en la región lateral del cuello y al igual que el anterior puede presentarse en cualquier edad, aunque son más comunes en las edades tempranas, el cuadro clínico es semejante, incluso muchas veces permanecen estos trayectos asintomáticos debutando con un episodio de infección.

Su origen tiene lugar en las hendiduras branquiales correspondientes al II y III arco, pero sobre todo, del segundo arco; si el trayecto embrionario presenta un orificio externo, entonces es una fístula branquial que puede o no supurar y que en cualquier momento puede infectarse, estas fístulas se sitúan en un área que se extiende por toda la región anterior de los músculos esternocleidomastoideos y su trayecto ascendente pasa por la bifurcación carotídea para ir a desembocar en la fosita supraamigdalal.

Diagnóstico

Es relativamente fácil si el quiste es congénito y sobre todo si se aprecia un agujero fistuloso en la piel, pero se dificulta si carece de orificio y ha debutado con una infección; en este caso se hace difícil diferenciarlo de una adenopatía aguda de la cadena yugular debido a que el cuadro clínico es muy similar, por lo que es necesario acudir al examen ultrasónico para diferenciar si es un quiste o una tumoración sólida como lo son las adenopatías.

Tratamiento

La exéresis del quiste y de su trayecto hasta la fosa supraamigdalal es la técnica indicada teniendo en cuenta que el trayecto pasa entre las dos carótidas a nivel de su bifurcación, esta disección debe extenderse hasta el orificio interno ya que de lo contrario, basta que quede un pequeño resto para que se reproduzca dicho quiste branquial.

• Seudotumores parotídeos y submaxilares

Son las consecuencias a largo plazo de procesos inflamatorios a repetición de las glándulas salivares mayores, específicamente las parótidas y las submaxilares.

Los parotídeos aparecen como consecuencia de las parotiditis recidivantes que inician sus crisis en las edades tempranas, a cada episodio agudo se añade tejido fibroso cicatricial hasta que el parénquima glandular queda sustituido por este tipo de tejido.

Diagnóstico

El antecedente de crisis de parotiditis aguda a repetición no puede estar ausente, a la palpación se observa un abultamiento parotídeo unilateral o bilateral en dependencia de la característica clínica del proceso que puede afectar a una glándula o a ambas, se palpa un abultamiento parotídeo que se extiende a toda la glándula de consistencia firme, muy parecido a un verdadero tumor, con la diferencia de que estos últimos no sustituyen a todo el tejido glandular.

Como complemento del diagnóstico es muy útil la sialografía, en la cual aparecen los extremos de los conductillos dilatados, formándose la clásica imagen radiográfica “ en racimo de uvas” que es patognomónica del proceso.

Tratamiento

Como esta situación patológica es consecuencia de una parotiditis recidivante, dicho tratamiento debe de dirigirse al control de ésta. Se recomienda una neurectomía del Jacobson en su trayecto intratimpánico solo o asociado con la corpectomía por igual vía, aunque en casos avanzados, debido al alto grado de fibrosis tisular, la situación se hace irreversible y la exéresis del pseudotumor es la única opción.

Los pseudotumores submaxilares al igual que el descrito anteriormente es consecuencia de inflamaciones bacterianas a repetición de la glándula submaxilar, por lo general motivada por una litiasis muy frecuente en esta glándula.

Cuadro clínico

Se obtiene el antecedente de cólicos salivares a repetición, acompañado de la submaxilitis aguda, al final se presenta el abultamiento permanente del órgano después de haber desaparecido el episodio agudo.

Diagnóstico

Es sencillo ya que la historia de cólicos salivares es claramente referida por el enfermo, además puede referir la expulsión de cálculos por el conducto de Wharton; la glándula submaxilar se hace visible como un abultamiento en esta región que al palparse se nos presenta con una consistencia firme. Si simultáneamente con la palpación externa introducimos un dedo presionando sobre el suelo de la boca (maniobra bimanual), en muchos pacientes puede detectarse la formación pétreo del calculo a la salida del conducto salival o intraglandular, en este caso la maniobra es algo dolorosa.

Tratamiento

En los casos de pseudotumor submaxilar el tratamiento indicado es el quirúrgico, de manera que se recomienda la exéresis de la glándula.