

Masas en cuello: signos y síntomas iniciales

*Morales-Cadena Mauricio, **Sanjurjo-Martínez José Luis.

Resumen

Introducción. La mayoría de las masas de cuello cuenta con una causa específica. Estas masas se presentan en sitios específicos dependiendo del grupo de edad del que se trate, lo cual permite un abordaje sistemático para establecer un diagnóstico y, a su vez, un plan de manejo para cada caso. **Objetivo.** Determinar la sintomatología inicial y la forma de presentación, así como las características exploratorias en pacientes con masas en cuello. **Métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo en un periodo de cinco años que incluyó a pacientes con masas en cuello valorados en cuanto a aumento de volumen, tamaño, localización, tiempo de evolución, síntomas locales, síntomas generales y diagnóstico histopatológico. **Resultados.** Se evaluaron 80 expedientes (69% de mujeres y 31% de hombres con edad promedio de 51.4 años). En la evaluación se observaron: aumento de volumen (80%), datos incidentales (20%), masas en el triángulo anterior (57%), ubicación submandibular (25%), en región parotídea (12%) y en triángulo posterior (4%). Asimismo: masas móviles (40%), masas no móviles (44%), con consistencia blanda (65%), relacionadas con adenomegalias (24%), síntomas locales (19%), síntomas generales (26%), masas dolorosas (29%), patología en glándula tiroides (45%), en glándula submandibular (21%), en parótida (12%), en paratiroides (8%), en ubicaciones distintas de las anteriores (4%). Finalmente: patología tumoral benigna (52%), maligna (9%), inflamatoria (17%), congénita (10%) e infecciosa (5%).

Palabras clave: masas en cuello, sintomatología de masas en cuello, diagnóstico histopatológico.

Abstract

Introduction. Most of neck masses counts with a specific cause. These masses appear in specific sites depending on the age group, which allows a systematic boarding to establish a diagnosis and, as well, a plan of handling for each case. **Objective.** To determine the initial symptomatology and form of presentation, as well as the exploratory characteristics in patients with masses in neck. **Methods.** A retrospective study was made in a period of five years that included patients with masses in neck valued as far as increase of volume, size, location, time of evolution, local symptoms, general symptoms and histopathologic diagnosis. **Results.** Eighty files were evaluated (69% of women and 31% of men with an average age of 51.4 years). In the evaluation, they were observed: increase of volume (80%), incidental data (20%), masses in the previous triangle (57%), submandibular location (25%), in parotid region (12%) and later triangle (4%). Also: movable masses (40%), nonmovable masses (44%), with soft consistency (65%), related to adenomegalias (24%), local symptoms (19%), general symptoms (26%), painful masses (29%), pathology in gland thyroid (45%), in submandibular gland (21%), in parotid (12%), in parathyroid (8%), in locations different from the previous ones (4%). Finally: benign tumor pathology (52%), malignant tumor pathology (9%), inflammatory (17%), congenital (10%) and infectious (5%).

Key words: neck masses, neck masses symptomatology, histopathologic diagnosis.

Introducción

En adultos con masas en cuello, resulta fundamental considerar que la masa puede representar una metástasis proveniente de un tumor primario conocido o desconocido, originada con frecuencia (aunque no en todos los casos) en la vía aérea superior o el tubo digestivo proximal.¹ La mayoría de las masas en cuello posee una causa específica

y su presentación ocurre en sitios específicos dependiendo del grupo de edad en que se ubique el paciente. Ello supone una capacidad de predicción que permite un abordaje sistemático para establecer un diagnóstico (además de los diversos diagnósticos diferenciales correspondientes), así como un plan de manejo para cada caso.²

*Coordinador general del curso de postgrado del Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Español de México. Profesor de postgrado de la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle. **Residente de segundo año en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Español de México.

Para orientar una sospecha diagnóstica inicial son útiles diversos datos: edad del paciente, tamaño y tiempo de evolución, sintomatología relacionada, exposición a radiación, antecedentes de trauma, viajes, tabaquismo, alcoholismo y condiciones médicas previas.³ La localización de la masa es otra variable de particular importancia para establecer el diagnóstico diferencial. Al respecto, las masas con etiología congénita y traumática muestran una localización constante,⁴ mientras que, en el caso de las neoplasias, la localización es significativa para definir el diagnóstico y el pronóstico.⁵

Por lo general, la historia clínica y el examen físico proporcionan orientación en cuanto a la etiología de la masa (vascular, inflamatoria, congénita o neoplásica), aunque en ocasiones, pese a un estudio profundo, no es posible determinar el origen de la masa.⁶⁻⁸ Por todo lo anterior, es importante establecer un diagnóstico precoz (cuando esto es posible) mediante signos o síntomas que sirvan como datos de alarma, sea que el propio paciente los identifique, o bien el médico en el primer contacto. Está demostrado que las masas en cuello pueden ser manifestaciones finales de padecimientos locales o sistémicos.⁹

Objetivos

- **Primario.** Determinar la sintomatología inicial y la forma de presentación de las masas en cuello, así como las características exploratorias de cada paciente de acuerdo con el grupo de edad al que pertenezca.
- **Secundario.** Establecer un algoritmo diagnóstico para esta condición.

Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo en un periodo de cinco años, que incluyó a

pacientes con masas en cuello examinados en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Español de México. La valoración incluyó: aumento de volumen, tamaño, localización, tiempo de evolución, síntomas locales, síntomas generales, diagnóstico histopatológico y tratamiento.

Se definió como masa en cuello todo aumento de volumen diagnosticado clínicamente o por estudios de imagen (a este último tipo de estudio se le clasificó como incidental). Fueron incluidos todos los pacientes que cumplieron con tales criterios y que además contarán con un estudio histopatológico definitivo.

Se consideraron síntomas generales (fiebre, malestar general, astenia, adinamia y pérdida de peso) y síntomas locales (aumento local de temperatura, cambios tróficos en piel y datos de compresión a estructuras vecinas).

Resultados

Se evaluaron 80 expedientes, 69% de ellos correspondientes a mujeres, y 31% a hombres; la edad promedio fue 51.4 años. (Tabla 1.) La etiología de las lesiones encontradas se indica en la tabla 2, y los diagnósticos histopatológicos correspondientes en la tabla 3.

Discusión

El diagnóstico diferencial de las masas en cuello supone un reto para el médico y requiere de un estudio minucioso. Se sabe que el grupo etario es el primer parámetro que debe considerarse, ya que —de acuerdo con la literatura— en niños y adultos jóvenes la patología inflamatoria abarca cerca de 80% de los casos, mientras que en adultos mayores de 40 años el porcentaje de patología maligna es alto. En un estudio publicado por Gleeson y colaboradores se reporta

Tabla 1. Características de las masas en cuello examinadas en el estudio.

Parámetro considerado	Porcentaje de presentación	Parámetro considerado	Porcentaje de presentación
Aumento de volumen	80%	Relación con adenomegalias	24%
Datos incidentales	20%	Síntomas locales	19%
En triángulo anterior	57%	Síntomas generales	26%
Ubicación submandibular	25%	Masas dolorosas	29%
En región parotídea	12%	Patología en glándula tiroides	45%
En triángulo posterior	4%	Patología en glándula submandibular	21%
Masas móviles	40%	Patología en parótida	12%
Masas no móviles	44%	Patología en paratiroides	8%
Con consistencia blanda	65%	Patología en ubicaciones distintas de las anteriores	4%

Tabla 2. Etiología de las lesiones encontradas.

Etiología	Total de casos	Porcentaje
Tumoral benigna	42	52.5%
Inflamatoria	17	21.25%
Tumoral maligna	9	11.25%
Congénita	8	10%
Infeciosa	4	5%

hasta 75% de tumores malignos.⁵ En el presente estudio se abarcó una población principalmente adulta y se identificaron diversas etiologías (**Tabla 2, Figura 1**). Las localizaciones más frecuentes se indican en la **figura 2**.

En adultos, los padecimientos congénitos suelen descartarse al estudiar masas en cuello debido a su baja incidencia (aproximadamente 10% en series grandes), tendencia confirmada en el presente estudio. En cuanto a localización, la mayor parte de la patología tumoral en

cuello se ubica en triángulo anterior y cara lateral, en relación con las estructuras anatómicas de esta región, por lo que el criterio de localización en estas circunstancias es de poca utilidad diagnóstica. Por lo regular, las referencias a masas en cuello presuponen la localización en esta zona.

La presentación clínica suele ser variable. De acuerdo con McGuirt,³ 12% de los tumores malignos de cuello tiene como síntoma inicial único aumento de volumen local. En un estudio de Dolan y colaboradores,⁹ se encontró que en 46% de los pacientes con carcinoma escamoso de cabeza y cuello el dato clínico inicial consistió en el desarrollo de una masa o en un aumento de volumen, en la mayoría de los casos acompañados por dolor.

El presente estudio no se enfocó de manera exclusiva en la patología maligna del cuello, y los resultados fueron variables, aunque el aumento de volumen fue el síntoma inicial predominante (80%) y en un porcentaje alto (71.2%) no se registró dolor. En cuanto a la sintomatología acompañante, en la literatura se reporta una relación importante entre patología maligna y aparición de síntomas locales o de síntomas vinculados con presencia de masa.

En este estudio, la mayor parte de la población fue asintomática inicialmente, y los síntomas acompañantes más frecuentes fueron de tipo sistémico; ello correlaciona con una alta incidencia de patología inflamatoria. Finalmente, debe decirse que la presencia de adenomegalias se encontró

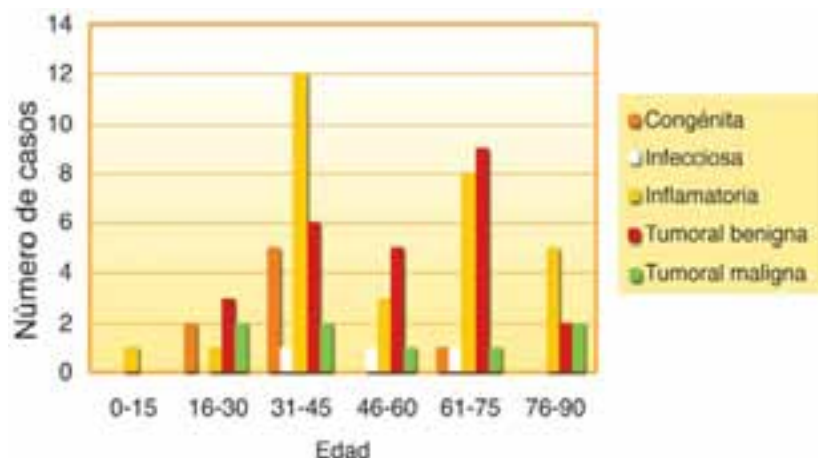
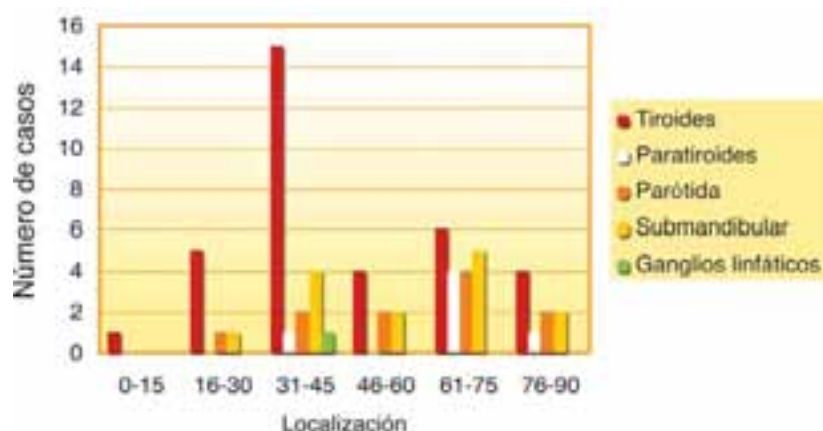
**Figura 1.** Distribución por grupos de edad de acuerdo con la etiología.**Figura 2.** Distribución por grupos de edad de acuerdo con la localización.

Tabla 3. Diagnóstico histopatológico.

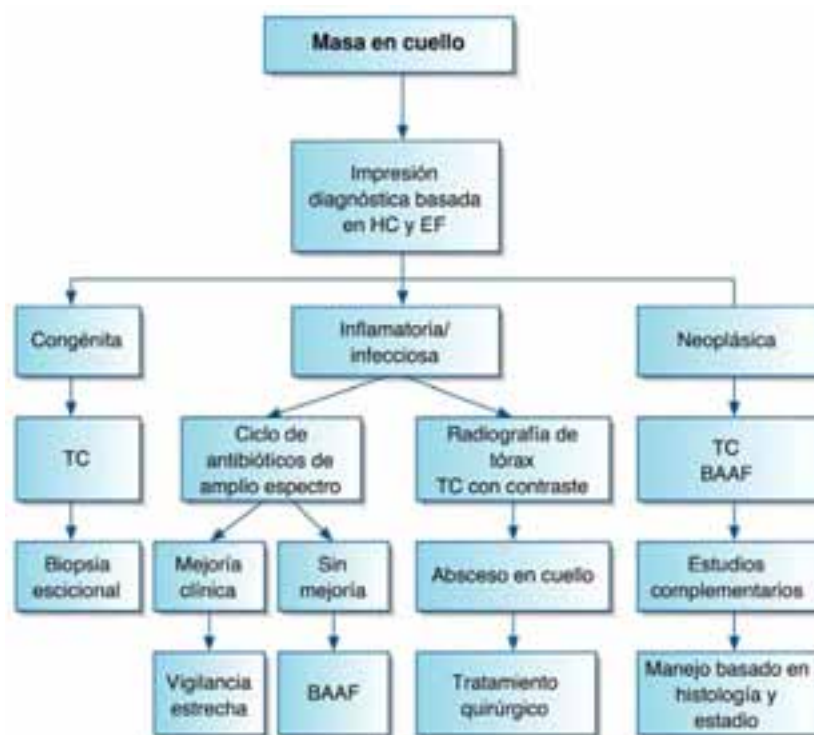
Patología identificada	Total de casos	Porcentaje	Patología identificada	Total de casos	Porcentaje
Bocio coloide	13	16.25%	Bocio adenomatoso	2	2.5%
Sialoadenitis crónica	13	16.25%	Carcinoma folicular	2	2.5%
Adenoma paratiroideo	7	8.75%	Nódulo tiroideo	2	2.5%
Carcinoma papilar	4	5%	Bocio difuso	1	1.25%
Tumor de Wharthin	4	5%	Carcinoma adenoideo	1	1.25%
Adenoma tiroideo	3	3.75%	Congestión parotídea	1	1.25%
Lipoma	3	3.75%	Enfermedad de Castleman	1	1.25%
Quiste epidérmico	3	3.75%	Carcinoma de células de Hurthle	1	1.25%
Quiste tirogloso	3	3.75%	Paraganglioma	1	1.25%
Tiroiditis de Hashimoto	3	3.75%	Parotiditis crónica	1	1.25%
Absceso submandibular	2	2.5%	Quiste branquial	1	1.25%
Adenoma folicular	2	2.5%	Quiste tiroideo	1	1.25%
Adenoma monomorfo	2	2.5%	Xantogranuloma	1	1.25%
Adenoma pleomorfo	2	2.5%			

en 23.7% de los pacientes, con baja proporción de malignidad.

Tomando como base todos los datos citados, se realizó una revisión de los algoritmos diagnósticos existentes para el manejo de pacientes con masas en cuello. En el presente estudio se propone el algoritmo diagnóstico ilustrado en la **figura 3**.

Conclusiones

En el presente trabajo, no se identificó un patrón de presentación habitual en pacientes con masas en cuello capaz de orientar hacia un diagnóstico inicial. El grupo de edad es el parámetro más útil en la orientación diagnóstica. La correlación con grupos de edad en cuanto a localización, etiología y correlación coincide con lo reportado en la literatura.

**Figura 3.** Masas en cuello; algoritmo diagnóstico.

Referencias

- Sanderson RJ, Ironside JAD. Squamous cell carcinomas of the head and neck. *BMJ* 2003; 325: 822-7.
- Schwetschenau E, Kelley DJ. The adult neck mass. *Am Fam Physician* 2002; 66 (5): 831-8.
- McGuirt WF. The neck mass. *Med Clin North Am* 1999; 83 (1): 219-34.
- Mandell DL. Head and neck anomalies related to the branchial apparatus. *Otolaryngol Clin North Am* 2000; 33 (6): 1309-32.
- Gleeson M, Herbert A, Richards A. Management of lateral neck masses in adults. *BMJ* 2000; 320 (7248): 1521-4.
- Kim N, Lavertu P. Evaluation of a thyroid nodule. *Otolaryngol Clin North Am* 2003; 36 (1): 17-33.
- Rice DH. Chronic inflammatory disorders of the salivary glands. *Otolaryngol Clin North Am* 1999; 32 (5): 813-8.
- Ammari FF, Bani Hani AH, Ghariebeh KI. Tuberculosis of the lymph glands of the neck: a limited role for surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 128 (4): 576-80.
- Dolan RW, Vaughan CW, Fuleihan N. Symptoms in early head and neck cancer: an inadequate indicator. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 119 (5): 463-7.