



Abordaje diagnóstico de la masa en cuello para el paciente adulto

Héctor Luis Echegaray-Sánchez,* Jorge Eduardo del Bosque-Méndez,*
Omar Antonio Soto-Becerril,* Carlos Alfredo Gómez-de la Cruz,* Armando Ramírez-Ramírez*

RESUMEN

Las neoplasias malignas primarias en la región de cabeza y cuello representan 10.1% en morbilidad y sin incluir los tumores de piel, en mortalidad 7.7%, debido a la complejidad anatómica del cuello con una gran variedad de órganos y tejidos se pueden originar neoplasias epiteliales, mesenquimales, hematológicas, germinales y neuroendocrinas, que explica la importancia de conocer la gran variedad de diagnósticos diferenciales frente a una masa en cuello, así como un abordaje estandarizado basado en conocimientos anatómicos; es de gran importancia para hacer un diagnóstico oportuno y disminuir el retraso en la detección, mismo que tiene repercusiones en la sobrevida. Los clínicos deben identificar a los pacientes con factores de riesgo, síntomas y signos que incrementan la posibilidad de neoplasias malignas, referir a los estudios de gabinete pertinentes, conocer las indicaciones y resultados de biopsias para concluir el abordaje diagnóstico.

Palabras clave: Cabeza, cuello, adenopatía, abordaje, diagnóstico, metástasis, neoplasia.

ABSTRACT

Head and neck malignant neoplasms represent 10.1% of global cancer morbidity and 7.7% of global cancer mortality. The anatomy of the neck is complex and has certain important considerations: multiple organs and tissues that can develop epithelial, mesenchymal, hematologic, germinal and neuro-endocrine. Explaining why it is of vital importance to know differential diagnosis, the suggestions and considerations to approach cervical mass in adults look to diminish delays in diagnosis and treatment, have repercussions in survival. The clinicians should identify patients with increased risk for malignancy, suspicious symptoms and signs, refer to the proper imaging studies, as the biopsy's results and indications, to conclude the diagnostic approach.

Keywords: Head, neck, diagnosis, approach, lymphadenopathy, metastasis, neoplasm.

EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer es un grupo de enfermedades heterogéneas con la capacidad de multiplicar sus células, invadir tejidos y dar metástasis a distancia, puede afectar casi cualquier parte del cuerpo y posee un gran número de síntomas y signos dependiendo la región afectada. En cabeza y cuello existen neoplasias epiteliales, mesenquimatosas, hematológicas, germinales y neuroendocrinas (Tabla 1). El cáncer en esta región constituye un porcentaje cercano al 10% de los casos nuevos anuales de cáncer con una

mortalidad anual de 7.7% (Tabla 2). Las neoplasias malignas principales son las epiteliales de células escamosas con un origen predilecto por el tracto aerodigestivo con una incidencia anual de 600,000 casos por año con una mortalidad estimada 330,000.¹

CAUSA DE MASA EN CUELLO

El aumento de volumen en cuello, dentro del panorama clínico de un paciente adulto, abre una gran cantidad de diagnósticos diferenciales. Mientras que en los pacientes pediátricos la causa más frecuente de aumento de volumen cervical son procesos infecciosos, en el paciente adulto las principales etiologías son neoplásicas. Una masa en cuello se define como una lesión congénita o adquirida que es visible, palpable o identificada en un estudio de imagen.²

* Departamento de Oncología Quirúrgica de Cabeza y Cuello y Jefe de Servicio de Oncología Quirúrgica del Hospital Juárez de México.



CONSIDERACIONES ANATÓMICAS

La anatomía cervical dispone de límites clínicos para su evaluación: hacia superior el borde mandibular, hacia inferior las clavículas y como límite lateral la piel. Son numerosos los componentes de la anatomía cervical: contamos con tejido musculoesquelético y un sistema de fascias que divide los espacios del cuello.³ Un sistema endocrino compuesto por la glándula tiroides y paratiroides, el tracto aerodigestivo superior con la complejidad de tejidos que componen la faringe, laringe y tráquea. Un sistema vascular con: arterias, venas y linfáticos; y un componente nervioso autónomo, así como pares craneales y otras estructuras críticas.

Tabla 1: Tipos de neoplasias en cabeza y cuello, incluyendo sistema nervioso central.

Epiteliales	Carcinoma epidermoide asociado a VPH, no asociado a VPH, adenocarcinoma
Mesenquimatosas	Angiosarcoma, sarcoma sinovial, osteosarcoma, fibrosarcoma, rabdomiosarcoma
Hematológicas	Linfoma de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, mieloma
Geminales	Teratoma, tumor del saco vitelino, tumores mixtos, carcinoma embrionario
Neuroendocrinos	Paragangliomas, neuroblastoma olfatorio

Tabla 2: Nuevos casos y mortalidad de cáncer no dermatológico en la región de cabeza y cuello, incluyendo sistema nervioso central.

Sitio anatómico	Casos nuevos (%)	Mortalidad (%)
Tiroides	567,233 (3.1)	41,071 (0.4)
Cavidad oral y labio	354,864 (2.0)	177,384 (1.9)
Sistema nervioso central	296,851 (1.6)	241,037 (2.5)
Laringe	177,422 (1.0)	94,771 (1.0)
Nasofaringe	129,079 (0.7)	72,987 (0.8)
Orofaringe	92,887 (0.5)	51,005 (0.5)
Hipofaringe	80,608 (0.4)	34,984 (0.4)
Glándulas salivales	52,799 (0.3)	22,176 (0.2)
Total	1,574,321 (9.6)	735,415 (7.7)

GLOBOCAN 2018.

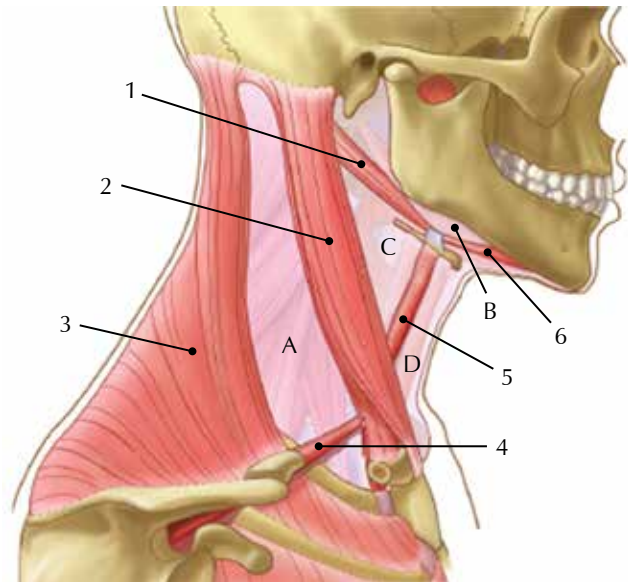


Figura 1: Triángulos del cuello. Músculos: (1) vientre posterior del digástrico, (2) esternocleidomastoideo, (3) trapecio, (4) vientre inferior del omohioideo, (5) vientre superior del omohioideo, (6) vientre anterior del digástrico, triángulos: posterior (A), submandibular (B), carotídeo (C), muscular (D). Ilustración por: Frank J Weaker, Head & neck structures. F.A. Davis Company, 2013.

La cabeza y cuello contienen una abundante y compleja red de ganglios linfáticos con más de 300 ganglios, así como sus vasos intercomunicantes. Se caracterizan por tener una disposición lateral y con una escasa comunicación entre el hemicuello derecho e izquierdo. Los linfáticos se originan desde la base de cráneo con un trayecto descendente hacia la vena yugular interna, luego se dirigen hacia el nervio espinal para seguir descendiendo hasta las cadenas supraclaviculares. En el hemicuello derecho drenan directamente al ducto linfático, mientras que el izquierdo drena hacia la confluencia yugulosubclavia o al ducto torácico. La mayoría de las estructuras drenan de forma fisiológica de forma ipsilateral, salvo aquellas situadas en la línea media.⁴ La región anatómica del cuello se divide en triángulos y su compleja red ganglionar se divide en niveles, mismos que poseen límites específicos para su identificación anatómica, quirúrgica e imagenológica (Figuras 1 y 2, Tabla 3).

ETIOLOGÍA DE LA MASA EN CUELLO

Los linfáticos cervicales son de especial importancia en cabeza y cuello, debido a que su crecimiento en

los adultos puede considerarse de origen maligno;² sin embargo, pueden ser de origen infeccioso, inflamatorio y autoinmune. La importancia de considerar las adenopatías cervicales como malignas, es debido a que se ha visto retraso en el diagnóstico de las patologías malignas de cabeza y cuello.

Se considera retraso diagnóstico al periodo total de tiempo entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico. Si bien se pueden dividir los retrasos diagnósticos en aquellos adjudicados al paciente como aquellos provocados por el personal médico; esta revisión tiene el objetivo de ser una referencia útil para el personal médico y que ayude a reducir este atraso en el diagnóstico.⁵ Cabe mencionar que los retrasos en el diagnóstico en cáncer de cabeza y cuello están documentados en un promedio de 12 semanas en el Reino Unido⁶ y hasta 10 meses en Brasil.⁷

Las neoplasias malignas en cáncer de cabeza y cuello tienen una incidencia anual de 600,000 casos en el mundo, con una mortalidad del 40 al 50%. Los tumores se originan en las células epiteliales del tracto aerodigestivo como: cavidad oral (Figura 3), nasofaringe, orofaringe (Figura 4), laringe (Figura 5), así como hipofaringe; también

incluyen glándulas salivales, nariz y senos paranasales siendo estos últimos infrecuentes.⁸ El aumento de volumen cervical percibido por el paciente como síntoma inicial en estas patologías va desde de 13 a 12% en algunas literaturas.⁶ Se infiere que en 2006, 30,000 casos de neoplasias malignas de cabeza y cuello presentaron aumento de volúmenes cervicales malignos (www.cancer.org).²

Existen acciones recomendadas para disminuir el retraso en el diagnóstico por parte del personal de salud: evitar el uso de antibioticoterapia de manera rutinaria en los aumentos de volumen de cabeza y cuello; los antibióticos sólo se deben implementar ante la sospecha clínica de una infección bacteriana (eritema, dolor, edema, aumento de temperatura local). En caso de existir síntomas sospechosos de infección, se debe tratar la lesión con un periodo de vigilancia de seis a 12 semanas, aunque existe literatura que considera descartar malignidad en un paciente tratado y que persista con el aumento de volumen por más de dos semanas.²

Esta recomendación cobra más relevancia en el panorama de un paciente con factores de riesgo (siendo el tabaquismo y el alcohol) los principales para neoplasias malignas de cabeza y cuello. Los cánceres epidermoides de cabeza y cuello son 10 veces más frecuentes en pacientes fumadores comparados con los que nunca han fumado. Así del 70 al 80% de los cánceres epidermoides de cabeza y cuello diagnosticados están relacionados con el uso del tabaco y el alcohol.⁹ Dentro del tratamiento integral de los pacientes con factores de riesgo, se debe tratar el tabaquismo, ya que el abandono del mismo por un periodo de uno a cuatro años resulta en una reducción de cáncer epidermoide de cabeza y cuello del 30% comparado con fumadores activos. Una suspensión de 10 a 15 años logra una reducción del 60% en cáncer de laringe y una suspensión de 20 años logra una reducción de cáncer de cavidad oral similar a la de una persona que nunca fumo.¹⁰ Otros factores de riesgo son: edad mayor a 40 años, pérdida de peso no justificable, antecedentes de neoplasias del tracto aerodigestivo, prácticas sexuales de alto riesgo, entre otras.

Una vez identificado los pacientes con factores de riesgo, existen hallazgos en la exploración física que pueden sugerir malignidad como: masa fija a planos profundos o tejidos adyacentes, consistencia firme, tamaño mayor a 1.5 cm y alteración de piel adyacente.²

ABORDAJE DIAGNÓSTICO

Al identificar a un paciente con sospecha de malignidad, ya sea por factores de riesgo o por exploración física,

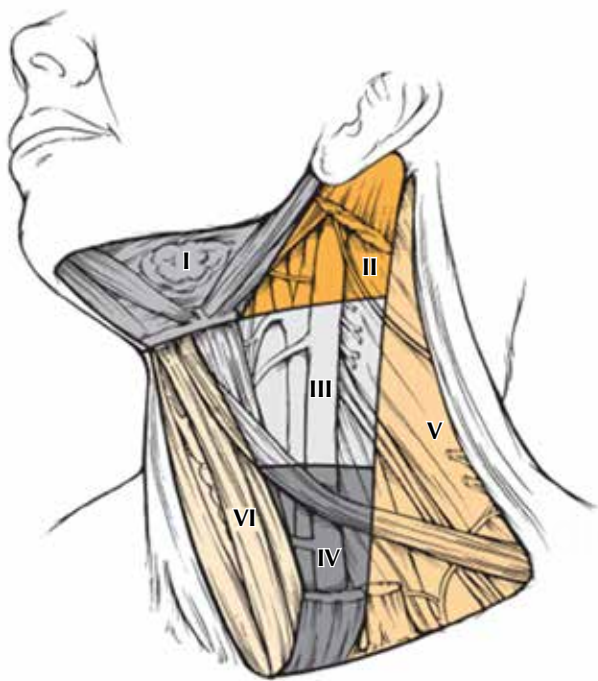


Figura 2: Los seis niveles ganglionares cervicales. Sus límites están descritos en la Tabla 3. Ilustración por: Douglas Deny MD. Cummings otolaryngology. Head & Neck surgery, 6th edition., Elsevier 2015.



Tabla 3: Límites anatómicos, quirúrgicos y radiológicos de los niveles ganglionares cervicales.

Nivel	Clínico	Radiológico	Quirúrgico
la	Superior: sínfisis de mandíbula Inferior: cuerpo del hioides	Superior: músculo geniohioideo Inferior: cuerpo del hioides Lateral: borde anterior del digástrico Medial: borde anterior del digástrico contralateral	Superior: sínfisis de mandíbula Inferior: cuerpo del hioides Lateral: borde anterior del digástrico Medial: borde anterior del digástrico contralateral
lb	Superior: cuerpo de la mandíbula Inferior: cuerpo del hioides Lateral: borde anterior de ECM	Superior: músculo milohioideo Inferior: cuerpo del hioides Lateral: borde posterior de glándula submandibular Medial: borde anterior del digástrico	Superior: cuerpo de la mandíbula Inferior: unión del digástrico con el hioides Lateral: borde posterior de glándula submandibular Medial: borde anterior del digástrico
lla	Superior: proceso mastoideo Inferior: borde inferior del hioides Medial: borde anterior de ECM	Superior: base de cráneo, borde caudal del proceso lateral C1 Inferior: borde inferior del hioides Lateral: borde posterior de VVI Medial: borde posterior glándula submandibular	Superior: base de cráneo Inferior: bifurcación carotídea Lateral: nervio espinal Medial: borde posterior glándula submandibular
llb	Superior: proceso mastoideo Inferior: borde inferior del hioides Lateral: borde lateral de ECM	Superior: base de cráneo, borde caudal del proceso lateral C1 Inferior: borde inferior del hioides Lateral: borde lateral ECM Medial: borde medial de AC1, elevador de la escapula	Superior: base de cráneo Inferior: bifurcación carotídea Lateral: borde lateral de ECM Medial: nervio espinal
III	Superior: borde inferior del hioides Inferior: borde inferior del cartilago cricoides Lateral: borde lateral de ECM Medial: borde medial de ECM	Superior: Borde inferior del hioides Inferior: Borde inferior del cartilago cricoides Lateral: borde lateral de ECM Medial: borde medial de ACC y músculo escaleno	Superior: bifurcación carotídea Inferior: músculo omohioideo Lateral: ramas sensitivas del plexo braquial Medial: músculo esternohioideo
IV	Superior: borde inferior del cartilago cricoides Inferior: clavícula Medial: borde medial de ECM Lateral: borde lateral ECM	Superior: borde inferior del cartilago cricoides Inferior: 2 cm superior de unión esternoclavicular Medial: borde medial de ACC y músculo escaleno Lateral: borde lateral de ECM	Superior: músculo omohioideo Inferior: clavícula Lateral: ramas sensitivas del plexo braquial Medial: músculo esternohioideo
Va	Superior: convergencia de ECM y trapecio Inferior: borde inferior del cartilago cricoides Lateral: borde anterior del trapecio Medial: borde lateral de ECM	Superior: convergencia de ECM y trapecio Inferior: borde inferior del cartilago cricoides Lateral: borde anterior del trapecio Medial: borde lateral de ECM	Superior: convergencia de ECM y trapecio Inferior: borde inferior del cartilago cricoides Lateral: borde anterior del trapecio Medial: ramas sensitivas del plexo braquial
Vb	Superior: borde inferior del cartilago cricoides Inferior: clavícula Lateral: borde anterior del trapecio Medial: borde lateral de ECM	Superior: borde inferior del cartilago cricoides Inferior: clavícula Lateral: borde anterior del trapecio Medial: borde lateral de ECM	Superior: borde inferior del cartilago cricoides Inferior: clavícula Lateral: borde anterior del trapecio Medial: ramas sensitivas del plexo braquial
VI	Superior: hueso hioides Inferior: manubrio esternal Lateral: ACC Medial: ACC	Superior: hueso hioides Inferior: manubrio esternal Lateral: borde medial de ACC Medial: borde medial de ACC	Superior: hueso hioides Inferior: manubrio esternal Lateral: ACC Medial: ACC

se debe remitir a una exploración detallada realizada por un especialista: otorrinolaringólogo y/o oncólogo de cabeza y cuello, ya que el paciente debe ser sometido a una exploración invasiva de cavidad nasal, faringe y laringe.

El primer estudio posterior a una inspección y palpación detallada, debe ser una endoscopia nasofaringolaríngea (Figura 6). Si bien los equipos de luz blanca cuentan con la capacidad de detectar lesiones macroscópicas y exofíticas, en la actualidad equipos de imagen más sofisticados (Narrow-Band Image o NBI) pueden detectar alteraciones mucosas y submucosas, cambios tempranos



Figura 3: Cáncer epidermoide cavidad oral, subitio paladar duro moderadamente diferenciado.



Figura 4: Cáncer epidermoide orofaríngeo, subitio amígdala izquierda. Moderadamente diferenciado no asociado a VPH.



Figura 5: Cáncer epidermoide laríngeo bien diferenciado en glotis, afectando la comisura anterior.



Figura 6: Realización de nasofibrolaringoscopia en un paciente con protocolo de tumor primario en estudio. Consultorio de oncología de cabeza y cuello.

digraphic.org.mx

en la vascularidad y delimitan mejor las lesiones; características que permiten una mejor rentabilidad diagnóstica que va desde de 82 a 90% para cánceres de laringe y faringe, así como una mejor planeación quirúrgica.¹¹ Otra de las ventajas que provee la endoscopia en los tumores epidermoides de cabeza es la capacidad de identificar segundos primarios, situación que se puede presentar de manera sincrónica de un 7 a 36%, con una incidencia adicional acumulativa de los mismos que va de un 23%

en 10 años, hasta un 36% en 20 años.¹² En estudios de neoplasias malignas de laringe e hipofaringe se ha detectado segundos primarios en esófago hasta en un 8% de los casos con el sistema NBI.¹¹

El estudio de imagen de elección para el abordaje diagnóstico de las masas en cuello es la tomografía computada (TC), misma que se realizará con contraste siempre y cuando no exista una contraindicación para el mismo (Figura 7).² Éste provee una adecuada caracterización de la lesión, ubicación y extensión, su uso es limitado para tejidos blandos y presenta el riesgo potencial de radiación. Otro estudio de gran utilidad con mejor visualización de tejidos blandos en la resonancia magnética, si ésta se combina con gadolinio y secuencias de supresión grasa puede mejorar de manera significativa la identificación de lesiones ocultas. Sin embargo, se ve afectada por los artefactos de la respiración y deglución en el tracto aerodigestivo, así como presenta un mayor tiempo para su realización.

La tomografía con emisión de positrones combinada con TC (PET/CT) tiene un papel protagónico para el

abordaje de tumor primario desconocido y es una de sus principales indicaciones, ya que logra detectar hasta 1/3 de los casos; otra de sus principales indicaciones es sospecha de metástasis a distancia o en seguimiento para valorar recaídas o recurrencias.¹³

El ultrasonido (US) es un método diagnóstico barato y no invasivo; no obstante, es operador dependiente. Se puede considerar de primera instancia en lesiones tiroideas y de glándulas salivares, pero para la evaluación de cuello y el tracto aerodigestivo no está recomendado. También suele ser de gran utilidad en caso de lesiones vasculares, ya que puede mostrar por Doppler, alto flujo como en el caso de un paraganglioma de cuerpo carotídeo (Figura 8).²

La localización de la lesión con la exploración física, los estudios de imagen y la exploración clínica, puede sugerir en el panorama de un tumor primario en estudio o desconocido. Labio y cavidad oral, de forma usual, hace metástasis a niveles I y III; sin embargo, hay que recordar que los carcinomas de cavidad oral, sobre todo lengua y piso de

Figura 7:

Cáncer epidermoide nasofaríngeo indiferenciado con adenopatía cervical como síntoma inicial.

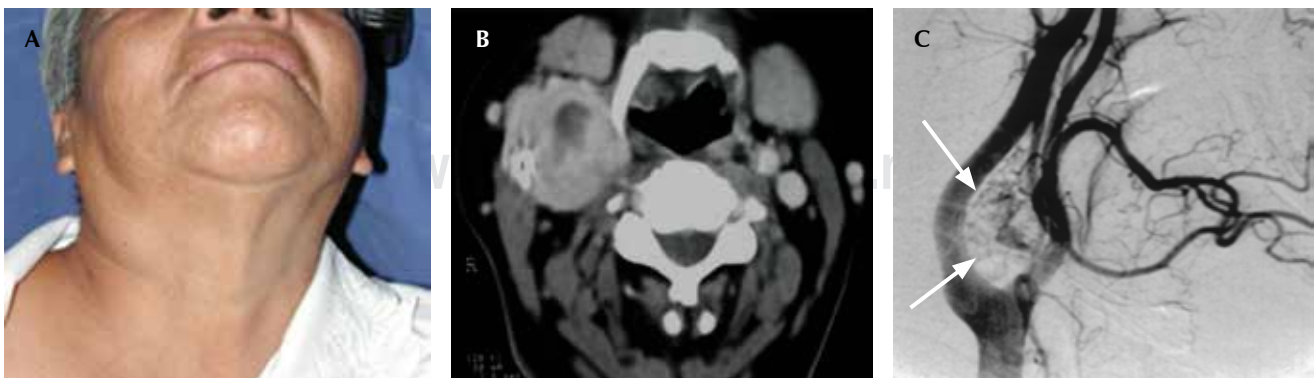
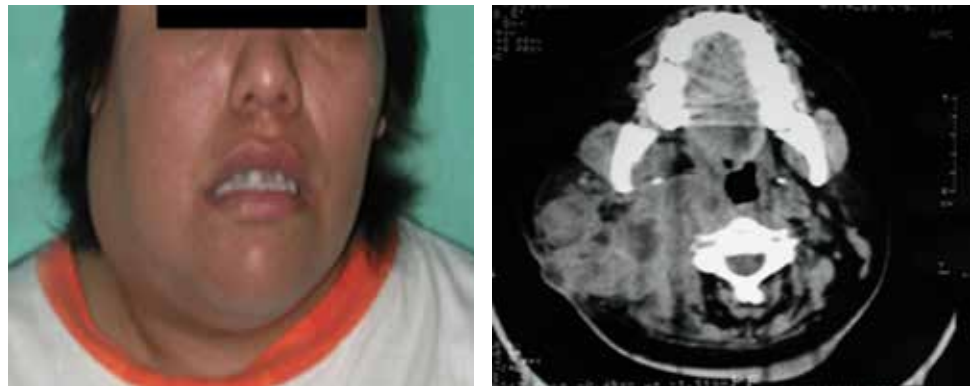


Figura 8: *Paraganglioma de cuerpo carotídeo derecho presentándose como masa pulsátil cervical. TAC contrastada con reforzamiento a nivel del cuerpo carotídeo. Signo de la lira.*

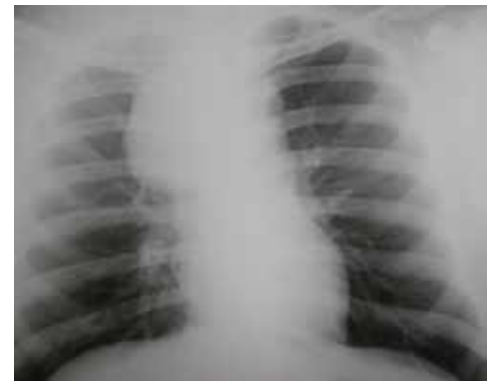
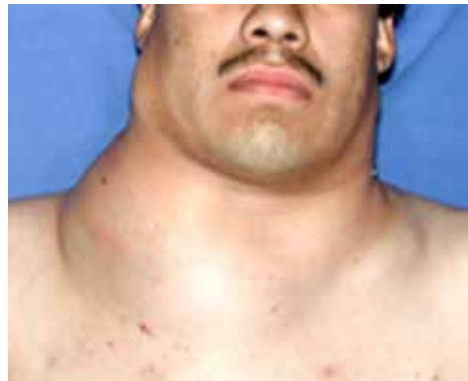


Figura 9:

Linfoma de células B difuso CD20(+). Afección cervical y mediastinal.

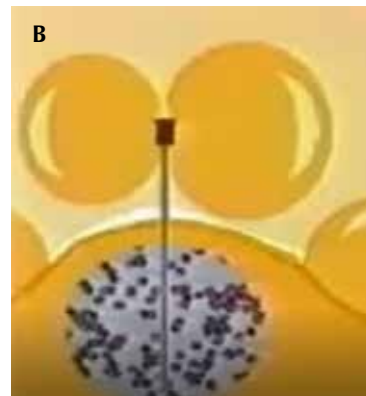


Figura 10:

A. Técnica de BAAF (biopsia con aspiración de aguja fina).
B. Representación gráfica de la toma de tejido a través de la aguja.

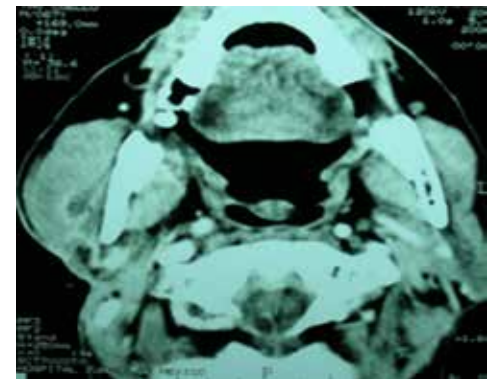


Figura 11:

Adenoma pleomorfo parotídeo derecho.

boca, tienden a generar metástasis saltonas. Faringe y laringe tienden a dar metástasis a niveles del II al IV. Los niveles V suelen afectarse en lesiones como tiroides y linfomas. Está documentado que hasta 50% de las adenopatías de la fosa supraclavicular y nivel IV tienen un origen infraclavicular, dato que debe levantar sospecha en el clínico.¹⁴

Una vez localizada la extensión y estructuras comprometidas por la lesión, se debe realizar una biopsia para obtener un reporte anatomopatológico. Si bien más del

80% de los cánceres con metástasis a ganglios cervicales son del tracto aerodigestivo, y hasta 90% de estos tumores tienen una histología de carcinoma epidermoide; ello indica que nos podemos enfrentar ante un panorama de linfoma (Figura 9) o adenocarcinomas.¹⁵ Dentro de las lesiones con histopatología de adenocarcinoma en cabeza y cuello en metástasis ganglionares cervicales son: tiroides, mama, pulmón, riñón, esófago, gástrico, colon, hepatocelular, entre otros.¹⁶



Figura 12: Realización de BAAF en adenopatía cervical en estudio. Consultorio de oncología de cabeza y cuello.

El método ideal para obtener un reporte histopatológico es la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF). El rendimiento de la BAAF varía según la patología y la estructura a biopsiar (Figura 10). En tiroides, la BAAF tiene una sensibilidad de 60 a 90%, en algunos casos reportados del 65 al 98%, y una especificidad de 72 hasta 100% en manos de citólogos expertos. En glándulas salivales se reporta una sensibilidad de 92.8% y una especificidad de 93.9% (Figura 11).¹⁷ Las adenopatías tienen un rango más variable con una sensibilidad de 90.9% con una especificidad 67.2%¹⁸ (Figura 12). Está documentado que la citología por BAAF persiste como una herramienta más útil para evaluar adenopatías, con un decremento en el rendimiento diagnóstico en tiroides y glándulas salivales.²

La BAAF es un procedimiento seguro con un mínimo riesgo de siembra tumoral (0.00012%), no existen

contraindicaciones absolutas.¹⁹ Los efectos adversos son mínimos. Si el resultado de la BAAF resulta incierto o no diagnóstico, se debe realizar una segunda biopsia tomando ciertas consideraciones como una toma guiada por ultrasonido, preferir el componente sólido de la lesión y evitar sitios sugestivos de contenido quístico o necrótico, así como consultar a un citólogo experto.² El tiempo de la segunda biopsia puede resultar controversial; está documentado que el tiempo para evitar falsos negativos por la inflamación de la primera biopsia es de hasta tres meses (situación referida para la tiroides).²⁰ Sin embargo biopsias realizadas de forma inmediata o en periodos menores no ha demostrado alteración del rendimiento diagnóstico.²¹ Las biopsias core, han demostrado una alta certeza diagnóstica de hasta 95%, así como pocas complicaciones (1%), en caso de sospecha diagnóstica de linfoma, debe considerarse como primera opción, debido a su superioridad diagnóstica comparada con FNA (92 versus 74%).²²

Otra consideración importante para la evaluación de masas en cuello es el panorama incierto de las lesiones quísticas. Si bien la lesión congénita más frecuente en la infancia es el quiste tirogloso, seguida por el quiste de segundo arco branquial (Figura 13), mismas que tienen un aspecto quístico tanto clínica como radiológicamente. Se debe tomar en cuenta el grupo etario del paciente y reservar como sospecha diagnóstica estas patologías para pacientes pediátricos.^{2,23} En el paciente adulto se debe descartar malignidad a primera instancia, ya que la aparición de metástasis quísticas ocurren en carcinomas papilares tiroideos, y en carcinomas epidermoides del anillo de Waldeyer, principalmente orofaringe, seguido por nasofaringe y menos frecuente laringe, paladar duro, glándulas salivales y senos paranasales; otros sitios infraclaviculares que pueden presentar dicho comportamiento de forma infrecuente son pulmón, cérvix y esófago.²⁴

Una vez estudiado el paciente por los medios clínicos, imagenológicos e invasivos antes mencionados, y en

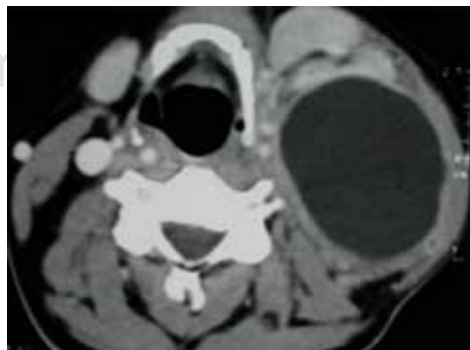


Figura 13:

Quiste de segundo arco branquial tipo II izquierdo.

caso de persistir con sospecha de malignidad en cabeza y cuello, pero sin diagnóstico de certeza, se debe preferir la realización de una endoscopia del tracto aerodigestivo superior previo a la biopsia abierta; un sistema de imagen con NBI es de gran ayuda. En caso de realizar la biopsia abierta, se debe considerar agotar todas las opciones previas, informar al paciente sobre los riesgos de siembra tumoral escisión incompleta y la probabilidad de una disección de cuello y sus variantes.²

El tratamiento de las lesiones malignas de cabeza y cuello requieren de un equipo multidisciplinario donde se involucre el otorrinolaringólogo, cirujano de cabeza y cuello, cirugía maxilofacial, odontología oncológica, protesistas, psiquiatría y psicología, nutrición, rehabilitación, entre otras. Los manejos quirúrgicos suelen ser difíciles por la necesidad de márgenes libres, requiriendo escisiones de múltiples estructuras, motivo por el cual el Servicio de Cirugía Plástica y reconstructiva tiene un papel fundamental en la reconstrucción.

CONCLUSIONES

El manejo de masas en cuello del paciente adulto debe ser un abordaje dirigido a descartar malignidad de primera instancia. Los datos clínicos de infección pueden favorecer al manejo de antibióticos, pero éstos no deben prescribirse de manera indiscriminada. Cualquier masa en cuello con más de dos semanas de persistencia debe ser estudiada clínica, radiológica y con citología. El mejor estudio para la valoración inicial es la tomografía computada con uso de contrastes intravenosos siempre que estos sean posibles. La BAAF es un elemento fundamental para el diagnóstico con adecuado rendimiento diagnóstico, en caso de resultados inciertos se puede repetir la misma, así como implementación de guía con USG o una biopsia core, una vez agotada las posibilidades diagnósticas se puede realizar una revisión endoscópica bajo anestesia y como última alternativa la realización de una biopsia abierta. El envío con el especialista de cirugía oncológica, el cirujano oncólogo de cabeza y cuello, así como el otorrinolaringólogo debe ser precoz, ya que el retraso en el tratamiento de estos pacientes impactará en la conducta terapéutica, la respuesta al tratamiento y la sobrevida.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que en este estudio no existe conflicto de intereses relevante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and

- mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer* 2019; 144(8): 1941-53.
2. Pynnonen MA, Gillespie MB, Roman B, Rosenfeld RM, Tunkel DE, Bontempo L, et al. Clinical practice guideline: evaluation of the neck mass in adults. *Otolaryngol Neck Surg* 2017; 157(2 Suppl): S1-30.
3. Warshafsky D, Goldenberg D, Kanekar SG. Imaging anatomy of deep neck spaces. *Otolaryngol Clin North Am* 2012; 45(6): 1203-21.
4. Vauterin TJ, Venes MJ, Morgan GJ, Poulsen MC, O'Brien CJ. Patterns of lymph node spread of cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck. *Head Neck* 2006; 28(9): 785-91.
5. Goy J, Hall SF, Feldman-Stewart D, Groome PA. Diagnostic delay and disease stage in head and neck cancer: A systematic review. *The Laryngoscope* 2009; 119(5): 889-98.
6. Amir Z, Kwan SY, Landes D, Feber T, Williams SA. Diagnostic delays in head and neck cancers. *Eur J Cancer Care (Engl)* 1999; 8(4): 198-203.
7. Felippu AWD, Freire EC, de Arruda Silva R, Guimarães AV, Dedititis RA. Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. *Braz J Otorhinolaryngol* 2016; 82(2): 140-3.
8. Leemans CR, Snijders PJF, Brakenhoff RH. The molecular landscape of head and neck cancer. *Nat Rev Cancer* 2018; 18(5): 269-82.
9. Jethwa AR, Khariwala SS. Tobacco-related carcinogenesis in head and neck cancer. *Cancer Metastasis Rev* 2017; 36(3): 411-23.
10. Shaw R, Beasley N. Aetiology and risk factors for head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol* 2016; 130(S2): S9-12.
11. Ni XG, Wang GQ. The role of narrow band imaging in head and neck cancers. *Curr Oncol Rep* 2016; 18(2): 10.
12. Chung CS, Lo WC, Wen MH, Hsieh CH, Lin YC, Liao LJ. Long term outcome of routine image-enhanced endoscopy in newly diagnosed head and neck cancer: a prospective study of 145 patients. *Sci Rep* 2016; 6(1): 29573.
13. Lewis-Jones H, Colley S, Gibson D. Imaging in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol* 2016; 130(S2): S28-31.
14. Werner JA, Dünne AA, Myers JN. Functional anatomy of the lymphatic drainage system of the upper aerodigestive tract and its role in metastasis of squamous cell carcinoma. *Head Neck* 2003; 25(4): 322-32.
15. López F, Rodrigo JP, Silver CE, Haigentz M, Bishop JA, Strojjan P, et al. Cervical lymph node metastases from remote primary tumor sites. *Head Neck* 2016; 38(S1): E2374-85.
16. Lee NK, Byers RM, Abbruzzese JL, Wolf P. Metastatic adenocarcinoma to the neck from an unknown primary source. *Am J Surg* 1991; 162(4): 306-9.
17. Jain R, Gupta R, Kudesia M, Singh S. Fine needle aspiration cytology in diagnosis of salivary gland lesions: a study with histologic comparison. *CytoJournal* 2013; 10: 5.
18. Hafez NH, Tahoun NS. Reliability of fine needle aspiration cytology (FNAC) as a diagnostic tool in cases of cervical lymphadenopathy. *J Egypt Natl Canc Inst* 2011; 23(3): 105-14.
19. Abu-Yousef MM, Larson JH, Kuehn DM, Wu AS, Laroia AT. Safety of ultrasound-guided fine needle aspiration biopsy of neck lesions in patients taking antithrombotic/anticoagulant medications. *Ultrasound Q* 2011; 27(3): 157-9.
20. Cibas ES, Ali SZ. The Bethesda system for reporting thyroid cytopathology. *Thyroid* 2009; 19(11): 1159-65.
21. Deniwar A, Hammad AY, Ali DB, Alsaleh N, Lahlouh M, Sholl AB, et al. Optimal timing for a repeat fine-needle aspiration biopsy



- of thyroid nodule following an initial nondiagnostic fine-needle aspiration. *Am J Surg* 2017; 213(2): 433-7.
22. Novoa E, Gürtler N, Arnoux A, Kraft M. Role of ultrasound-guided core-needle biopsy in the assessment of head and neck lesions: A meta-analysis and systematic review of the literature. *Head Neck* 2012; 34(10): 1497-503.
 23. Waldhausen JHT. Branchial cleft and arch anomalies in children. *Semin Pediatr Surg* 2006; 15(2): 64-9.
 24. Mokhtari S. Mechanisms of cyst formation in metastatic lymph nodes of head and neck squamous cell carcinoma. *Diagn Pathol.* 2012; 7(1): 6.

Solicitud de sobretiros:

Jorge Eduardo del Bosque Méndez
Servicio de Cirugía de Cabeza
y Cuello, Unidad de Oncología,
División de Cirugía, Hospital Juárez de México.
Avenida Instituto Politécnico Nacional Núm. 5160,
Col. Magdalena de las Salinas,
Alcaldía Gustavo A. Madero,
C.P. 07760, Ciudad de México, México.
Tel: (+52) 55 5747 7560
Correo electrónico: delbosque_mx@yahoo.com.mx