

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen **71**
Volume

Número **2**
Number




Marzo-Abril **2004**
March-April

Artículo:




Masas tumorales del cuello en los niños. Experiencia de 16 años

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Masas tumorales del cuello en los niños. Experiencia de 16 años

(Surgical treatment of neck masses in children: 16 years of experience)

Alfonso Galván Montaña,* Gustavo L Domínguez Jiménez,* Gerardo Flores Nava,** Rodolfo Ángel Landa García,*** Sonia Inocencia Guzmán Martínez***

RESUMEN

Objetivo. Conocer la frecuencia y el tipo de masas tumorales del cuello, de resolución quirúrgica, en niños menores de 15 años atendidos en el hospital.

Material y métodos. Se revisaron 85 expedientes de niños con masas tumorales del cuello que requirieron tratamiento quirúrgico en lapso de 16 años en el hospital. Se obtuvo información acerca de la edad y sexo de los niños, y el diagnóstico clínico, el tipo de cirugía efectuada y diagnóstico histopatológico de su problema.

Resultados. Cuarenta y siete fueron hombres y 38 mujeres; su edad promedio fue de 4 años; en 93.8% de los casos hubo concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico. En 48 (55.5%) fueron de origen congénito, en 27 (33.3%) de origen inflamatorio y 10 (11.1%) de origen neoplásico. En 78 niños se hizo la resección total del tumor; en dos se hizo resección parcial y en seis se debridaron los abscesos que tenían.

Conclusiones. La frecuencia etiológica de las masas tumorales del cuello fue, en este estudio, similar a lo reportado en otros, predominando los de origen congénito.

Palabras clave: Tumores del cuello, quiste tirogloso, quiste braquial, adenopatías.

SUMMARY

Objective. The objective of this paper was to know the frequency and the type of neck masses in children treated in the hospital.

Material and methods. The clinical records of 85 children with neck masses treated in 16 years in a general hospital were review. All of them required surgical treatment and they have histopathologic confirmation.

Results. Forty seven patients were male and 38 female. In 93.8% of them there was an agreement among the clinical and the histopathologic diagnosis. Forty eight of the masses were congenital, 27 were inflammatory and 10 were neoplasms. The surgical resection was carried out in all.

Conclusion. The etiology of the neck masses found in this study is similar to that reported in the literature.

Key words: Neck masses, thyroglossal cyst, brachial cyst.

Las masas tumorales en los niños son entidades patológicas de resolución quirúrgica que por su frecuencia, y la necesidad de hacer un diagnóstico precoz, deben ser conocidas tanto por el médico general, el cirujano general o el médico pediatra. Pueden ser de origen congé-

to, inflamatorio o neoplásico. Las más comunes son las congénitas, por lo que el conocimiento embriológico de ellas es importante para decidir su manejo quirúrgico y evitar, en alguno, recidivas.¹⁻³

Si bien el diagnóstico de la masa puede ser visible por simple inspección es preciso conocer la historia clínica del niño y la información que se obtenga por exploración física, además de los estudios complementarios, antes de saber su etiología. Una radiografía del cuello ayuda a conocer su localización y la ultrasonografía permite apreciar si es de consistencia sólida, quística o mixta. El ultrasonido con Doppler sirve para saber el origen vascular de algunos de ellos.

* Subdirección de Cirugía.

** División de Pediatría Clínica.

*** División de Cirugía Pediátrica.

Cabe destacar que la tomografía es una técnica que permite reconocer la extensión del tumor y si éste involucra áreas anatómicas adyacentes.⁴ En algunos casos la biopsia, sea ésta mediante punción con aguja fina o a "cielo abierto", puede ser de utilidad en el diagnóstico, en casos de masas sólidas. Establecido el diagnóstico, en tumores de congénito o bien inflamatorio, el tratamiento de estos niños es frecuente que sea quirúrgico, el cual puede ser hecho en una institución de segundo nivel de atención, aunque de preferencia los problemas malignos es aconsejable que sean transferidos a un hospital de tercer nivel.⁵

El objetivo del presente trabajo es informar de la experiencia obtenida en el manejo quirúrgico de niños menores de 16 años con este tipo de problemas en un hospital de segundo nivel, durante los pasados 15 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo, observacional y transversal en el que se revisaron 85 expedientes de pacientes de menores de 15 años con el diagnóstico de tumoración localizada en el cuello, por lo que requirieron tratamiento quirúrgico. Todos ellos fueron atendidos en un lapso de 16 años: entre enero de 1985 y diciembre de 2001.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tipo de cirugía y diagnóstico histopatológico. De acuerdo a este criterio los tumores se clasificaron, por su origen, en congénitos, inflamatorios y neoplásicos. El análisis de los datos se hizo conforme a la estadística descriptiva y mediante el paquete estadístico SPSS versión 10.0.

RESULTADOS

Los 85 pacientes fueron seleccionados por tener su expediente completo. Cuarenta y ocho (56.4%) fueron del género masculino y 37 (43.6%) del femenino, en razón de 1.2:1. La amplitud de edad en la serie fue desde 11 días a 15 años, con una mediana de 4 años.

De acuerdo a los hallazgos histopatológicos observados (*Cuadro 1*) 48 (56.5%) fueron de origen congénito; la *figura 1* muestra fotografías de los problemas más frecuentes. En 27 (31.8%) el origen fue inflamatorio o por adenopatías de índole infecciosa, las cuales ocuparon el primer lugar (*Figura 2*). Las tumoraciones malignas se encontraron en 10 casos (11.8%); en las *figuras 2 y 3* se pueden observar ejemplos de este rubro.

En 78 niños (91.7%) se hizo la resección total de la masa tumoral; en un caso se hizo resección parcial y en seis la debridación de un absceso. Tres requirieron una segunda resección: por recurrencia del tumor (quiste tirogloso). La correlación entre el diagnóstico clínico

preoperatorio y el resultado histopatológico, posterior a la cirugía, fue del 93.8%. No hubo ninguna defunción.

DISCUSIÓN

En contraste con los adultos, en los niños la mayoría de los tumores del cuello son benignos. En este informe la proporción de ellos, según su etiología, fue similar a lo reportado en otras publicaciones;¹⁻⁶ entre los de origen congénito el quiste tirogloso (32.9%) fue el más frecuente: ocupó el primer lugar entre todos los registrados, esto mismo se ha observado en la literatura, y se ha reportado que puede encontrarse hasta en 54.7% de los niños con tumores quísticos.⁷ Otros autores lo mencionan en segundo lugar, después del bocio tiroideo.⁸

El quiste tirogloso es una anomalía debida a la migración anormal de la glándula tiroidea, la que, durante la edad fetal, es derivada de la porción posterior de la lengua para localizarse en la línea media, a la altura del hueso hioides, por lo que se mueve durante la deglución o protrusión de la lengua. Este defecto se manifiesta en la etapa preescolar y escolar, y pueden tener infecciones secundarias recurrentes. Antes de realizar su extirpación se recomienda hacer una gammagrafía tiroidea, para asegurar la presencia de tejido tiroideo. El manejo quirúrgico es mediante la resección total en la parte media del hioides (técnica de Sistrunk's). La recurrencia llega a ser de 3 a 11%.⁹ En este informe fue del 10.7%.

El hemangioma es una masa benigna de tejidos vasculares que por lo general son restos embrionarios de células angioblásticas; Chiller y sus colaboradores¹¹ los han clasificado en cuatro grupos: 1. localizados, 2. segmentados, 3. indeterminados y 4. multifocales y llama la atención de que su frecuencia, por etnias, es mayor en los de habla hispana.^{10,11}

Las malformaciones vasculares congénitas que incluyen vasos sanguíneos y linfáticos (linfangiomas) se localizan con mayor frecuencia en las áreas ricas en vasos linfáticos, como el cuello, la axila y el mediastino. Se clasifican en: linfangiomas capilares; linfangiomas cavernosos; linfangiomas quísticos (o higromas quísticos) y linfangiohemangiomas.¹² El higroma quístico fue el más frecuente en este reporte, aunque sólo se encontraron dos casos; su incidencia suele ser de un caso en 12,000 nacimientos y en cerca de 50% de ellos está presente al momento del nacimiento y de los que aparecen después, el 90% de ellos se diagnostica en el segundo año de vida. Al examen clínico aparecen como grandes masas quísticas, blandas que distorsionan el área anatómica afectada; provienen de una anomalía del desarrollo de los sacos linfáticos yugulares, con una falla en la conexión de estas estructuras, o bien por su drenaje hacia

el sistema venoso.¹³ El tratamiento de elección de los linfangiomas es la esclerosis de éstos, con una sustancia llamada OK-432;¹⁴ después puede hacerse la extirpación

quirúrgica de ellos.¹⁵ Los dos casos de este reporte se resolvieron extirpándolos, ya que eran de tamaño pequeño.

Entre las masas de origen inflamatorio, en las que incluyen las de etiología infecciosa, están: la linfadenopatía, la linfadenitis y los abscesos. La linfadenopatía ocupó el segundo lugar en frecuencia, en este trabajo; se trata del crecimiento indoloro de ganglios de la cadena yugular; predomina en niños de edad escolar: el estudio histopatológico reporta hiperplasia reactiva. La linfadenitis es generalmente de etiología bacteriana; los gérmenes más frecuentes son estreptococos y estafilococos, que tienen como punto de entrada la faringe, a la exploración física son dolorosos, hay eritema y pueden evolucionar a la formación de abscesos, se deben manejar con antimicrobianos y su drenaje es quirúrgico.^{1,2} Todos los niños de este estudio requirieron drenaje quirúrgico.

Entre las masas de origen neoplásico el linfoma de Hodgking predominó en esta serie; este tumor tiene una mayor incidencia antes de la etapa de la adolescencia. Clínicamente se manifiesta como una masa sólida cervical; se presenta con cierta tendencia genética y es más frecuente en niños que tienen problemas inmunológicos. Sea congénito o adquirido, los estudios epidemiológicos sugieren que algunos agentes infecciosos virales: por herpesvirus, citomegalovirus y Epstein-Barr, pueden

Cuadro 1. Clasificación, por su origen, de las masas tumorales de los 85 niños en estudio.

Origen	n	%
Congénito		
Quiste tirogloso	28	32.9
Quiste braquial	10	11.7
Linfangioma	7	8.2
Hemangioma	3	3.5
Inflamatorio		
Adenopatía infectada	13	15.1
Absceso cervical	9	10.5
Parotiditis infectada	3	3.5
Granuloma	2	2.3
Neoplásico		
Linfoma de Hodgking	5	5.8
Carcinoma tiroideo	3	3.5
Mixoma odontogénico	1	1.1
Bocio tiroideo	1	1.1
Total	85	100

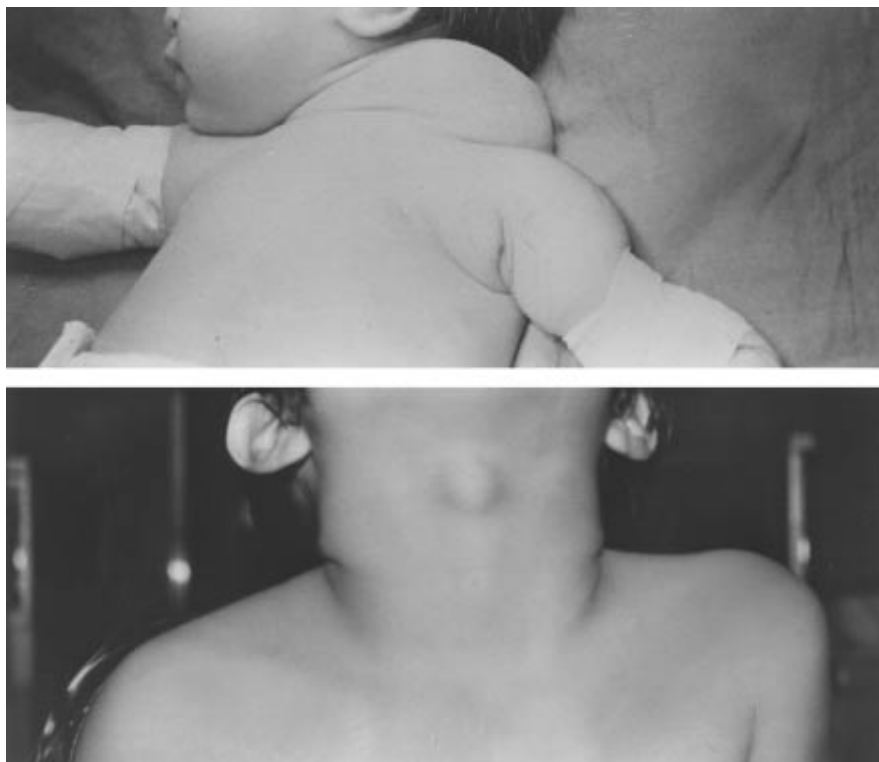


Figura 1. Arriba: Linfangioma quístico en un recién nacido de 15 días de vida. Abajo: Quiste tirogloso en un niño de 8 años de edad.



Figura 2. Arriba: Adenitis cervical abscedada en un niño de 2 años de edad.

Abajo: Adenoma tiroideo en una niña de 10 años de edad.

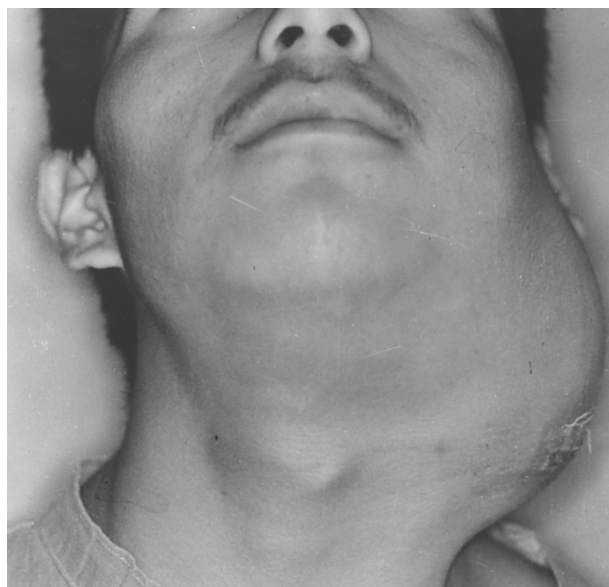


Figura 3. Linfangioma de Hodking en un adolescente.

estar involucrados en este linfoma.^{1,3} Los cinco niños de este reporte fueron referidos para su tratamiento a un hospital pediátrico de tercer nivel.

Respecto a las masas tiroideas, sólo se encontraron cuatro casos: En ellos es pertinente investigar el antece-

dente de radioterapia, ya que la radiación es más carcinogénica en niños que en adultos. Con el empleo de esta terapia pueden los niños desarrollar carcinoma de tiroides en el lapso de cinco años después de la exposición radiactiva. Se manifiesta por uno o más nódulos firmes localizados en el cuello; al principio se puede confundir con una adenomegalia en la parte baja del cuello, pero se debe sospechar su malignidad si el nódulo es duro o si se encuentra fijo a los tejidos circundantes. En tal caso su diagnóstico puede ser definitivo. Para confirmar la sospecha es necesario hacer una biopsia por aspiración, con aguja delgada. El gammagrama tiroideo es útil para clasificar el nódulo como caliente o frío, dependiendo de su habilidad que tenga para concentrar el radioisótopo. La mayoría de los nódulos calientes son benignos y los nódulos fríos, en su mayoría, corresponden a adenomas foliculares; el resto a carcinomas. Su tratamiento es la tiroidectomía total con excisión ganglionar.¹⁶

En conclusión, las masas tumorales del cuello en niños pueden ser de origen diverso. En su diagnóstico debe tomarse en cuenta la edad, las manifestaciones clínicas y los estudios de imagenología o la biopsia, para determinar su diagnóstico. Éste se confirma mediante el estudio histopatológico. Es deseable que estos enfermos sean valorados por un cirujano pediatra con experiencia, quien deberá determinar las pautas de tratamiento a seguir.

Referencias

1. Brown RL, Azizkhan RG. Pediatric Head and Neck lesions. *Pediatr Clin North Am* 1998; 45: 889-905.
2. Park YW. Evaluation of neck masses in children. *Am Fam Physician* 1995; 51: 1904-12.
3. Connolly AA, Mackenzie K. Paediatric neck masses, a diagnostic dilemma. *J Laringol Otol* 1997; 111: 541-5.
4. Malik A, Odita J, Rodríguez J, Hardjasudarma M. Pediatric Neck masses: a pictorial review for practicing radiologists. *Curr Probl Diagn Radiol* 2002; 31: 146-57.
5. Davenport M. ABC of general surgery in children. Lumps and swellings of the head and neck. *BMJ* 1996; 312: 368-71.
6. Bonilla MF, Raga F, Villalobos A, Blanes J, Osborne NG. First trimester neck abnormalities: three-dimensional evaluation. *JUM* 1998; 17: 419-25.
7. Dedivitis RA, Camargo DL, Peixoto GL, Weissman L, Guimaraes AV. Thyroglossal duct: a review of 55 cases. *J Am Coll Surg* 2002; 194: 274-7.
8. Michelini ME, Casadio G, Franchella A. Thyroglossal duct cysts. A retrospective study. *Minerva Pediatr* 2003; 55: 51-4.
9. Hsieh YY, Hsueh S, Hsueh C, Lin JN, Luo CC, Lai JY et al. Pathological analysis of congenital cervical cyst in children: 20 years of experience at Chang Gung Memorial Hospital. *Chang Gung Med J* 2003; 26: 107-13.
10. Sie KC, Tampakopoulou DA. Hemangiomas and vascular malformations of the airway. *Otolaryngol Clin North Am* 2000; 32: 209-20.
11. Chiller KG, Passaro D, Frieden IJ, Stal S. Hemangiomas of infancy: Clinical characteristics, morphologic subtypes, and their relationship to race, ethnicity, and sex. *Arch Dermatol* 2002; 138: 1567-76.

12. Stringel G. Hemangiomas and lymphangiomas. In: Ashcraft KW, Holder TM: *Pediatric Surgery*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1993: 802-22.
13. Ameh EA, Nmadu PT. Cervical cystic hygroma: pre-, intra-, and post-operative morbidity and mortality in Zaria, Nigeria. *Pediatr Surg Int* 2001; 17: 342-3.
14. Giguere CM, Bauman NM, Sato Y, Burke DK, Greinwald JH, Pransky S et al. Treatment of lymphangiomas with OK-432 (Picibanil) sclerotherapy: a prospective multi-institutional trial. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128: 1137-44.
15. Giguere CM, Bauman NM, Smith RJ. New treatment options for lymphangioma in infants and children. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2002; 111(12 Pt 1): 1066-75.
16. Bettendorf M. Thyroid disorders in children from birth to adolescence. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2002; 29(Suppl 1): S439-46.

Correspondencia:
Dr. Alfonso Galván Montaña.
Subdirección de Cirugía.
Hospital General "Dr. Manuel Gea González".
Calzada de Tlalpan 4800, 7º piso.
Colonia Toriello Guerra.
Delegación Tlalpan, México D.F.
C.P. 14000,
E-mail: gerflores50@hotmail.com

Autismo, secretina, y placebo. Las medidas estandarizadas del comportamiento se han revelado ineficaces en la detección de una mejoría a corto plazo en niños con autismo tratados con secretina. Sin embargo, es posible que estas medidas no sean sensibles a aspectos del comportamiento infantil que, en cambio, pueden ser detectados por los padres. En este trabajo se intenta determinar la capacidad de los padres de niños autistas de distinguir, bajo condiciones doble ciego, si su hijo ha recibido secretina o placebo. Se llegó a la conclusión de que la capacidad de los padres para distinguir si su hijo había recibido secretina o placebo no era mayor que la resultante del puro azar. Por tanto, una dosis única de secretina no proporciona estadísticamente efectos beneficiosos significativos a corto plazo. (J. Coplan y cols., *Arch Dis Child* 2003; 88: 737-739). Tomado de: *MTA-Pediatría*, Vol. XXIV, N° 11

