

Datos Clínicos

MASA CERVICAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO PARA EL CIRUJANO GENERAL

José Felipe Reoyo Pascual

Oscar Vidal Doce

Rosa M^a Martínez Castro

Raquel León Miranda

Xandra Valero Cerrato

Juan Luis Seco Gil

Servicio de Cirugía General y del Apto. Digestivo Complejo Asistencial Universitario de Burgos (España)

Palabras clave: Masa cervical; Patología quirúrgica del cuello; Sintomatología de masas en cuello

Key Words: Neck Neoplasm; Cervical tumor ; Neck masses symptomatology.

RESUMEN

La patología del cuello y su abordaje quirúrgico, es una práctica clínica habitual para el cirujano general. La mayor parte de las ocasiones antes de la intervención, el cirujano es consciente de lo que se va a encontrar, pero en algunos casos, pese a un estudio preoperatorio correcto, no es hasta la propia intervención, y sobre todo, hasta el posterior estudio anatomopatológico, cuando se conozca con certeza el diagnóstico del caso abordado.

SUMMARY

The pathology of the surgical neck and is a standard practice for the surgeon general. Most of the time before surgery, the surgeon is aware of what is to be found, but in some cases, despite the correct preoperative evaluation is not until the intervention itself and, above all, to further study of pathological when we know with certainty the diagnosis of the case addressed.

INTRODUCCIÓN

La masa cervical constituye un importante y frecuente motivo de consulta en la patología de cabeza y cuello que obliga al facultativo a poner en marcha una batería de pruebas que orienten el diagnóstico. En el contexto de la Cirugía General, la presencia de una tumoración laterocervical exige en primer lugar descartar patología tiroidea utilizando para ello los medios disponibles a nuestro alcance. La utilización de pruebas complementarias, y sobre todo el estudio anatomopatológico definitivo de la pieza extraída, orientará el tratamiento a seguir, y por tanto, el pronóstico del paciente.

CASO CLÍNICO

Varón de 60 años sin antecedentes patológicos de interés, que presenta tumoración laterocervical derecha de gran tamaño (fig.1), indolora y que no se acompaña de disfagia ni de disnea. A la

exploración, gran masa en región laterocervical derecha, de consistencia dura, se desplaza con la deglución y desplaza traquea. Analíticamente sin hallazgos, se realiza ecografía de cuello que observa masa heterogénea de gran tamaño en vertiente lateral derecha del cuello que pudiera corresponder con un gran nódulo derecho, probablemente malignizado, sin poder descartar la posibilidad de que se trate de un conglomerado adenopático. Se indica PAAF que obtiene muestra celular con alta sospecha de malignidad. En TAC con contraste, aparece una masa de centro probablemente necrótico que no depende del tiroides y que parece corresponder a masa adenopática sin poder descartar sarcoma, no apreciando alteraciones en cavum, cavidad oral, faringe ni laringe. Se decide intervención quirúrgica, en la que a través de incisión de Paul André se accede a tumoración que se abre drenando líquido sucio (con citolo-

gía negativa para células tumorales) y tomando biopsias intraoperatorias que vienen informadas como compatibles con cáncer epidermoide moderadamente diferenciado. Dado el grado de infiltración y los resultados de la biopsia, se realiza exéresis en bloque (fig.2) dejando tejido indurado de aspecto tumoral, decidiendo no ser más agresivos desde el punto de vista quirúrgico. La anatomía patológica de la pieza viene informada como masa de 8, 5x6, 5x6 cm compuesta por tejidos blandos masivamente infiltrados por un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. Se realiza interconsulta al servicio de O.R.L que diagnostica Cáncer primario de amígdala derecha, remitiendo al paciente a oncología médica para continuar con el seguimiento y tratamiento oportuno.

FIGURA Nº 1



FIGURA Nº 2



DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial de las masas cervicales supone todo un reto para el médico y requiere un estudio minucioso. Muchas veces, como en el caso presentado, son las biopsias intraoperatorias de la pieza, o incluso su estudio anatomopatológico diferido, las que llevan al diagnóstico definitivo (1,2,3). En primer lu-

gar, ante cualquier masa laterocervical, que se desplaza con los movimientos de la deglución, etc, y sobre todo en el contexto de la cirugía general, se hace imperativo descartar patología tiroidea (4), y en segundo lugar, considerar que puede tratarse de una metástasis de un tumor primario conocido o desconocido hasta ese momento (5), tal y como se comprobó en el paciente presentado.

La presentación clínica de esta patología es muy variada, considerando en determinadas series (6), que aproximadamente en el 12% de los tumores malignos de cabeza y cuello, se observa como síntoma inicial único el aumento de volumen del cuello o la aparición de una masa. En el presente caso, al no presentar clínica deglutoria ni respiratoria, y dado que todas las pruebas complementarias, incluso el TAC, orientaban hacia complejo adenopático o incluso sarcoma de partes blandas, no se pensó preoperatoriamente en patología de O.R.L., aunque en algunos estudios (7), se afirma que hasta en el 46% de los pacientes con carcinoma escamoso de cabeza y cuello, presenta como dato clínico inicial una masa cervical y en un porcentaje alto (71,2%), no se observó dolor (8). En el paciente presentado, dada la intensa infiltración que presentaba la masa hacia planos profundos, y teniendo en cuenta el resultado de la biopsia intraoperatoria, se decide no ser agresivo quirúrgicamente, y esperar al diagnóstico anatomopatológico definitivo, ya que tal y como se pone de manifiesto en varios trabajos (9), ante una masa cervical de origen no filiado con el resto de pruebas complementarias, será la anatomía patológica de la pieza quirúrgica la que determine el tratamiento curativo y el pronóstico del paciente.

CONCLUSIÓN

Los pacientes con masa cervical representan para el cirujano un desafío diagnóstico, donde la orientación preoperatoria resulta a menudo equivocada, pese al uso adecuado de las pruebas complementarias, confirmando que lo más frecuente no siempre coincide con el caso concreto que estamos tratando. Es entonces cuando se hace imperativo el estudio

anatomopatológico de la pieza quirúrgica para ofrecer al paciente el tratamiento oportuno.

BIBLIOGRAFÍA

1. KIM N, LAVERTU P. Evaluation of a thyroid nodule. *Otolaryngol Clin North Am* 2003; 36(1): 17-33.
2. RICE DH. Chronic inflammatory disorders of the salivary glands. *Otolaryngol Clin North Am* 1999; 32 (5): 813-8.
3. LENZ. Tumores de cabeza y cuello. *TAC y RMN*. Marban 1995: 134-184.
4. PÉREZ- RUIZ L, ROS-LÓPEZ S, PELAYO-SALAS A, MARAVALL-ROYO X. Tumor cervical. *Cirugía. Casos Clínicos*. 2006; 1(1): 6-8.
5. SANDERSON RJ, IRONSIDE JAD. Squamous cell carcinomas of the head and neck. *BMJ* 2003; 325: 822-7.
6. MCGUIRT WF. The neck mass. *Med Clin North Am* 1999; 83(1): 219-34.
7. 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.
8. MORALES-CADENA M, SANJURJO-MARTÍNEZ J.L. Masas en cuello: signos y síntomas. *An ORL Mex.* 2004; 49 (4): 55-58.
9. PRAKASH PK, HANNA FW. Differential diagnosis of neck lumps. *Practitioner* 2002; 246: 252-4, 256-7,259.