

Manejo de las masas cervicales

Fecha de la última revisión: 14/12/2017

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo diagnosticamos una masa cervical?](#)
3. [¿Cuándo derivar?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

El nódulo o masa cervical constituye un importante motivo de consulta en atención primaria y en los servicios de urgencias hospitalarias. Es básico tener claro el manejo de esta entidad clínica, cuyos puntos más importantes son una anamnesis reglada y metódica, una buena inspección y palpación, en función de las cuales se seleccionarán las pruebas complementarias adecuadas, para llegar a un diagnóstico y tratamiento preciso y rápido ya que puede tratarse de una patología importante.

La región cervical está constituida por diferentes estructuras vasculares, nerviosas, musculares y linfáticas, pudiendo existir una masa cervical dependiente de cualquiera de estas zonas, aunque lo más frecuente es que sea el resultado de una alteración de los ganglios linfáticos de carácter infeccioso, inflamatorio o tumoral (figura 1).



Figura 1. Metástasis cervical en nivel IB de carcinoma epidermoide de pulmón.

¿Cómo diagnosticamos una masa cervical?

Los pasos más importantes en la escala diagnóstica son la anamnesis y el examen físico, los cuales nos permitirán distinguir tumoraciones adenopáticas de no adenopáticas, y dentro de las primeras, las inflamatorias de las neoplásicas.

Anamnesis

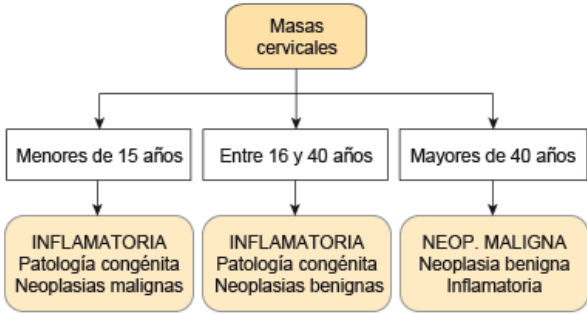
Aspectos a tener en cuenta (Gaddey HL, 2016).

Edad: se consideran 3 grupos de edades: grupo pediátrico (<15 años), grupo adulto joven (16-40 años) y grupo adulto mayor (>40 años). Más del 60% de las tumoraciones en cuello de los pacientes mayores de 40 años lo constituyen las neoplasias malignas. Por otra parte, en jóvenes y niños, más del 80% de las tumoraciones serán benignas, correspondiendo en su mayoría a hiperplasias linfoides (figura 2) causadas por estímulos infecciosos o inmunológicos (tabla 1).



Figura 2. Hiperplasia linfoide en línea media cervical.

Tabla 1. Orientación diagnóstica en función de tiempo y momento de aparición de masas cervicales.	
Agudas	Tumores benignos
• Adenopatías. • Abscesos. • Infecciones (mononucleosis). • Tiroiditis. • Submaxilitis.	• Vasculares: hemangioma, paraganglioma, malformación AV. • Linfáticos: linfangioma. • Nerviosos: neurofibroma, Schwannoma, neurinoma. • Grasos: lipoma. • Salivales: tumores glándula submaxilar.
Crónicas	Tumores malignos
• Adenopatías. • Enfermedades granulomatosas (TBC, sarcoidosis, sífilis). • SIDA.	• Metástasis. • Linfomas. • Carcinomas y sarcomas cervicales.



Algoritmo diagnóstico en función de edad

Antecedentes personales:

- Traumatismos, radiación.
- Enfermedad neoplásica maligna previa.
- Cirugía cervical antigua o reciente.
- Patología odontológica.
- Antecedentes epidemiológicos: hábitos personales (alcohol, tabaco, drogas, nutrición), profesión (relación con animales y zoonosis), viajes, conductas sexuales de riesgo, contactos con enfermos de tuberculosis.
- Inmunosupresión y fármacos (alopurinol, atenolol, carbamazepina, penicilina, sales de oro, etc.).

Antecedentes familiares: existen masas cervicales de carácter familiar (carcinoma medular de tiroides, hiperparatiroidismo por adenoma paratiroideo, quemodectoma, bocio, etc.).

Anamnesis próxima (enfermedad actual) que debe incluir los siguientes aspectos.

Tiempo y momento de aparición (evolución): la aparición brusca orienta hacia patología infecciosa o inflamatoria, aunque en ocasiones puede estar en relación con enfermedades hematológicas (leucemias). Un nódulo cervical con signos inflamatorios de larga evolución y persistente, fistulizado a la piel, hace pensar en una infección crónica como la tuberculosis. La aparición brusca de una masa cervical en relación a un cuadro infeccioso común hace suponer que se trata de una adenopatía secundaria al mismo.

En general se habla de un tiempo de evolución corto para patología infecciosa y/o inflamatoria, medio para neoplasias y prolongado para patología congénita (tabla 1).

Tamaño:

- Se consideran ganglios normales si tienen menos de 1 cm de diámetro. En general, a mayor tamaño, mayor probabilidad de malignidad.
- Grandes nódulos asintomáticos o masas cervicales congénitas orientan hacia higromas quísticos, hemangiomas cavernosos, quistes branquiales o del conducto tirogloso (figura 3).

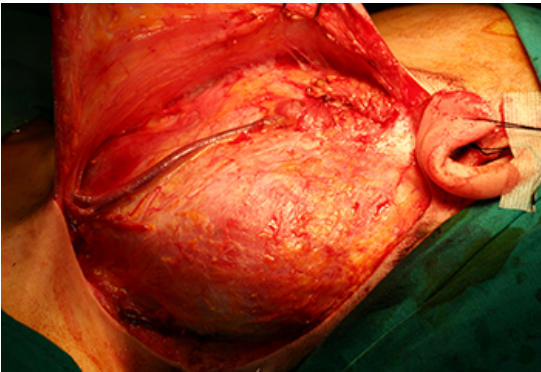


Figura 3. Linfangioma cervical de gran tamaño.

Compromiso del estado general: síntomas y signos como fiebre, anorexia, astenia, sudoración, palpitaciones, temblor, artritis, artromialgias, rash, etc., pueden hacer de una masa cervical, una manifestación de una enfermedad sistémica (cáncer, sarcoidosis, septicemia, etc.) o local (hipertiroidismo, absceso cervical, etc.).

- Síntomas constitucionales obligan a descartar neoplasia.
- Prurito resistente a antihistamínicos puede estar relacionado con un proceso linfoproliferativo.
- Procesos infecciosos recientes.
- Uveítis o eritema nodoso y adenopatías generalizadas están ligados a sarcoidosis.
- Coriorretinitis se asocia a toxoplasmosis.
- Situación basal del paciente y ECOG: cambio brusco de situación basal con ECOG que pasa de 0-1 a ≥ 2 es criterio de derivación preferente.

Síntomas asociados:

- Disfagia (cáncer esofágico, bocio, etc.).
- Disnea (cáncer en cavidad oral, orofaringe, laringe).
- Disfonía (afectación de los nervios laríngeos recurrentes).
- Prurito: típico de algunas enfermedades linfogranulomatosas, de la leucemia linfática crónica y algunos linfomas.

Exploración física

Inspección del cuello: en ligera hiperextensión. Valorar:

- Localización de la masa: es fundamental para el diagnóstico diferencial. Tradicionalmente el cuello se ha dividido en dos triángulos, anterior y posterior, separados por el músculo esternocleidomastoideo (ECM).
- Podremos establecer la sospecha clínica de dónde se encuentra la patología primaria en función de la localización anatómica de dichas adenopatías.
- Comprobar la simetría bilateral de los ECMs y trapecios, el alineamiento de la tráquea y descartar fístulas o procesos inflamatorios crónicos.
- La localización de la masa nos aporta datos sobre su etiología. Las masas que más frecuentemente se ubican en la línea media son los quistes del conducto tirogloso, los quistes dermoides (figura 4), las adenopatías submentonianas y los nódulos tiroideos. En una localización lateral podemos encontrar quistes branquiales, paragangliomas, lesiones por *Mycobacterium tuberculosis* y otros *Mycobacterium* atípicos, tumores del cuerpo carotídeo, adenopatías de la cadena yugular interna o del nervio espinal y linfomas (tabla 2).



Figura 4. Quiste dermoide laterocervical derecho.

Tabla 2. Diagnóstico de masas cervicales en función de la localización.			
	Congénitas Leve	Inflamatorias Moderada	Neoplásicas Grave
Línea media	• Quiste tirogloso. • Quiste dermoide.	• Adenitis infecciosa. • Adenitis granulomatosa.	• Neoplasia de tiroides. • Linfoma.

Triángulo anterior	• Quiste branquial. • Hemangioma.	• Adenitis infecciosa. • Submaxilitis. • Adenitis granulomatosa.	• Metástasis de cavidad oral y piel de la cara. • Tumor de glándula submaxilar. • Linfoma. • Paraganglioma. • Tumor neurogénico. • Hemangioma.
Triángulo posterior	• Linfangioma.	• Adenitis infecciosa. • Adenitis granulomatosa.	• Linfoma. • Metástasis de nasofaringe y cuero cabelludo.
Cualquier localización	• Lipomas. • Quistes epidérmicos. • Quistes sebáceos.		

Inspección de la cavidad oral y orofaringe: generalmente se complementa con una exploración con fibroscopia. Esto nos permite observar tumores primarios en esta región, además de descartar un origen dental.

Palpación cervical: realizada de forma reglada, bimanual y colocados detrás del paciente; puede orientar el área afecta si se conocen los territorios de drenaje de los diferentes territorios relacionados (faciales, cavidad oral, etc.). Valorar:

- Número de nódulos cervicales: la presencia de múltiples masas cervicales corresponden habitualmente a adenopatías, que pueden ser manifestación de enfermedades inflamatorias, infecciosas o tumorales.
- Tamaño: signo inespecífico, tanto enfermedades neoplásicas malignas como de otra índole pueden presentar diversos tamaños.
- Organomegalias en otros territorios ganglionares orientará más hacia un proceso sistémico.
- Consistencia: dura, blanda, elástica o firme (dura = malignidad; blanda = infecciosa o inflamatoria).
- Forma: redondeada o no.
- Límites precisos o imprecisos.
- Movilidad: si se adhiere a planos profundos o no (adherida = malignidad; móvil = benignidad).
- Si late (= quemodectoma, aneurisma).
- Si es dolorosa (inflamatoria, infecciosa, metastásica).
- Si existe rodete inflamatorio o no.

La mayoría de las veces la historia clínica y la exploración física permiten considerar a la masa cervical en algún grupo etiológico general, ya sea vascular, salival, inflamatorio, congénito, neoplásico, etc. Ocasionalmente es necesario continuar con un adecuado estudio de laboratorio. Cuando existe la sospecha clínica de una adenopatía inflamatoria y la historia clínica y el resto del examen físico son anodinos pero orientan hacia una causa benigna es posible prescindir de más pruebas y hacer una prueba clínica con antiinflamatorios y observación que no exceda de **2 semanas**. Si la masa cervical persiste o aumenta de tamaño, se debe continuar con el estudio diagnóstico. Los antibióticos pautados de forma empírica sólo están indicados si los datos son consistentes con una fuerte sospecha de infección bacteriana. Los corticoides no deben usarse porque su efecto linfólítico puede oscurecer algunos diagnósticos (sobre todo leucemias y linfomas).

Pruebas complementarias

Básicas:

- Hemograma con frotis de sangre periférica y coagulación.
- Bioquímica básica en función de los datos clínico-epidemiológicos, con LDH y ácido úrico. Calcio sérico si se sospecha patología paratiroidea. Hormonas tiroideas si procede.
- Si procede proteinograma con dosificación de inmunoglobulinas: una banda monoclonal en un paciente con adenopatías sugiere la presencia de un proceso linfoproliferativo/mieloma.
- Rx tórax.

Según historia:

- Test mononucleosis, Mantoux y serologías (VIH, toxoplasma, rubéola, VEB, CMV) según sospecha.

Técnicas de imagen (Wippold FJ II, 2012):

TAC cervical con contraste (figura 5) y resonancia magnética (RM) (figura 6) con y sin contraste: ambos diagnostican de forma precisa tanto enfermedad tumoral como inflamatoria, por lo que deben ser considerados pruebas complementarias. Ambas pueden ser usadas para el diagnóstico de masas cervicales y el estadiaje de adenopatías cervicales. La RM es superior al TAC en la valoración del tejido blando y la extensión perineural de los tumores, importante sobre todo cuando la localización es la base de cráneo, pero su disponibilidad hospitalaria es menor.



Figura 5. Radiografía de tórax correspondiente al paciente de la figura 1 (carcinoma de pulmón).

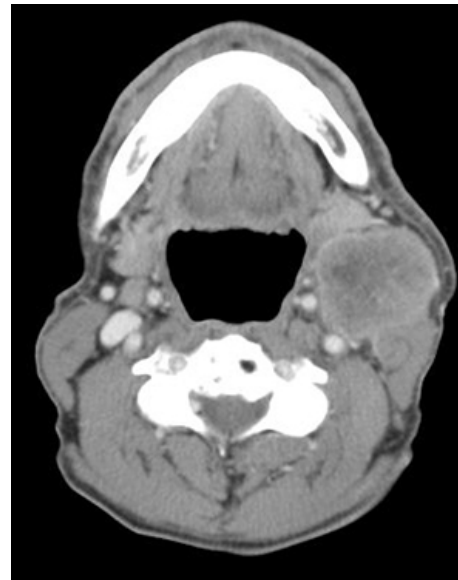


Figura 6. Metástasis cervical de carcinoma epidermoide laríngeo.

El contraste ayuda a delimitar los márgenes del tumor, a localizar los abscesos, sobre todo los intramusculares y a identificar adenopatías patológicas.

Se indica la realización de TAC cervical con contraste o RM en los siguientes casos:

- Adultos con masa sólida solitaria no pulsátil y afebril.
- Adulto con masa sólida solitaria febril.
- Adulto con masa pulsátil. Se recomienda realizar concomitantemente un angioTAC o angioRM.
- Adulto con masas cervicales múltiples.
- Adulto con historia de tratamiento de cáncer previo que presenta masa cervical. Se recomienda complementarlo con PET.

Como segunda opción se deben valorar en:

- Niños mayores de 14 años con masa cervical solitaria o múltiples masas cervicales, afebril.
- Niños mayores de 14 años con masa cervical solitaria (febril).

Rx tórax: debe ser una de las primeras pruebas a considerar, ya que puede evidenciar un patrón radiológico indicativo de tuberculosis, neumonía, sarcoidosis, histoplasmosis, nódulo pulmonar (figura 7), un ensanchamiento mediastínico, desplazamiento de la tráquea, etc. La utilización del contraste baritado puede ser útil para el diagnóstico de divertículos faríngeos, fistulas y quistes branquiales.

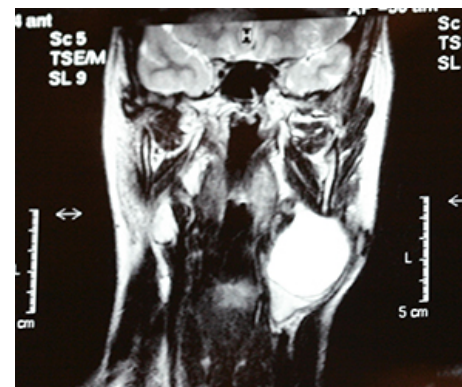


Figura 7. Resonancia magnética de linfangioma cervical.

ECO (Rosenberg TL, 2014): de gran utilidad para la detección de la extensión y localización de la afectación ganglionar cervical.

- Diferencia las lesiones quísticas de las sólidas.
- Útil en seguimiento de masas tiroideas.
- Es un examen no invasivo, no irradiante, de fácil disponibilidad y de relativo bajo costo.
- Aporta gran información en el estudio de adenopatías múltiples o patologías inflamatorias o neoplásicas.
- Permite realizar biopsias dirigidas a masas profundas.

Se indica como prueba diagnóstica de elección en los siguientes casos:

- Niños mayores de 14 años con masa cervical solitaria o múltiples masas cervicales, afebril.
- Niños mayores de 14 años con masa cervical solitaria (febril).

Otras técnicas:

- PET: estudio funcional usado para detección de tumor primario desconocido. En combinación con TC es superior para establecer los márgenes del tumor, identificar adenopatías patológicas y diagnosticar recidivas tumorales.
- Gammagrafía tiroidea: algunos autores recomiendan en sospecha de quiste de conducto tirogloso.
- Endoscopia: permite visualizar, palpar y tomar biopsia de zonas sospechosas.
- Arteriografía: para lesiones vasculares o tumores fijos a la arteria carótida; además permite realizar la embolización.
- Sialografía: para localizar una masa dentro o fuera de la glándula.

Pruebas histológicas (Barrena S, 2011; Parker A, 2012; Swerdlon SH, 2016):

- Biopsia escisional/incisional: método de elección si se sospecha enfermedad hematológica o si la adenopatía es superficial. Se biopsia preferentemente la adenopatía mayor.
- Punción biopsia con aguja gruesa: en los casos en los que el diagnóstico de enfermedad hematológica no sea probable o no se pueda realizar biopsia.
- Punción aspiración con aguja fina: su realización supone demora diagnóstica y no excluye la realización de otras pruebas diagnósticas (Hehn ST, 2004; Dong HY, 2001).

¿Cuándo derivar?

- Adenopatía única mayor de 2 cm de diámetro o de consistencia alterada y tiempo de evolución superior a 2-3 semanas.
- Más de una adenopatía de una misma cadena ganglionar.
- Adenopatías sospechosas en más de un territorio.
- Adenopatía + linfocitosis ($>5.000 \times 10^9/L$) con o sin LDH elevada.

Circuito de derivación:

- Adenopatías laterocervicales o supraclaviculares: se recomienda derivación preferente al servicio quirúrgico con experiencia en oncología de cabeza y cuello (cirugía oral y maxilofacial, ORL o cirugía de cabeza y cuello, variable dependiendo del país y área sanitaria específica) para valoración y/o realización de biopsia.
- Adenopatías en varios territorios + linfocitosis ($>5.000 \times 10^9/L$) con o sin LDH mayor de 500 y/o alta sospecha de linfoma: se recomienda derivación preferente al servicio de hematología.
- En casos de adenopatías en varios territorios + linfocitosis ($>5.000 \times 10^9/L$) con o sin LDH mayor de 500 y/o alta sospecha de linfoma debe derivarse al servicio de hematología. Si la linfocitosis es $>5.000 \times 10^9/L$ y la LDH >1.000 , la derivación debe ser urgente.

Bibliografía

- Barrena S, Almeida J, García-Macias MDC, López A, Rasillo A, Sayagués JM, et al. Flow cytometry immunophenotyping of fine-needle aspiration specimens: utility in the diagnosis and classification of non-Hodgkin lymphomas. Histopathology. 2011;58(6):906-18. PubMed **PMID: 21438908**
- Chau I, Kelleher MT, Cunningham D, Norman AR, Wotherspoon A, Trott P, et al. Rapid access multidisciplinary lymph node diagnostic clinic: analysis of 550 patients. Br J Cancer. 2003;88(3):354-61. PubMed **PMID: 12569376**. **Texto completo**
- Dong HY, Harris NL, Preffer FI, Pitman MB. Fine-needle aspiration biopsy in the diagnosis and classification of primary and recurrent lymphoma: a retrospective analysis of the utility of cytomorphology and flow cytmetry. Mod Pathol. 2001;14(5):472-81. PubMed **PMID: 11353059**. **Texto completo**
- Gaddey HL, Riegel AM. Unexplained Lymphadenopathy: Evaluation and Differential Diagnosis. Am Fam Physician. 2016;94(11):896-903. PubMed **PMID: 27929264**
- Hehn ST, Grogan TM, Miller TP. Utility of fine-needle aspiration as a diagnostic technique in lymphoma. J Clin Oncol. 2004;22(15):3046-52. PubMed **PMID: 15284254**. **Texto completo**
- Parker A, Bain B, Devereux S, Gatter K, Jack A, Matutes E, et al. Best Practice in Lymphoma Diagnosis and Reporting. Specific Disease Appendix. London: British Society for Haematology; 2012. **Texto completo**
- Rosenberg TL, Nolder AR. Pediatric cervical lymphadenopathy. Otolaryngol Clin North Am. 2014;47(5):721-31. PubMed **PMID: 25213279**
- Swerdlon SH, Campo E, Pileri SA, Harris NL, Stein H, Siebert R, et al. The 2016 revision of the World Health organization classification of lymphoid neoplasm. Blood. 2016;127(20):2375-90. PubMed **PMID: 26980727**. **Texto completo**
- Wippold FJ II, Cornelius RS, Berger KL, Broderick DF, Davis PC, Douglas AC, et al. National Guideline Clearinghouse. ACR Appropriateness Criteria neck mass/adenopathy. Disponible en: **<https://www.guideline.gov>**

Más en la red

- Gaddey HL, Riegel AM. Unexplained Lymphadenopathy: Evaluation and Differential Diagnosis. Am Fam Physician. 2016;94(11):896-903. PubMed **PMID: 27929264**
- Hayakawa K, Ramasamy B, Chandrasekar PH. Fever of unknown origin: an evidence-based review. Am J Med Sci. 2012 Oct;344(4):307-16. PubMed **PMID: 22475734**
- Rajasekaran K, Krakovitz P. Enlarged neck lymph nodes in children. Pediatr Clin North Am. 2013 Aug;60(4):923-36. PubMed **PMID: 23905828**

Autores

- | | |
|------------------------------------|--|
| ▪ José Luis López-Cedrún Cembranos | Médico Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial |
| ▪ Beatriz Patiño Seijas | Médico Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial |

- Alicia González Mourelle

Médico Residente de Cirugía Oral y Maxilofacial
- Guillermo Rubin Roger

Médico Residente de Cirugía Oral y Maxilofacial

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

