

BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad 10:
CIRUGÍA CABEZA, CUELLO Y MAMA

Tema 10.1:
PATOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO

Dra. Patricia Laime



INTRODUCCION

La patología de cabeza y cuello es de común interés clínico en infantes, niños, adolescentes y adultos, incluye una amplia variedad de patologías desde lesiones congénitas, inflamatorias a las neoplásicas. Un metódico y completo interrogatorio y examen físico nos ayudarán a llegar al diagnóstico.

1. ANAMNESIS

1.1. ANAMNESIS REMOTA

La **edad**, las lesiones congénitas son más comúnmente encontradas en la población pediátrica, incluyen: quiste del conducto tirogloso y anomalías del arco y hendidura branquial; los hemangiomas, malformaciones linfáticas, quiste dermoide, quistes broncogénicos, teratomas y quistes tímicos son otro grupo de lesiones congénitas. Las neoplasias malignas aumentan con la edad y es muy baja antes de los 30 años.

Antecedentes personales tales como: traumatismos, enfermedad neoplásica, irradiación y cirugías previas de cabeza y cuello antiguas o recientes, enfermedades previas (sífilis, virus: Epstein Barr, herpes simple, papilomavirus humano, TBC), patología dentaria (falta de higiene oral), malnutrición (falta de carotenos y alfa tocoferol.) VIH

Antecedentes familiares: enfermedades neoplásicas de herencia familiar (cáncer medular de tiroides o hiperparatiroidismo por adenoma paratiroideo)

Hábitos personales: tabaquismo y alcoholismo, existe una incidencia más elevada de carcinoma epidermoide de cabeza y cuello en las personas con exposición a estos agentes.

Antecedentes laborales: exposición a polvo procedente de metal y madera, exposición a radiación ultravioleta.

2.2. ANAMNESIS PRÓXIMA

Fecha de aparición y forma de aparición; la aparición brusca de un nódulo cervical en relación a un cuadro infeccioso respiratorio alto, hacen suponer que se trata de una adenopatía secundaria a este cuadro. Un nódulo con signos inflamatorios de larga data y persistente, fistulizado a piel, supone una infección crónica como tuberculosis. Grandes nódulos asintomáticos o masas cervicales congénitas, orientan hacia higromas quísticos, hemangiomas cavernosos, quistes branquiales o del conducto tirogloso.

La presencia del **dolor** es inespecífico, se asocia con más frecuencia a lesiones inflamatorias o infecciosas. Cuando las lesiones tumorales infiltran otros tejidos como los nervios o crecen y comprimen otras estructuras o cuando se necrosan pueden llegar a producir dolor.

Otros **síntomas agregados** como: disfonía (secundaria a compromiso de los nervios recurrentes laríngeos o un cáncer laríngeo), disfagia y odinofagia (cáncer esofágico), del

estado general (absceso cervical, tiroiditis subaguda, hipertiroidismo), otalgia, disnea, trismus (puede ser complicación de procesos inflamatorios vecinos a la articulación temporomandibular).

2. EXAMEN GENERAL DEL TERRITORIO

Todo examen físico debe de ser ordenado, para no dejar escapar una región sin examinar. En general, el examen físico de cabeza y cuello es desde arriba hacia abajo.

2.1. CABEZA

- **Cráneo:** evaluamos el tamaño, simetría, forma
- **Cuero Cabelludo:** para examinar el cuero cabelludo se debe separar el cabello para buscar y describir cicatrices, lesiones, abrasiones, escaras, nódulos, quistes, etc., mencionando su localización y tamaño.
- **Orejas:** forma, tamaño, normal, agenesia, hipoplasia, nivel de inserción (nivel baja como en el Síndrome de Down.), sensibilidad.
- **Tímpanos, conducto auditivo externo (CAE), mastoides** (edema o sensibilidad dolorosa a la palpación).
- **Cara:** observar si es simétrica, si los movimientos son normales, si hay anomalías en la piel y a qué nivel.
- **Glándulas Parótidas:** deben inspeccionarse y palpase, buscando hipertrofia o dolor a la palpación.
- **Cejas y Pestañas:** Debe observarse anomalías como tumoraciones, quistes (tercio externo, medio o interno).
- **Ojos:** tamaño de la pupila: Normal, midriasis, miosis, forma de la pupila: Isocoria, anisocoria o discoria. Se deben examinar los reflejos de acomodación, el reflejo de la luz y el reflejo consensual.
- En **cavidad bucal**, se originan diversas lesiones benignas que se pueden agrupar según su localización en las que afecten la mucosa de la mejilla, las encías o la lengua, la importancia de muchas de ellas estriba en el posible potencial premaligno o en que simulan afecciones malignas verdaderas, por tanto es necesario realizar un examen físico sistemático: Examen de los labios (presencia de cicatrices, grietas, úlceras), dientes (higiene y estado dental) y encías. No olvidar la inspección de las amígdalas, deprimiendo la lengua con una espátula, pudiendo también observar los pilares de las fauces y la orofaringe. Solicitar al paciente que saque la lengua y observar, simetría, presencia de lesiones y movilidad. Inspeccionar y palpar el piso

de la boca (úlceras, ránula, quistes dermoides) y de igual manera el paladar duro y blando.

2.2. CUELLO

- **Arterias Carótidas:** inspeccionar, palpar y auscultar. En la inspección podemos notar si estas son tortuosas. A la palpación notamos las pulsaciones. A la auscultación se verifica la presencia o no de soplos, describiendo su intensidad y su sincronización con el pulso.
- **Venas Yugulares:** Observar si están distendidas en forma permanente o si hay ingurgitamiento venoso.
- **Tráquea:** Evaluar su posición, si esta desplazada hacia un lado o hacia otro (un tumor en el esófago o bocio puede desplazar a la tráquea)
- **Ganglios Linfáticos:** El tamaño normal de los ganglios linfáticos del cuello no permite que sean ni palpables ni mucho menos visibles, pues son muy pequeños. Cuando los ganglios del cuello son patológicos, entonces se pueden describir: el número, tamaño, si están aislados o confluentes, movilidad (móviles o adheridos a piel o planos profundos), consistencia (blandos, duros o pétreos), localización en los diferentes triángulos y sensibilidad (dolor a la palpación). Al explorar los ganglios del cuello debe recordarse los ganglios de otras partes del cuerpo, los pre y retroauriculares, axilares, epitrocleares e inguinales. La exploración requiere de un método sistemático. Existe una alta correlación entre la ubicación de una linfadenopatía sospechosa y el área en que se localiza el tumor primario. Una linfadenopatía entre 1 a 2 cm en un adulto siempre debe ser considerada maligna hasta demostrar lo contrario, si mide más de 2 cm estamos frente a una certeza clínica y debemos abocarnos a su demostración sistemática.
Una revisión en nuestro servicio del rendimiento de biopsias de linfadenopatías cervicales en adultos nos demostró que el 60,5% de los casos correspondían a neoplasias y el 23,5% a TBC. El 39% de las neoplasias correspondió a linfomas, 24% a metástasis de cáncer epidermoide, 18% a tiroides, 14% adenocarcinomas y el resto melanoma, seminoma, ca indiferenciado.
- **Glándula Tiroides.** Las características a observar :
 - Crecimiento: este puede ser nodular o difuso, uninodular y multinodular.
 - Tamaño: pequeño (se palpa no visible), moderado (se mira), grande, gigante.
 - Consistencia: puede ser blanda, firme, dura, pétrea o renitente.
 - Movimiento: fija, móvil, desplaza con la deglución.
 - Superficie: lisa, rugosa.
 - Sensibilidad: dolorosa a la palpación, calor, eritema local.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Es fundamental para un buen examen físico la presencia de luz adecuada.
- Se deben visualizar todas las superficies mucosas de la región oral y faríngea.
- Todas las regiones orales, faríngeas y cervicales deben ser examinadas digitalmente.
- Es importante precisar la ubicación de las lesiones, puesto que nos orientarán hacia ciertas patologías.
- Durante la palpación, mencionar la presencia de dolor, siendo más frecuente en patologías de tipo inflamatorio infectado o infiltrativo.
- La adherencia de las masas a estructuras vecinas hacen suponer patología neoplásica maligna.
- El tamaño, número, aspecto de la piel, forma, consistencia, movilidad, latido y presencia de frémito deben ser considerados ante el hallazgo de lesiones.

3. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

3.1. IMAGENES

Los **exámenes de laboratorio** cobran importancia ante la presencia de lesiones que cursan con compromiso sistémico o en patologías específicas (abscesos cervicales, tiroiditis) o ante la persistencia de adenopatías requiriendo un hemograma completo con un recuento diferencial, test PPD y estudio serológico (Virus Epstein-Barr, citomegalovirus, HIV, toxoplasmosis)

El **estudio radiográfico**, es usualmente innecesario para la evaluación de estas lesiones, sin embargo ante la persistencia de adenopatías sospechosas de enfermedad maligna, una radiografía de tórax podría detectar lesiones en pulmón o mediastino.

La **ecotomografía**, tiene particulares ventajas particularmente en la población pediátrica, porque no irradia y es fácilmente disponible. Puede hacer distinción entre lesiones sólidas y quísticas. Este examen es de gran ayuda en la evaluación de lesiones tiroideas y parotideas y pueden ser usadas en el diagnóstico de algunas lesiones congénitas. La ecotomografía tiene mayor sensibilidad en la detección de nódulos cervicales que la palpación (96.8% y 73,3% respectivamente), pudiendo detectar nódulos de 2 mm. y con el uso del eco doppler además se puede evaluar el patrón vascular de los nódulos.

La **tomografía computarizada**, adquiere su mayor rendimiento en la evaluación de masas cervicales malignas y en el estudio preoperatorio de éstas, en la búsqueda de un tumor primario de cabeza y cuello y en la evaluación de masas secundarias a procesos abscedados o flegmones. Es también usada para evaluar los nódulos linfáticos; sin embargo esta es menos sensible que la ecotomografía en la detección de pequeños nódulos (menores de 5 mm. de diámetro). Permite la obtención de excelentes y detalladas imágenes de la base del cráneo.

La **resonancia nuclear magnética**, utilizado con menos frecuencia que la tomografía axial computada. Es capaz de diferenciar tejido tumoral de fibrosis postquirúrgica o

posradiación. Es útil en la búsqueda de lesiones mucosas precoces. En el estudio de adenopatías metastásicas de un primario desconocido. Ambas técnicas permiten mostrar los músculos y partes blandas.

3.2. BIOPSIA

Existen varias técnicas para obtener tejido sospechoso de malignidad, que incluyen: biopsia espirativa, biopsia incisional y biopsia excisional.

- La **punción aspirativa con aguja fina**, puede ser utilizada con o sin apoyo radiológico, dependiendo de la accesibilidad de la lesión, implica la aspiración de células y fragmentos de tejido a través de una aguja guiada dentro del tejido sospechoso. Nos permitirá diferenciar una masa sólida de una quística y además realizar el análisis citológico de este material, pudiendo proporcionar un diagnóstico provisional de la presencia de tejido maligno. Sin embargo, no deberían decidirse resecciones quirúrgicas mayores únicamente sobre la base de la evidencia de la biopsia espirativa, debido a que puede confundirse tejido inflamatorio o cambios reparativos benignos con células malignas.
- La **biopsia incisional** se refiere a la extirpación de una pequeña cuña de tejido de una masa tumoral. Las biopsias incisionales frecuentemente son necesarias para diagnosticar grandes masas que requieren procedimientos quirúrgicos mayores incluso para extirpación local.
- La **biopsia excisional** se realiza una extirpación de todo el supuesto tejido tumoral con un pequeño margen o sin margen de tejido normal. Las biopsias excisionales son el procedimiento de elección para la mayoría de los tumores si pueden realizarse sin contaminar nuevos planos quirúrgicos ni comprometer el tratamiento quirúrgico definitivo.

3.3 ENDOSCOPIA

La **endoscopia** es un campo que está avanzando rápidamente. Los aparatos electrónicos asociados a elementos flexibles obtienen imágenes endoscópicas digitalizadas de alta resolución, lo cual permite realizar diagnósticos más precisos y facilitar la documentación y el análisis. Muchos órganos pueden ser evaluados examinados endoscópicamente mediante documentación por vídeo, biopsia endoscópica, citología y sonografía endoscópica, a fin de determinar el diagnóstico, la operabilidad y el estadio de la enfermedad.

Aunque la endoscopia diagnóstica continua siendo el componente principal de todo programa, la endoscopia terapéutica se está poniendo al mismo nivel rápidamente. La extirpación endoscópica de pólipos, la ablación de tumores con láser, los stents (dilatadores de luz), el control de las hemorragias, el alivio de las obstrucciones, son algunas aplicaciones que pueden tener.

4. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Schwartz, Shires, Spencer. Principios de cirugía: Tumores de cabeza y cuello. Interamericana-McGraw-Hill. 6ta edición. Pag.: 615-679.
- 2.- Ryan Mc Nicholas. Anatomía radiológica con Rx.TC-RM-Ecografía. Cabeza y cuello. Marban, S.L. 1997. Pag.: 2-44
- 3.- Vicent T. De Vita, Jr. Cáncer Principios y Práctica de oncología: Principios de tratamiento del cáncer: Cirugía Oncológica. Panamericana. 2000 .Volúmen 1. Pag: 295-305
- 4.- Thomas F. Tracy Jr, MD, Chistopher S. Muratore, MD. Seminars in Pediatric Surgery: Management of common head and neck masses. Vol 16, No 1, february 2007.