FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE CHILE

BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad 10:
CIRUGÍA CABEZA, CUELLO Y MAMA

Tema 10.4:
TUMORES DE CUELLO Y LINFONODOS CERVICALES

Dra. Patricia Laime

auladigital

Medichi
Red de aprendizaje digital

TUMORES DE CUELLO

1. ANATOMIA TOPOGRAFICA DEL CUELLO

El cuello está situado entre la cabeza y el tórax.

Limites: hacia delante y arriba, el hueso hioides; hacia delante y abajo, la horquilla esternal y las clavículas; hacia atrás y arriba, la protuberancia occipital superior; hacia atrás y hacia abajo, una línea trazada desde la extremidad externa de la clavícula a la apófisis espinosa de la séptima cervical.

La forma del cuello varía con la edad, el sexo y la gordura del sujeto. Distinguimos en el cuello: una región anterior y media la región infrahioidea; dos regiones laterales que son la región esternocleidomastoidea y la región supraclavicular; finalmente, una región posterior, la nuca.

REGION INFRAHIOIDEA

Ocupa la parte media y anterior del cuello, tiene forma de triangulo con base superior y está limitada hacia arriba por el hueso hioides, hacia abajo por la horquilla esternal y lateralmente por el borde anterior de los músculos esternocleidomastoideos. Profundamente la región se extiende hasta la columna vertebral que está recubierta por los músculos prevertebrales y la aponeurosis cervical profunda.

Constitución desde la superficie a la profundidad:

- Planos superficiales o supraaponeuróticos.- Bajo la piel fina y móvil se encuentra un panículo adiposo de grosor variable y la fascia superficial que envuelve el cutáneo del cuello.
- La aponeurosis cervical superficial, se adhiere por arriba al hueso hioides, se fija hacia abajo al borde anterior de la horquilla esternal y se desdobla hacia los lados para envolver los esternocleidomastoideos.
- Espacio supra esternal.
- Músculos infrahiodeos y aponeurosis cervical media.- El primer plano comprende a cada lado, el esternocleidohiodeo hacia adentro y el omohiodeo hacia fuera, envueltos por la hoja superficial de la aponeurosis media. El segundo plano constituido por los músculos esternotiroideos y tirohiodeos, envueltos por la hoja profunda de la aponeurosis media.
- Conducto laringotraqueal. Conducto faringoesofágico y cuerpo tiroideo.- Ocupan todo el espacio limitado hacia delante por la aponeurosis cervical media, hacia atrás por la aponeurosis cervical profunda y la columna vertebral, lateralmente por el paquete vasculonervioso del cuello y su vaina aponeurótica.

REGIÓN ESTERNOCLEIDOMASTOIDEA O CAROTÍDEA

Situada en la parte anterolateral del cuello, es de forma cuadrilateral. Corresponde al músculo esternocleidomastoideo, y sus límites superficiales están representados por los bordes y por las extremidades de éste músculo. Profundamente, la región se extiende hasta la aponeurosis prevertebral y los músculos prevertebrales.

Constitución desde la superficie a la profundidad:

- Planos superficiales.- Piel, capa subcutánea
- Primer plano aponeurótico.- Aponeurosis cervical superficial, músculo esternocleidomastoideo y vaina de este músculo.
- Capa celuloadiposa y ganglionar subesternocleidomastoidea.- El músculo omohioideo cruza la parte inferior de la región oblicuamente de arriba hacia abajo y de dentro hacia fuera. Los ganglios laterales profundos del cuello situado en esta región.
- Paquete vasculo-nervioso del cuello y vaina vascular.- Se compone de las carótidas por dentro, de la yugular interna por fuera y del neumogástrico por detrás.

REGION SUPRACLAVICULAR

Tiene forma triangular y está situada en las partes laterales del cuello, por encima de la clavícula, por detrás de la región esternocleidomastoidea y por delante de la región de la nuca.

Constitución desde la superficie a la profundidad:

- Planos superficiales o supraaponeuróticos.- Piel, panículo adiposo y una fascia superficiales.
- Aponeurosis superficial.
- Aponeurosis media y músculo omohioideo.
- Capa celuloadiposa y ganglionar subaponeurótica.- Contiene numerosos ganglios linfáticos, que pertenecen a las cadenas del nervio espinal y cervical transversa.
- Plano muscular profundo.- Compuesta por los músculos escalenos y aponeurosis cervical profunda que los reviste, el nervio frénico desciende por delante del escaleno anterior, la arteria subclavia, los troncos del plexo braquial, la arteria supraescapular, arteria escapular posterior y la vena subclavia reposa sobre la primera costilla.

REGION DE LA NUCA

Ocupa la parte posterior del cuello y comprende todas las partes blandas situadas por detrás de la columna cervical.

Sus límites anteriores, son el borde anterior del trapecio, los límites superior e inferior se confunden con los del cuello

2.- CLASIFICACION DE LOS TUMORES Y QUISTES DEL CUELLO

Edad:

- Grupo pediátrico (< 15 años),
- Grupo adulto joven (16 — 40 años)
- Grupo adulto (> 40 años).

Naturaleza: (Dickson and Davidoff)

- Congénito o del desarrollo
    - Quiste tirogloso
    - Quiste y fístulas branquiales
    - Anomalías vasculares (hemangiomas, linfangiomas)
    - Quiste dermoide
    - Quiste broncogénico
    - Teratoma
- Inflamatorio y/o infeccioso
    - Linfadenopatía reactiva
        - Bacteriana
        - Viral
        - Granulomatosa
        - Mycobacteriana (tuberculosis)
        - Histoplasmosis
        - Sarcoidosis
        - Enfermedad por arañazo de gato
- Neoplásicas
    - Benigna
        - Lipoma
        - Fibroma
        - Neurofibroma
        - Nódulo tiroideo
    - Maligna
        - Linfoma Hodgkin´s
        - Linfoma no Hodgkin´s
        - Rabdomiosarcoma
        - Neuroblastoma
        - Carcinoma de tiroides
        - Enfermedad metastásica

Ubicación: Clasificación de Lahey:

Tumores línea media

- Tiroides ectópico
- Quiste tirogloso
- Quiste epidermoide y teratomas
- Adenoma del istmo del tiroides
- Linfonodo delfiano (prelaringeo)

Tumores laterales

Únicos:

- Quistes y fístulas branquiales
- Tumores de la glándula parótida
- Tumores de la glándula submaxilar
- Linfangioma y Schwanoma
- Tumores del cuerpo carotídeo (paragangliomas)
- Neurilemoma y Schwanoma
- Tumores vasoformativos
- Metástasis linfática solitaria con tumor primario no detectado
- Lipoma
- Teratoma lateral

Múltiples:

- Adenopatías TBC
- Adenopatías infecciosas
- Adenopatías metastásicas
- Linfomas

3.- DESCRIPCIÓN

3.1 Quiste del conducto tirogloso

Lesión cervical congénita más frecuente de los niños, representa el 40% de las anomalías congénitas cervicales, detectados entre la primera y segunda década de vida. Es el resultado de una anomalía del desarrollo debido a la falla en la obliteración del conducto tirogloso posterior al descenso de la glándula tiroides alrededor de la 6º semana de gestación, este fenómeno origina la persistencia del conducto y la posibilidad de desarrollo de un quiste.

Anatomía patológica: revestidos de epitelio pseudoestratificado columnar o estratificado escamoso y glándulas secretoras de mucus.

Presentación clínica: lesión redondeada, lisa, blanda, indolora, de la línea media y en relación con el hueso hioides (sublinguales o supraesternales), se desplaza con la deglución. Complicación: infección con flora bacteriana bucal (> 50% de los casos).

El diagnóstico se confirma mediante ultrasonido, que permite además evaluar la presencia de glándula tiroides (5%). En caso de no encontrarse tiroides, será necesario realizar cintigrafía.

Tratamiento: extirpación quirúrgica (Sistrunk, 1920)→ extirpación del centro del hueso hioides (en cuyo interior va el conducto tirogloso) y debe llegar al foramen ciego lingual. En caso de infección del quiste: primero tratar con antibióticos y luego cirugía.

3.2 Quiste branquial

Producto de anormalidades de cierre y reabsorción de cualquiera de los cuatro arcos y hendiduras branquiales primitivos. Los senos branquiales aparecen como aperturas cutáneas en el ángulo de la mandíbula (primera hendidura branquial) o a lo largo del borde anterior del ECM (segunda hendidura branquial).

Los quistes branquiales aparecen en las mismas localizaciones de los senos y a veces son difíciles de diferenciar de adenopatías o de otras masas cervicales, sobretodo si están infectados

Las anomalías de la primera hendidura branquial comunican con el conducto auditivo externo y están en íntimo contacto con el nervio facial y glándula parótida, son infrecuentes.

Los quistes y senos de la 2º hendidura branquial comunican con la fosa amigdalina pasando a través de la bifurcación de la arteria carótida, con fístula en el borde antero-inferior del ECM.

Los quistes de la 3º hendidura branquial se localizan vecinos al ventrículo laríngeo, con fístula en la membrana crico-tiroídea

Los quistes de la 4º hendidura branquial: embriológicamente el conducto estaría por debajo de la Aorta a la izquierda y bajo la subclavia a la derecha.

El tratamiento de los restos branquiales es la extirpación quirúrgica no solo por motivos estéticos sino también para evitar su infección.

3.3 Linfangiomas

Lesiones quísticas, de origen linfático que se presentan en la región cervical lateral. Causados por una falla congénita de los brotes linfáticos primordiales para establecer drenaje en el sistema venoso, el 80 a 90% son diagnosticados antes del segundo año de vida.

Tienden a desarrollarse en íntimo contacto con grandes venas y conductos linfáticos. Un 75% aparecen en el cuello, 20% en la axila y el resto, en mediastino, retroperitoneo, pelvis o región inguinal. Relación de 2:1 en el lado izquierdo respecto al derecho del cuello.

Los tipos más frecuentes: cavernoso y higroma quístico.

Son cavidades multiloculares revestidas de células endoteliales que continúan produciendo linfa.

El crecimiento es de gradual a rápido con compresión o desplazamiento de estructuras adyacentes (proporcional al crecimiento del niño; crecimiento rápido por: trauma, infección o hemorragia).

Al examen físico: masas quísticas blandas, móviles, no sensibles, preferentemente ubicados en el triángulo posterior del cuello, su tamaño puede variar desde algunos milímetros a varios centímetros de diámetro; cuando se infectan se presentan con signos inflamatorios.

El compromiso respiratorio es la complicación más importante por compresión extrínseca de la vía aérea. Lesiones que comprometen la lengua o se extienden hacia el mediastino pueden presentarse con estridor, cianosis, apneas o disfagia.

El diagnóstico se confirma con ultrasonido, que revela la naturaleza quística. TAC utilizada con contraste en lesiones extensas y con compromiso importante de estructuras vitales.

Tratamiento: de elección es la extirpación quirúrgica, siempre que su resección no implique riesgo de morbilidad prohibitiva, situación que es frecuente en lactantes.

Otras alternativas de tratamiento: sustancias esclerosantes como la bleomicina y en la actualidad OK-432 (picibanil) con un éxito considerable respecto a la regresión de los quistes.

3.4 Quiste dermoide

Generalmente en pacientes pediátricos y adultos jóvenes. De crecimiento lento por acumulación de contenido sebáceo.

Predominio en: regiones periorbitarias, línea frontal media, cola de la ceja, nariz y línea media cervical, de ubicación profunda en relación con la fascia cervical; la piel que lo cubre se moviliza libremente, a diferencia de los quistes epidérmicos.

Anatomopatológicamente: pared interna cubierta de epidermis con anexos rudimentarios o totalmente desarrollados, contenido mucoide que puede contener pelos u otros tejidos.

Tratamiento: quirúrgico.

3.5.- Quistes sebáceos y epidérmicos

Masas del desarrollo más frecuentes y ocurren principalmente pacientes mayores.

El diagnóstico se sospecha frente a un quiste con un poro que retrae la piel y que generalmente produce elevación y fijación de ésta.

Su tratamiento es quirúrgico

3.6.- Teratoma

Resultado del secuestro del ectodermo, del mesodermo y endodermo.

Clínicamente se manifiesta como un aumento de volumen circunscrito, redondeado, de superficie lisa, habitualmente en la línea media, sin cambios de coloración en la piel.

El tratamiento es quirúrgico

3.7.- Linfonodo Delfiano

Es un nódulo prelaringeo de la línea media sobre el istmo del tiroides, puede presentar características patológicas por cualquiera de las causas que afectan a los nódulos linfáticos.

3.8.- Paraganglioma o Tumor del Cuerpo Carotídeo

Se origina en el cuerpo carotídeo por células que derivan del neuroectodérmo y se ubican en la bifurcación de la carótida primitiva. Pueden ser malignos o benignos. En su crecimiento engloban la carótida primitiva, carótida externa e interna.

Clínicamente se presentan como un aumento de volumen, en relación al tercio superior del músculo esternocleidomastoídeo, bajo el ángulo mandibular, de consistencia sólida y móvil en sentido anteroposterior y no en sentido céfalo caudal.

El diagnóstico se define con una arteriografía, además la ecografía y el TAC muestran las características morfológicas.

El tratamiento es quirúrgico.

3.9.- Hemangiomas

Tumores originados en los vasos sanguíneos pueden corresponder a neoplasias benignas (hemangiomas y angiofibromas) o malignos (angiocarcinomas y angiosarcomas).

Se presentan como aumento de volumen de consistencia blanda, indoloro, bien delimitado, con cambios de coloración de la piel y las mucosas, disminuye o aumenta de volumen según las variaciones del flujo arterial o venoso con los cambios posturales del paciente.

El tratamiento quirúrgico consiste en la extirpación del tumor; una alternativa de tratamiento la constituye las embolizaciones y la esclerosis que pueden completar o reemplazar a la cirugía.

3.9.- Lipomas

Tumores derivados del tejido adiposo pueden ser superficiales o profundos. Se manifiestan como un aumento de volumen circunscrito, de tamaño variable, indoloro de crecimiento lento, de consistencia blanda. El tratamiento es quirúrgico.

4.- METODOS DE ESTUDIO

4.1.- Medios auxiliares de diagnóstico

Los estudios histológicos son dos fundamentalmente: examen histopatológico (biopsia) y examen citológico del material obtenido por aspiración con aguja fina.

- La biopsia es un método actualmente muy seguro y bien reglamentado que puede ser realizado frente a toda tumoración cervical ganglionar o no, con excepción de las seudotumoraciones de origen vascular o quístico. Puede ser de dos tipos: la incisional, en la cual se toma un fragmento o cuña del tumor y la excisional que permite extraer el ganglio sospechoso en bloque

- La biopsia por aspiración de aguja fina: elemento muy útil y ha pasado a ser la principal herramienta diagnóstica para un el estudio de la masa cervical. Permite diferenciar rápidamente lesiones sólidas de quísticas. Debe realizarse con precaución y conocimiento. No debe realizarse en masas pulsátiles o con soplos donde se sospecha un origen vascular. En general, la punción va acompañada de la obtención de una muestra para citología, biopsia y/o cultivo. Es un proceder que aunque conocido desde hace mucho tiempo ha tenido seguidores y detractores, estos últimos debido al riesgo de la siembra tumoral en el trayecto de la aguja; situación excepcional.

4.2.- Medios imagenológicos

- Los más extendidos en la actualidad son los exámenes ultrasonográficos, las ecografías nos permiten, con sólo conocer si el tumor es ecogénico o ecolúcido, verificar si se trata de una tumoración quística o sólida y si hay elementos densos (calcificaciones) en el interior de una tumoración, y cuando poseemos técnicas de alta resolución, podemos definir nítidamente sus contornos, sobre todo las irregularidades tan importantes como índice de malignidad o de infiltración a los tejidos adyacentes.
- En el mismo sentido es muy útil la Tomografia Helicoidal Computarizada de alta resolución, por lo que ambos medios se han convertido en un precioso auxiliar del cirujano a la hora de decidir la operabilidad de una tumoración sobre todo las malignas.
- Con fines más específicos se realizan gammagrafías y captación de Yodo 131 en los tumores y metástasis de la glándula tiroides.
- Con indicaciones mucho más específicas están en los casos de tumoraciones de origen vascular las arteriografías por sustracción digital, muy útiles en el momento de definir aneurismas, angiomas y fístulas arteriovenosas cervicales.
- Resonancia nuclear magnética, es un examen no invasivo, utilizado con menos frecuencia que la tomografía axial computada, básicamente por su mayor costo. Es utilizada en tumores de la base del cráneo o cuando nos interesa diferenciar tejido tumoral de fibrosis postquirúrgica o postradiación. Es útil en la búsqueda de lesiones mucosas precoces en el estudio de adenopatías metastásicas de un primario desconocido.

- La radiografía de tórax, puede evidenciar un patrón radiológico indicativo de tuberculosis o neumonía o puede encontrar un nódulo pulmonar o un ensanchamiento mediastínico indicativo de malignidad.

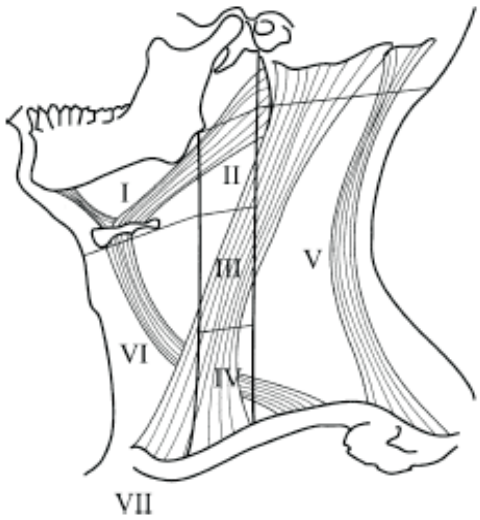
5.- MANEJO DE LINFONOS CERVICALES

5.1.- DISTRIBUCION ANATOMICA DE LOS LINFONODOS CERVICALES

El cuello contiene un tercio de todos los ganglios linfáticos del cuello. Independientemente de aquellos linfáticos con sus ganglios que acompañan a los diversos órganos llamados yuxtaviscerales, en el cuello se definen claramente varias cadenas ganglionares:

- Ganglios occipitales
- Ganglios preauriculares
- Ganglios parotídeos
- Ganglios submandibulares
- Ganglios sublinguales
- Ganglios retrofaríngeos
- Ganglios cervicales anteriores (cadena yugular anterior y cadena yuxtavisceral)
- Ganglios cervicales laterales superficial (yugular externa) y profundo (cadena accesoria espinal, cervical transversa y yugular interna).

Los linfonodos cervicales se clasifican en 7 grupos ganglionares (AJCC). Esta clasificación es utilizada por cirujanos y oncólogos. Este esquema es una clasificación clínica útil para los diversos tipos de disecciones de los ganglios linfáticos.



Nivel I	Submentonianos y submandibulares
Nivel II	Yugulares internos altos
Nivel III	Yugulares internos medios
Nivel IV	Yugulares internos bajos
Nivel V	Espinal accesorio y cervicales transversos
Nivel VI	Cervicales anteriores paratraqueales
Nivel VII	Mediastinicos altos

5.2.- PATOLOGIA BENIGNA DE LOS LINFONODOS

Resulta difícil definir cuál es la adenopatía patológica, ya que existen situaciones normales en las que los ganglios pueden estar aumentados de tamaño, como las pequeñas adenopatías submandibulares en niños. No obstante, si se evidencian ganglios cervicales mayores de 1 cm de diámetro, de reciente aparición y que no obedecen a una causa fácilmente identificable, es preciso iniciar una investigación
Las adenopatías benignas obedecen a un origen inflamatorio, siendo agudas o crónicas, y específicas e inespecíficas.

Las linfoadenopatías agudas habitualmente son el resultado de un proceso como un aumento de volumen inflamatorio asentado en los tegumento de la cabeza y el cuello o del tracto aerodigestivo superior. Clínicamente se presentan como un aumento de volumen de uno o más nódulos linfáticos del territorio correspondiente, con todas las características de un proceso inflamatorio agudo más los síntomas y signos del proceso séptico bacteriano original. El tratamiento consiste en la terapia apropiada para el proceso bacteriano correspondiente.

El adenoflegmón, es la abscedación de una adenitis aguda. Es siempre bacteriana, se produce por el paso de bacterias virulentas al interior del ganglio, las cuales llegan a él por la red de vasos linfáticos aferentes, procedentes de un foco séptico agudo regional (ej: origen dentario). Es de aparición muy aguda, un ganglio cervical se hace muy doloroso y comienza aumentar de tamaño considerablemente en poco tiempo, aparecen manifestaciones generales como fiebre. Al examen físico se palpa una tumoración dolorosa de bordes mal definidos, evolutivamente y en su parte más prominente aparece una zona de fluctuación. El tratamiento está dirigido a eliminar el foco séptico primario si se encuentra y el tratamiento general es el uso de antibióticos por vía sistémica.

Las linfoadenopatías crónicas, tienen un origen similar al de los procesos sépticos agudos y su evolución crónica está determinada por la repetición del proceso original. La manifestación clínica es la presencia de uno o más nódulos linfáticos aumentados de tamaño. El tratamiento consiste en la eliminación del foco original.

Dentro linfoadenopatías crónicas específicas hay que destacar una serie de entidades:

- Tuberculosis cervical: normalmente se trata de una adenopatía única o múltiple de crecimiento lento, pero después de algunos meses presenta un crecimiento acelerado con dolor y enrojecimiento de la piel y evidencias de fluctuación (caseificación) sin compromiso sistémico de un proceso séptico; finalmente puede fistulizar dejando una cicatriz característica pardusca llamada escrófula. Su diagnóstico es por cultivo de la muestra obtenida o por estudio del ganglio extirpado.
- VIH: En inicio un síndrome compuesto de adenopatías, fiebre y artralgias que posteriormente pasa a tener adenopatías palpables y no dolorosas en dos o más regiones ganglionares.
- Toxoplasmosis: en la forma adquirida se presentan fases de síntomas similares a los de una gripe con temperaturas subfebriles y adenopatías inflamatorias occipitales y/o submandibulares.

- Sarcoidosis: Adenopatías, sobre todo, mediastínicas y supraclaviculares asociado a alteraciones oculares, de las glándulas lagrimales y salivales y demás síntomas.
- Enfermedad por arañazo de gato: Proceso inflamatorio crónico de los ganglios linfáticos, resultado de una infección por Bartonella henselae inoculados por los rasguños de los gatos.
- Otras: sífilis, brucelosis, mononucleosis infecciosa, etc.

5.3.- PATOLOGIA MALIGNA DE LOS LINFONODOS

Las linfoadenopatías neoplásicas pueden ser primarias (leucemia, linfoma) o secundarias (metástasis).

En el linfoma de Hodgkin lo más frecuente es que las adenopatías sean localizadas a nivel mediastínico o supraclavicular. Se debe realizar una biopsia por escisión y derivar a oncología médica.

En el Linfoma no Hodgkin y Leucemia linfoide crónica, lo más frecuente es que sean simétricas.

Ante unas adenopatías cervicales, los signos de alarma principales, para pensar en un proceso oncológico son:

1. Presencia de linfadenopatías supraclaviculares o escalénicas.
2. Síntomas sistémicos inexplicados (pérdida de peso, fiebre persistente).
3. Adenopatías de más de 2 cm. de diámetro.
4. Crecimiento rápido de la adenopatía en ausencia de inflamación.
5. Falta de movilidad de la adenopatía a la exploración.
6. Edad mayor de 45 años.

Una vez considerada la enfermedad neoplásica como la primera posibilidad de una tumoración cervical, es preciso tener presente que el 80% de las afectaciones ganglionares cervicales de etiología maligna son de origen metastásico; de todas ellas, un 85% procederá de un tumor del área de cabeza y cuello. Sólo el 15% restante se debe a neoplasias cervicales primarias, como carcinomas de tiroides o glándula salival, sarcomas o linfomas.

La acción quirúrgica en estas adenopatías consistirá en colaborar en la obtención de un diagnóstico adecuado. En los casos dudosos en general se recurre previamente a la PAAF, pero por desgracia, a pesar de realizarse de forma adecuada y en manos expertas, no siempre es concluyente y en muchos casos hay que proceder a la biopsia de las adenopatías o incluso a la exéresis de una o varias para realizar adecuados estudios anatomopatológicos, extensión, cultivos etc.

5.4.- METASTASIS CERVICAL DE PRIMARIO DESCONOCIDO

Las Neoplasias de origen desconocido son enfermedades neoplásicas malignas diseminadas, que se ponen de manifiesto por el estudio anatomopatológico de una

de sus metástasis, sin que se consiga identificar el origen del tumor primario, a pesar de su estudio óptimo. Representan 2-3% de todos los cánceres que se diagnostican. La mayoría de los pacientes con metástasis cervical de primario desconocido, tienen más de 60 años y consultan por síntomas inespecíficos o relacionados a la localización de las metástasis. Constituyen una entidad heterogénea que incluye tumores poco sensibles a los tratamientos actuales (obteniendo beneficio con tratamiento paliativo). Siendo la minoría de los casos tratables con terapéutica especifica, con mejor pronóstico en dichos casos, en los cuales se justifica la búsqueda exhaustiva del tumor primario. El tumor primario no tiene patrón de crecimiento y extensión habitual. Las metástasis suelen alcanzar un tamaño mucho mayor que el tumor primario, y localizarse en sitios no clásicos. La neoplasia primitiva puede regresar y las metástasis seguir su curso evolutivo.

Se debe buscar el primario mediante una historia exhaustiva y un examen físico local y general minucioso. Si no es ubicado, se debe realizar una punción aspirativa con aguja fina de la metástasis o ir a una biopsia in o excisional según tamaño y localización.

Se pueden clasificar en varios grupos teniendo en cuenta sus características anatomopatológicas:

1. Adenocarcinoma bien o moderadamente diferenciado. Es de mal pronóstico, habitualmente son paciente mayores, con metástasis en múltiples órganos. Buscar el tumor primario en un sitio extracervical (tubo digestivo, páncreas, pulmón, mama, riñón, próstata).
2. Carcinoma escamoso o epidermoide. Más frecuente en pacientes con hábitos tabáquicos y alcohólicos. Los estudios diagnósticos deberán incluir una exploración otorrinolaringológica, fibroscopía (faringe, laringe, traquea, esófago superior), con biopsia de zonas sospechosas o a ciegas en áreas de mayor rentabilidad diagnóstica, empleo de métodos de estudio imágenológicos como TAC, RM.
3. Neoplasia pobremente diferenciada. Son casos en que no se puede determinar con certeza su estirpe mediante estudio anatomopatológico, en general carcinomas, melanomas, linfomas y sarcomas y se debe recurrir a estudios de inmuno-histoquimica.
4. Carcinoma indiferenciado. Se presentan habitualmente en pacientes jóvenes, con rápida progresión de los síntomas y crecimiento tumoral rápido. Incluyen tumores germinales, linfomas, timomas.

Si se encuentra el tumor primario con cualquiera de estas maniobras, se toma una biopsia de él para estudio histológico y ulterior tratamiento según histología y estadio. Si el estudio del primario resulta infructuoso, se somete al paciente a radiación externa del cuello metastásico y de las áreas de ubicación más probables del primario eventualmente asociada a quimioterapia según histología, seguida de cirugía unas 5 semanas más tarde.

BIBLIOGRAFIA

1. Schwartz, Shires, Spencer. Principios de cirugía: Tumores de cabeza y cuello. Interamericana-McGraw-Hill. 6ta edición.
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.
4. J. De Castro Carpeño y cols. Diagnostico y tratamiento: Tumoración cervical indicativa de malignidad: actitud diagnóstica y terapéutica. Medicina Clinica. Vol 106. Nº 3, 1996. Pag. 103-110