



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. enero-marzo, 2011; 15(1): 182-197

PRESENTACIÓN DE CASO

Adenoflemón cervical en la tercera edad, presentación de un caso

Cervical adenophlegmon in old age. A case report

Fidel Castro Pérez¹, Raúl Rodríguez González², Sergio Vento Cruz³, Milagros Ramos Cruz⁴, Juan Carlos Domínguez Serrano⁵.

¹Especialista de Segundo Grado en Otorrinolaringología. Profesor Auxiliar. Máster en Atención integral de salud al niño. Investigador Agregado. Policlínico Universitario "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Municipio Sandino.

E-mail: fcastro@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Primer Grado en Otorrinolaringología. Asistente. Máster en Atención integral de salud al niño. Hospital Pediátrico Provincial "Pepe Portilla". Pinar del Río.

³Especialista de Segundo Grado en Otorrinolaringología. Profesor Auxiliar. Máster en Atención integral de salud al niño. Hospital Pediátrico Provincial "Pepe Portilla". Pinar del Río.

⁴Especialista de Primer Grado en Otorrinolaringología. Profesor Auxiliar. Máster en Atención integral de salud al niño. Hospital Pediátrico Provincial "Pepe Portilla". Pinar del Río.

⁵Especialista de Primer Grado en Imaginología. Policlínico Universitario "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Municipio Sandino.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 70 años de edad, raza negra, del sexo femenino, con antecedentes de padecer de diabetes mellitus e hipertensión arterial. Se valoró en la consulta externa del Policlínico Universitario Ernesto Guevara de la Serna de Sandino, de Pinar del Río. Fue evaluado en conjunto por un grupo de especialistas, al presentar un cuadro caracterizado por el aumento de volumen superficial de la región lateral izquierda del cuello, por debajo de la rama horizontal de la mandíbula, a nivel del músculo esternocleidomastoideo, cerca y debajo del pabellón auricular y la parótida, de aproximadamente 5 cm. de diámetro, móvil, doloroso, de superficie lisa y consistencia renitente, sin cambios en la coloración de la piel. Al examen físico otorrinolaringológico no se encontraron otras alteraciones. Se le hizo un ultrasonido en la región afectada y valoró en conjunto el caso efectuado el tratamiento médico, al establecerse el diagnóstico clínico e imaginológico de adenoflemón cervical. Se procedió además a la realización de una BAAF. Los autores presentan las experiencias derivadas de la atención del caso, no frecuente a esta edad y revisan la literatura médica sobre el tema, con especial referencia al diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: VÉRTEBRAS CERVICALES/patología, ANCIANO.

ABSTRACT

A 70 year-old, black race, female patient, suffering from diabetes mellitus and hypertension attended to the consultation. The case was analyzed at "Ernesto Guevara de la Serna" outpatient clinic in Sandino, Pinar del Rio. A group of specialists assessed the case that presented a chart characterized by an increase of superficial volume in left lateral region of the neck, below the horizontal branch of the mandible to the level of sternocleidomastoid muscle, near and below outer ear and the parotid, around 5cm of diameter, movable, painful of smooth surface and renitent consistency, without changes in skin color. No other alterations were found at physical examination or ENT specialist examination while imaging studies in the affected region were as well conducted, the case was assessed considering all these procedures to order medical treatment, clinical and imaging diagnosis established a cervical adenophlegmon. A fine needle aspiration biopsy was also performed. The authors presented the experience derived from the medical care of the case, which is not frequent in this age and reviewed the medical literature about the topic, with special emphasis on diagnosis and treatment.

Key words: CERVICAL VERTEBRAE/pathology, AGED.

INTRODUCCIÓN

La adenitis aguda o linfadenitis cervical es el aumento de tamaño de los ganglios linfáticos del cuello y de la zona submandibular. En la gran mayoría de los casos representa una respuesta inflamatoria transitoria a una infección generalizada o local, pero en ocasiones es indicativo de un proceso más importante.¹ Cuando la adenitis unilateral aguda, adenopatía mayor de 3 cm. de diámetro, con signos inflamatorios, los gérmenes que con mas frecuencia producen este cuadro son: estreptococo del grupo A, Staphylococcus aureus y el virus de Epstein Barr.¹

Por ser el cuello una región donde el sistema linfático está ricamente representado, su participación como parte del sistema inmunológico en la defensa frente a diversas agresiones bacterianas y virales es cotidiana. Por lo general, una cadena o un ganglio linfático inflamado puede orientar con más o menos exactitud la localización del proceso séptico, aunque esto sólo es válido para las afecciones bacterianas. Un ejemplo es que las adenitis agudas de la cadena anular superficial reaccionan a las infecciones superficiales de la piel, así los ganglios occipitales y mastoideos se inflaman frente a las infecciones piógenas del cuero cabelludo y también en la rubéola; los parotídeos y submaxilares lo hacen con las afecciones de la cara y región yugal, es típica la adenopatía submentoniana en las lesiones cutáneas de acné, y los procesos sépticos paraodontales de los incisivos inferiores. Ya en las cadenas yugulares su aparición es expresión de infecciones más profundas, ejemplo lo constituye la adenitis subangulomaxilar que aparece en las amigdalitis agudas, la clásica adenopatía satélite del chancro de inoculación de la sífilis, casi siempre ubicado en las amígdalas palatinas.

En el curso de algunas enfermedades virales, las adenopatías agudas están siempre presentes, tal es el caso de la mononucleosis infecciosa, producida por el virus de Epteins Barr. Las adenopatías y la fiebre suelen preceder al exantema en enfermedades virales como el sarampión y la rubéola; en muchas de las leucosis agudas un síndrome adénico cervical puede ser su forma de presentación. Se debe señalar que en la llamada sero-conversión del SIDA aparece un cuadro adénico cervical agudo con ligeras manifestaciones generales que suele ser confundido con alguna infección banal, ya que en pocos días desaparece sin tratamiento alguno. Casi con la única excepción de la adenitis satélite sifilítica, todas estas adenopatías, independientemente de que la infección sea de origen viral o bacteriano, son dolorosas, móviles, de consistencia elástica y pueden ser solitarias o agruparse en varios ganglios de una misma cadena; posteriormente si es un proceso séptico lo que le dio origen y se dirige a la curación, su tamaño va disminuyendo progresivamente hasta desaparecer completamente. En otros casos, una adenopatía aguda evoluciona hacia la abscedación y tendrá en este caso el llamado adenoflemón cervical.

El adenoflemón cervical es una entidad muy frecuente en la patología del cuello, no es más que la abscedación de una adenitis aguda. Su patogenia es siempre bacteriana ya que las adenopatías virales jamás se absceden; se produce por el paso de bacterias virulentas al interior del ganglio, las cuales llegan por la red de vasos linfáticos aferentes, procedentes de un foco séptico agudo regional; aunque puede aparecer en cualquier ganglio cervical, los más frecuentes son los de las cadenas yugulares, sobre todo en su tercio superior. El cuadro clínico es de aparición muy aguda, un pequeño ganglio cervical se hace muy doloroso y comienza a aumentar de tamaño considerablemente en poco tiempo, la cabeza puede adoptar una posición inclinada hacia la adenopatía por razones antálgicas, el dolor se hace pulsante y aparecen manifestaciones generales como la fiebre. Al examen físico se palpa una tumoración dolorosa cervical de bordes mal definidos debido al proceso periadenítico que lo acompaña y que aún conserva la posibilidad de desplazarlo ligeramente. Casi siempre en su parte más prominente aparece una

zona de fluctuación, lo cual indica que se ha formado un absceso en su interior, además están presentes en esta etapa los signos clásicos de la inflamación aguda. El adenoflemón o celulitis es la exacerbación de la sintomatología con síntomas generales. Se pueden clasificar según la localización: submentoniano, submaxilar, de la cara, carotídeo, retrofaríngeo, infrahioideos y de la nuca.²

El adenoflemón cervical es más frecuente en los niños y adultos jóvenes, por ser las enfermedades con las cuales está relacionado típica de esas edades, es muy raro ver un adenoflemón cervical en la tercera edad, por eso se recopilaron todos los datos posibles de su cuadro clínico, evolución, exámenes complementarios, así como el tratamiento aplicado para su divulgación.

PRESENTACION DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de 70 años de edad, raza negra, del sexo femenino, con antecedentes de padecer de diabetes mellitus y de hipertensión arterial, que se valoró en la consulta externa del Policlínico Universitario Ernesto Guevara de la Serna de Sandino, Pinar del Río, Cuba, el día 7 de julio de 2010, al presentar un cuadro caracterizado por un aumento de volumen superficial de la región lateral izquierda del cuello, por debajo de la rama horizontal de la mandíbula a nivel del músculo esternocleidomastoideo, cerca y debajo del pabellón auricular y la parótida, de aproximadamente 5 cm. de diámetro, móvil, doloroso, de superficie lisa y consistencia renitente, sin cambios en la coloración de la piel; sin fiebre, al examen físico otorrinolaringológico no se encontraron otras alteraciones, que comenzó el día 4 de ese mes. Entre las pruebas complementarias realizadas se destaca un ultrasonido cervical, en el cual se observó una imagen ecogénica en la parte superior izquierda del cuello que mide aproximadamente 36 mm en su diámetro mayor, de bordes bien definidos, compatible con el diagnóstico de adenitis cervical que evolucionó hacia un adenoflemón cervical. (Figuras 1, 2, 3)



Figura 1. Gran adenoflemón de la región lateral cervical izquierda. Primera consulta 7 de julio de 2010.

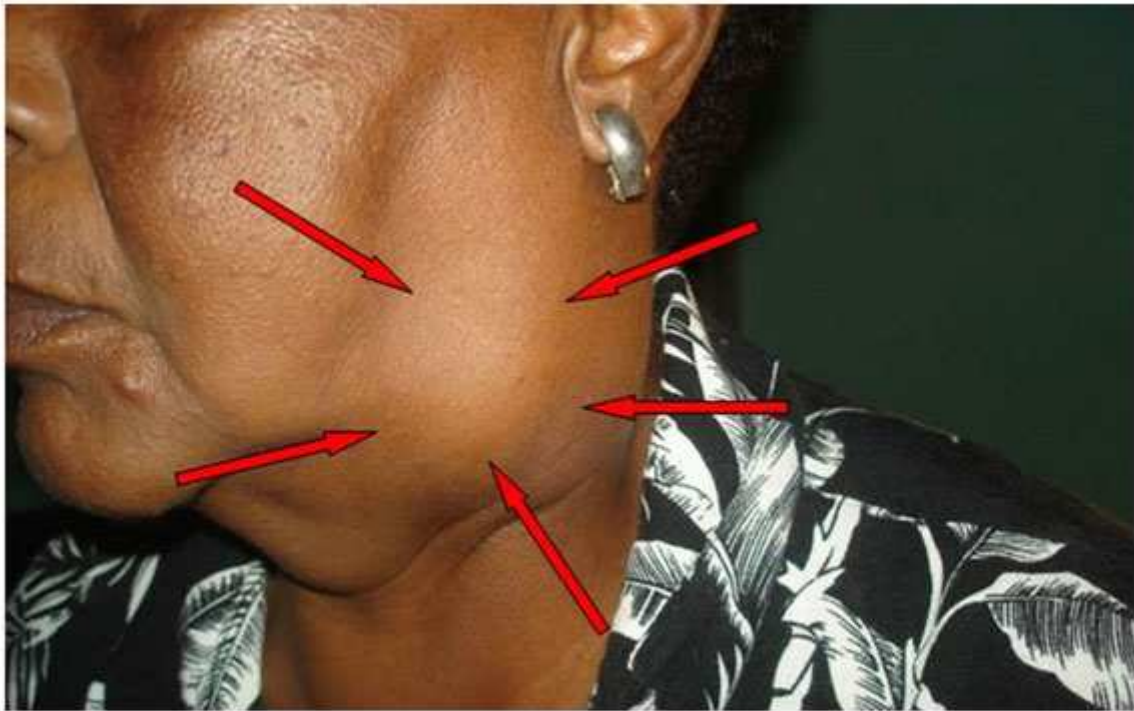


Figura 2. Las flechas señalan de forma precisa el área del adenoflemón.



Figura 3. Ultrasonido I. 7 de julio de 2010. Se observa una imagen de gran cavidad, nítida, con 36.mm de diámetro mayor.

Con este diagnóstico se indica el tratamiento médico con cefazolina y metronidazol, ambos por vía endovenosa, dipirona para el dolor, meclozina y fomentos, se indica BAAF, el cual se realiza al siguiente día 8 de julio, extrayéndose abundante pus, dando como resultado adenitis abcedada negativo de las células neoplásicas, con la biopsia No 1830, realizada el 8 de julio de 2010 e informada el 14 de julio de 2010.

El día 8 fue valorada en conjunto por un grupo de especialistas de Otorrinolaringología, para evaluar el caso y la conducta a seguir, manteniéndose el mismo diagnóstico y tratamiento. En la consulta realizada el día 21 de julio se comprobó la evolución satisfactoria de la paciente al desaparecer casi toda la sintomatología clínica previa. En el ultrasonido aparece una zona alargada, irregular y heterogénea de 31 x 16 mm, lo que indica la disminución del tamaño de la tumoración. (Figuras 4 y 5).

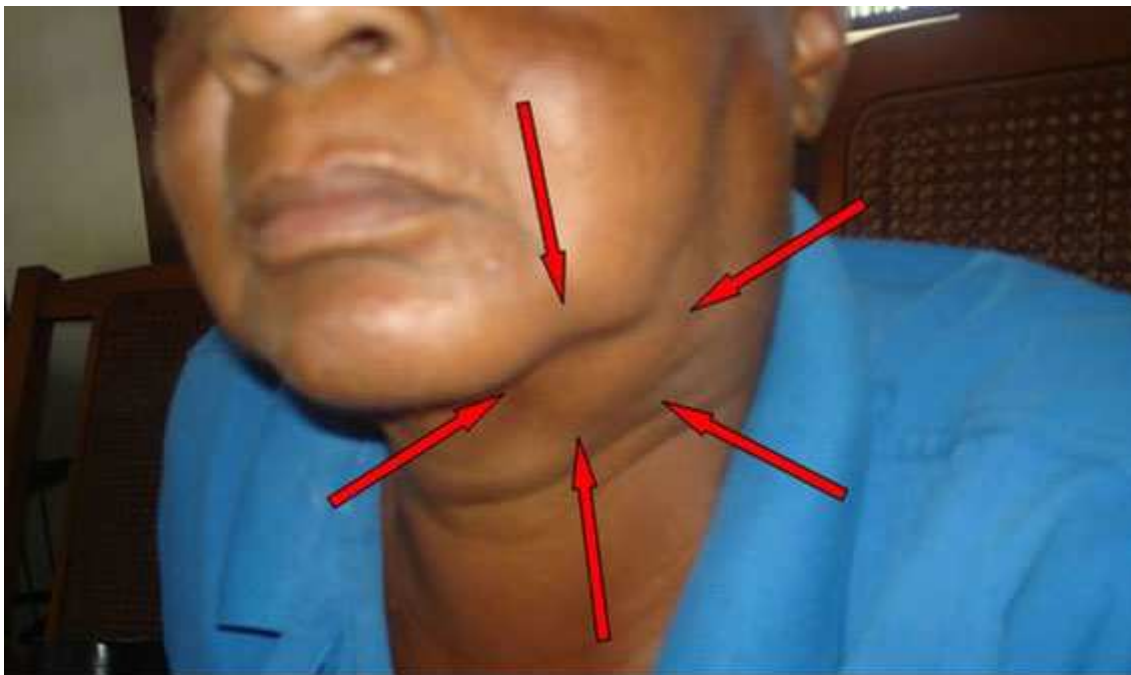


Figura 4. El área del adenoflemón disminuyó considerablemente. Segunda consulta 21 de julio 2010.



Figura 5. Ultrasonido II, del 21 de julio de 2010. La gran cavidad casi desaparecida.

Complementarios Auxiliares:

Realizados el 7 de julio de 2010.

Hematológicos

Hb: 120 g/L

Hto: 0.40 L/L

Leucocitos: 10600 x10⁶ /L, 75 poli, 23 linfo, 2 eosinófilos.

Eritrosedimentación: 85 mm/h

Coagulograma: normal

Conteo de plaquetas: 300 x 10⁹ /L

Glicemia: 4.1 mmol/L

Orina: normal.

BAAF del 8 de julio: Se extrae abundante pus, dando como resultado adenitis abcedada negativo de células neoplásicas, con la biopsia No 1830, realizada el 8 de julio de 2010 e informada el 14 de julio de 2010.

Resultados de los complementarios en la consulta del 21 de julio, realizados el día anterior.

Hematológicos

Hb: 119 g/L

Hto: 0.39 L/L

Leucocitos: 7600 x106 /L, 65 poli, 24 linfo, 1 eosinófilo.

Eritrosedimentación: 46 mm/h

Coagulograma: normal

Conteo de plaquetas: 300 x 109 /L

Glicemia: 4.3 mmol/L

Orina: normal.

La última consulta se realizó el 3 de agosto, la paciente se encontró clínicamente bien, con un excelente estado general, así como la eritrosedimentación, la cual disminuyó hasta 21 mm/h. Ante esta evolución satisfactoria se procedió al alta. (Figura 6). Consulta del 3 de agosto. Eritrosedimentación en 21 mm/h.



Figura 6. Después del alta del 3 de agosto de 2010, tomada en la casa de la paciente el 7 del propio mes. Aparece la paciente completamente recuperada. Desaparición total de la imagen del adenoflemón.

DISCUSIÓN

Una vez diagnosticado clínicamente el caso como adenoflemón cervical, a la hora de hacer el diagnóstico diferencial en una paciente de la tercera edad, por la alarma de pacientes, familiares y por la preocupación del médico de asistencia, se tendrá presente no confundir los adenoflemones cervicales con la aparición o recurrencia de metástasis. La recurrencia local y la recidiva linfática cervical afectan el pronóstico y disminuyen la supervivencia de los pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad oral. Es conocido el devenir desafortunado de los pacientes que desarrollan metástasis cervical contralateral. Diversos autores han analizado los diferentes factores relacionados con un riesgo aumentado de desarrollar metástasis cervical contralateral en los tumores de cavidad oral, aunque no existen series clínicas largas.³ En la paciente no se encontró ninguna lesión tumoral en el examen físico correspondiente a la esfera otorrinolaringológica y bucal que drenen al ganglio inflamado.

Se debe descartar otras entidades que son más frecuentes en la infancia y juventud, no en la tercera edad, como el quiste branquial, que es un trastorno congénito, caracterizado por la aparición de un nódulo o masa en el cuello de forma ovalada, movable y aparece justo por debajo de la piel entre el músculo esternocleidomastoideo y la faringe. En la mayoría de los casos tiene su origen del segundo arco branquial y por esa razón aparece en la cara lateral del cuello. Por lo general su aparición es en la edad preescolar después de una infección del tracto respiratorio superior. El diagnóstico se corrobora con una ecografía el cual visualiza su forma quística y su contenido. El tratamiento es la extirpación completa quirúrgica, pues no se reduce con los medicamentos.^{4, 5, 6} La paciente al ser de la tercera edad se descarta el quiste branquial.

Los quistes branquiales aparecen por un desarrollo anormal del aparato faríngeo embrionario por la falla de la completa obliteración de uno de los arcos branquiales.^{5,7} Suelen ser quistes cerrados, aunque en ocasiones pueden venir acompañados de una fístula, es decir, un conducto que abre cerca de la amígdala del mismo lado o en la piel del cuello.^{6,8} Los quistes branquiales son estructuras benignas y solo en raras ocasiones se asocian a alguna forma de cáncer.

La mayoría de los quistes branquiales cursan sin sintomatología, es decir, no suelen ser dolorosos ni tienden a interrumpir la movilidad del cuello ni la deglución. Ocasionalmente se pueden infectar, especialmente si persiste una fístula. La masa es esférica, alargada y móvil en la cara lateral del cuello, justo por debajo de la mandíbula, en cualquier punto a lo largo del músculo esternocleidomastoideo, más comúnmente entre el tercio medio y el tercio inferior del músculo.⁸

En los casos que aparezca una fístula, se ven pequeños hoyuelos o depresiones en la piel en cualquier lado del cuello o justo debajo de la clavícula con líquido que puede drenar del hoyuelo.⁹

El tratamiento de un quiste branquial consiste en la resección quirúrgica y completa del quiste. Aunque son quistes por lo general benignos, el quiste tiende a ser confundido con un tumor maligno de las glándulas salivales, por lo que en ocasiones se indica una aspiración de su contenido con una aguja fina. El manejo quirúrgico requiere la escisión del quiste, así como sus conductos y ramificaciones, de existir. No es probable ver recurrencias después de la operación. Con frecuencia se indican antibióticos, en especial si hay signos de una infección. La función tiroidea no se ve afectada por un quiste branquial.

No siempre se presenta el quiste branquial durante las primeras décadas de la vida, como se demuestra en el artículo publicado por el Dr. Alexis Cantero Ronquillo, titulado: quiste branquial de localización anterior. Presentación de 1 caso, donde se presenta un enfermo de 63 años de edad, con un tumor voluminoso en cara anterior del cuello, que se moviliza a la deglución. La biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF) informó tejido tiroideo. Se comprueba con la exéresis del tumor el diagnóstico de quiste branquial en una localización inusual.¹⁰ Nuestro caso se encuentra en la cara lateral del cuello.

Un quiste del I arco branquial puede originarse en cualquier lugar a lo largo del tracto embrionario residual del primer surco branquial, que se extiende desde el conducto auditivo externo a través de la glándula parótida y hacia el triángulo submandibular. Este surco es el único que da origen a una estructura que persiste en la vida adulta, el conducto auditivo externo.^{11, 12}

El defecto congénito puede aparecer como espacios abiertos llamados senos de la hendidura branquial, los cuales se pueden desarrollar en uno o en ambos lados del cuello. Un quiste branquiógeno se puede formar a partir del líquido que drena de un seno y tanto el quiste como el seno pueden resultar infectados, dando como síntomas pequeños hoyuelos o depresiones, protuberancias o papilomas cutáneos en cualquier lado del cuello o justo debajo de la clavícula o drenaje de líquido de un hoyuelo en el cuello.¹³ La paciente atendida y diagnosticada no presentó en ningún momento síntomas de drenaje o fistulización, solo la masa tumoral con la localización anteriormente descrita.

En este caso hay que realizar el diagnóstico diferencial con el quiste tirogloso, de localización preferentemente en la línea media del cuello. El quiste tirogloso, el cual es un trastorno congénito, por lo que se diagnostica con más frecuencia en los niños en edad preescolar, usualmente seguido de una infección de las vías respiratorias superiores.¹⁴

Los quistes del conducto tirogloso son considerados la tumefacción congénita del cuello más frecuente y constituye la segunda causa de tumor cervical después de las linfadenopatías benignas.¹⁵ En menos del 1% de los quistes se puede ver una transformación maligna, generalmente de origen tiroideo.^{16, 17} Ocasionalmente el quiste tirogloso puede ser confundido con una fisura media cervical o viceversa.¹⁸ También se descarta el carcinoma del conducto tirogloso: se presenta como una masa benigna en el 70 por ciento de los casos, pero si se asocia a disfonía, disfagia, pérdida de peso, o hay cambios bruscos en el patrón de crecimiento se sospecha malignidad, síntomas ausentes en nuestra paciente. El diagnóstico se realiza habitualmente en el transoperatorio o con el estudio anatomopatológico de la pieza definitiva, siendo el carcinoma papilar el tipo histológico más frecuente. La técnica de Sitruk es el tratamiento de elección, pero si existe patología maligna asociada al tiroides, o existen ganglios linfáticos positivos, respectivamente, están indicadas. El carcinoma del conducto tirogloso es una entidad infrecuente, diagnosticada transoperatoriamente o con el estudio anatomopatológico definitivo de la pieza quirúrgica. El tratamiento debería incluir la tiroidectomía total para facilitar el tratamiento con yodo radioactivo y el seguimiento ulterior (AU).¹⁹⁻²¹

Las ubicaciones más frecuentes del quiste tirogloso es la línea media o levemente a un lado de la línea media, entre el istmo de la glándula tiroides y el hueso hioides o justo por encima del hioides. Un quiste tirogloso puede desarrollarse en cualquier punto a lo largo del conducto tirogloso, aunque los quistes en la lengua o el piso de la boca son poco frecuentes. Un quiste en el conducto tirogloso puede moverse hacia arriba al protruir la lengua.¹⁴

La paciente tiene 70 años y la localización de la masa tumoral es completamente lateral, no se moviliza con los movimientos de la deglución ni protrusión de la lengua, por lo que se descarta un quiste tirogloso.

Se continúa con el diagnóstico diferencial restante de las masas cervicales de localización lateral ²² En la región submandibular y entre los grupos ganglionares ya referidos se localiza la glándula salivar submandibular. La aparición de una masa en relación con esta glándula puede tener su origen tanto en una afección inflamatoria como tumoral.

La sialolitiasis es una de las causas más frecuentes de aumento de volumen de la glándula submaxilar. La presencia de un cálculo, puede ser aislada o asociada a un proceso de sialadenitis crónica como ocurre en dos tercios de los casos. Clínicamente se presenta por inflamación y dolor de la glándula asociados a la ingestión de alimentos. Tras episodios repetidos, puede unirse a un proceso infeccioso. En otros casos los cálculos pueden ser asintomáticos y debutar como una sialoadenitis aguda supurativa. La parálisis facial en el caso de tumor de la glándula parótida presenta: el crecimiento piramidal y rápido. Infiltración de la piel que la recubre. Metástasis ganglionar. Consistencia dura, pétreas y adherencia a planos profundos.

Secreción de saliva acompañada de sangre por el conducto excretor de la glándula.

Otras neoplasias menos frecuentes son las de origen neurogénico.²² Se incluyen aquí los paragangliomas, con origen en los cuerpos paragangliónicos del sistema nervioso autónomo, y por otra parte, los tumores con origen en las células de los nervios periféricos: Schwannomas y neurofibromas, excepcionalmente neurofibrosarcomas y neuroblastomas.

Los paragangliomas están constituidos por células neuroectodérmicas, con capacidad en raras ocasiones de producir catecolaminas de forma similar a los feocromocitomas. Son masas bien encapsuladas, con un gran componente vascular, apareciendo principalmente en el bulbo yugular o cuerpo carotídeo. En su crecimiento esta tumoración aparece en región lateral del cuello, con posible extensión superior hacia el espacio parafaríngeo. Es móvil lateralmente y no craneocaudalmente, puede transmitir los latidos de la carótida en casos de localización carotídea, en los que además pueden percibirse soplos y thrill y a distancia fenómenos cerebrales como lipotimias y pérdidas momentáneas del conocimiento. La tos, disnea y el síndrome de Horner por toma del simpático cervical (miosis, exoftalmos y ptosis palpebral) son signos que se presentan al crecer el tumor. La realización de TAC, RM y/o arteriografía confirman los hallazgos clínicos.

El schwannoma es generalmente solitario, de crecimiento lento, con síntomas derivados del nervio sensorio-motor o simpático en el cual tiene su origen, o por compresión del tronco nervioso simpático en su crecimiento. En neurofibroma se origina en las células de Schwann igualmente, no es encapsulado e incorpora durante su crecimiento fibras nerviosas adyacentes; crece a través de ellas, a diferencia del schwannoma que puede mantener la integridad del nervio. El neurofibroma puede verse aislado o asociado a la enfermedad de Von Recklinghausen. El estudio por BAAF confirma el diagnóstico.

Los tumores vasculares más frecuentes son los aneurismas cervicales.²² Aparecen por las alteraciones orgánicas de la pared arterial o debilitamiento de esta por la acción traumática (heridas punzantes o traumas). Los primeros

se ven con mayor frecuencia en el hombre que en la mujer y en la edad media de la vida. Pueden ser fusiformes o saculares según se originan por distensión parcial o total de la circunferencia arterial. Se localizan naturalmente en el trayecto de los grandes vasos. Son tumores redondeados o alargados, animados de latidos, a la palpación es posible percibir un thrill y a la auscultación puede descubrirse un soplo sistólico si es derivado de la arteria carótida. Puede encontrarse retardo en el pulso de la arteria facial y temporal del lado afectado, que desaparece al comprimirse la carótida por el lado proximal del aneurisma. Su crecimiento es lento y sin molestias, pudiendo aparecer más adelante signos compresivos como disnea, disfagia, tos, neuralgias y alteraciones psicomotoras por la perturbación que origina el proceso de circulación cerebral.

El linfangioma o higroma quístico está constituido por las áreas de dilatación de vasos linfáticos, próximos al saco linfático yugular primitivo.²² Son asintomáticos, excepto por el cambio estético que origina su crecimiento, aunque la existencia examen físico se encuentra en aumento de volumen de la glándula afectada de forma difusa, de consistencia no dura, a diferencia de las lesiones tumorales y que puede disminuir su tamaño a la expresión (m) anual de la glándula al favorecerse el drenaje salivar. La mayoría de los cálculos de las glándulas submaxilares contienen entre otros componentes fosfato cálcico, el cual origina cálculos radioopacos. Esta predisposición de la sialolitiasis en las glándulas submaxilares está relacionada con una mayor alcalinidad de la saliva, mayor concentración de fosfatos y calcio y un alto componente mucoso. Su conducto de drenaje es más largo que en el caso de la parótida y tiene una salida de flujo antigraavitatorio. La realización de ecografía y hialografía es suficiente para diagnosticar esta afección obstructiva.

En caso de asociarse a induración significativa de la glándula sin relación con la ingesta de alimentos, debe sospecharse la existencia de un proceso neoplásico completando el estudio con la realización de Baal y TAC. Las glándulas tumores de la glándula parótida más frecuentes son: el adenoma pleomorfo (tumor mixto) y el cistoadenolinfoma papilar (tumor de Wartin).²² El primero tiene mayor frecuencia en el sexo femenino, entre 30 y 40 años de edad. Este tipo de tumor puede aparecer en cualquiera de las glándulas salivales. A la palpación tiene consistencia duro elástica, puede ser mono o multinodular, generalmente localizadas en región preauricular y tienden frecuentemente a la malignización. Por su parte, el tumor de Wartin es más frecuente en el sexo masculino, en edades próximas a los 50 años de edad, es exclusivo de la parótida, a la palpación, es de consistencia blanda (por contener espacios quísticos), es generalmente uninodular, más frecuentemente localizado en el polo inferior de la glándula y nunca se maligniza.

Los signos de malignización de las glándulas salivales son los siguientes: de procesos infecciosos de vecindad pueden originar un aumento brusco de volumen e incluso ser este el motivo inicial de consulta. A la palpación se encuentra una masa no bien delimitada, por no ser encapsulada, blanda, no dolorosa. El diagnóstico se basa en TAC, RM y BAAF.

El laringocele puede aparecer a cualquier edad, aunque es más frecuente entre 50-60 años.²² Su origen puede ser congénito o adquirido. Constituye una dilatación del sáculo laríngeo, que está en continuidad con la luz laríngea y ocupada por aire. Al extenderse el sáculo laríngeo se desarrolla en sentido ascendente entre la banda ventricular y el ala del cartílago tiroideo, haciéndose evidente en la región cervical a través de la membrana

tirohioidea, (laringocele externo). En su superficie está recubierto por un epitelio respiratorio que contiene glándulas. Si se produce una obstrucción proximal del sáculo, puede acumularse la secreción mucosa de estas glándulas y constituirse un mucocele. El aumento de la presión intralaringea se asocia a la aparición de laringocele, como sucede en los sopladores de vidrio o en las personas que tocan instrumentos de viento. La masa cervical clínicamente puede ser mas evidente por momentos, a voluntad del paciente al aumentar la presión intralaringea y con ruido asociado al vaciarse el contenido aéreo en la laringe tras la compresión manual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Martínez Moreno C, Cordero Castro C, Rojo Conejo P. Linfadenitis cervical Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [on line]. 2009; 2. Disponible en: http://infodoctor.org/gipi/quia_abe/[consultado septiembre 2010]
- 2- Romero MC, Magallanes N, Torres D, Gutiérrez JL. Patología cervical. Revista Secib [On Line]. 2006 [citado septiembre 2010]; 1: p. 67-82. Disponible en: http://www.secibonline.com/web/pdf/vol1_2006_articulo_actualizacion3.pdf
- 3- González-García R, Naval-Gías L, Rodríguez-Campo FJ, Sastre-Pérez J, Muñoz-Guerra MF, Díaz-González FJ. Contralateral neck metastasis in squamous cell carcinoma of the oral cavity: An analytical retrospective clinical study of 315 patients primarily treated with surgery. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2010 Nov 22]; 30(3): 157-171. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582008000300002&lng=es
- 4- Bastera Alegría, J. Otorrinolaringología y Patología Cérvico Facial. Edit. Masson. Barcelona 2004; Pág. 2-3. Disponible en: http://www.elsevier.es/libros/ctl_servlet? f=1008&pid=9788445819630
- 5- Langman, Embriología médica con orientación clínica, 9ª Ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2004.
- 6- Koch BL. Cystic malformations of the neck in children. Pediatric Radiology[revista en internet]. 2005 [citado septiembre 2010]; 35(5): p.463-77. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/t24126731847v216/>
- 7- Altuna Mariezkurrena X, Luque Albisua I, Veja Orte JC, Algaba Guimerá J, Echenique Elizondo M. Quiste branquial. A propósito de dos casos [en español]. Gac Med Bilbao [revista en internet] 2005 [citado 24 febrero 2009]; 102(4):92-94. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=35383&id_seccion=2219&id_ejemplar=3659&id_revista=136.
- 8- Moore Keith L, Persaud TVN, Martínez Álvarez C. Embriología clínica. (en español). Publicado por Elsevier España, 2004; pág 212.

- 9- EEUU. Biblioteca nacional de Medicina. Quiste branquiógeno [on line]. octubre de 2007. Consultado el 24 de febrero, 2009. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001396.htm>
- 10 - Cantero Ronquillo A, Mederos Curbelo ON, Valdés Jiménez J, Romero Díaz C, Barreras Ortega JC. Quiste branquial de localización anterior. Presentación de 1 caso. Rev Cubana Cir[revista en internet] 2002 [citado septiembre 2010];41(1):47-49. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol41_1_02/cir09102.pdf
11. Moore KL, Persaud TVN. The developing human. Clinically oriented embryology. 1993; 5th Edition, W.B.Saunders Company. Philadelphia, USA. p.186-225.
- 12- Cristian García B, Andrés O'Brien S y Col. Anomalías congénitas del aparato branquial: Estudio de imágenes. Revista Chilena de Radiología[revista en internet]. 2007[citado julio 2010]; 13(3), p.147-153. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-3082007000300006&script=sci_arttext
- 13- McGuirt WF. Differential diagnosis of neck masses. In: Cummings CW, Flint PW, Haughey BH, et al. Otolaryngology: Head & Neck Surgery. 4th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2005.
- 14- Rush University Medical Center. El Oído, la Nariz y la Garganta: El Quiste Tirogloso [on line]. marzo 2004. [acceso 8 de febrero, 2008]. Disponible en: <http://www.rush.edu/spanish/speds/ent/thyrgduct.html>
- 15- Medina Vega LD, Márquez Rancano E, Concepción Guzmán J. et al. Correlación clínico-cito histológica de los quistes congénitos cervicales. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. [on line]. 2004[citado 2008-02-08]; 26(1): pp. 22-28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-5582004000100004&script=sci_arttext
- 16- Echenique Elizondo M. Cáncer tiroideo sobre quiste de conducto tirogloso (en español). Cir Esp [revista en internet]. 2000[citado o de febrero 2008]; 67: 567-571. Disponible en: http://www.elsevierinstituciones.com/revistas/ctl_servlet?f=7264&articuloid=13125748&revistaid=36
- 17- Vegas Y, Goubaira JE, Perfetti W, et al. Cáncer papilar primario en quiste del conducto tirogloso: A propósito de un caso. Rev. venez. oncol. [online]. mar. 2006[citado 08 Febrero 2008]; 18(1): p.49-53.
- 18- Morovic I. C. Gloria, Vidal T. Claudia. Fisura media cervical. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. 1999 Jul [citado 2009 Nov 22]; 70(4): 311-313. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000400008&lng=es
- 19-Dedivitis Rogério Aparecido, Lima Fábio Rocha, Guirado Cristiano Rosa. Adenoma folicular em cisto tireoglosso. Rev. Bras. Otorrinolaringol. [serial on the Internet]. 2007 June [cited 2009 Nov 22] ; 73(3): 430-430. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992007000300022&lng=en
- 20 - Steck, José Higino; Menon, Douglas Neumar; Souza, Antonio Lemos Gomes de; Fraianella, Lilian; Ferraniola, Rogério Benatti. Carcinoma papilífero em cisto do ducto tireoglosso: a tireoidectomia é necessária? / Papillary carcinoma of

thyroglossal duct cyst: is thyroidectomy necessary?: Rev. bras. cir. cabeça pescoço;36(1):9-11, jan.-mar. 2007.

21- Al Awad, Adel; Chow, Gladys; Zambrano, Víctor; Arias, Euro; Chirinos, Jhonan. Carcinoma papilar en un quiste tirogloso: reporte de un caso / Papillary carcinoma in a thyroglossal cyst: report of a case: Rev. venez. Cir. dic. 2005; 58(4):140-145.

22- Martínez Novoa MD, Mas Mercant S, Sarría Echegaray P, Gallego M. Diagnóstico diferencial de las masas cervicales. Semergen 24 (11): 926-30. Disponible en: <http://www.semergen.es/semergen/cda/documentos/revistas/pdf/numero11-98/926-930.pdf> .

Recibido: 28 de octubre de 2010.

Aprobado: 11 de enero de 2011.

Dr. Fidel Castro Pérez. Especialista de Segundo Grado en Otorrinolaringología. Profesor Auxiliar. Master en Atención integral de salud al niño. Investigador Agregado. Policlínico Universitario "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Municipio Sandino. E-mail: fcastro@princesa.pri.sld.cu Dirección Particular: Vivero 955. San Juan y Martínez. Pinar del Río. Cuba. Tel: 79 84 79.