



Diagnóstico quirúrgico de la masa cervical

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 12 de Marzo del 2021 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

Se evaluaron cuarenta y ocho pacientes a quienes se les sometió a intervención quirúrgica por el diagnóstico preoperatorio de masa cervical. De acuerdo al reporte histológico definitivo fueron agrupados en tres categorías. Doce por enfermedades inflamatorias, otros doce por patología congénita y veinticuatro por tumores benignos o malignos. Las causas inflamatorias y congénitas fueron más comunes por debajo de los cuarenta años. Las neoplasias en adultos por encima de la edad citada. El 83,3% de los bultos se ubicaron en el triángulo anterior. Escrófulas, quistes branquiales y neoplasias malignas fueron los diagnósticos definitivos más frecuentes, en un 58,3% por grupo. La extirpación total de la lesión se realizó en el 77% de la serie y con intención terapéutica en la mitad de la casuística. El procedimiento quirúrgico, previo una adecuada historia clínica, representa un instrumento apropiado para esclarecer el diagnóstico diferencial en los casos indeterminados.

PALABRAS CLAVE: masa cervical, diagnóstico quirúrgico diferencial

SURGICAL DIAGNOSIS OF CERVICAL MASS

SUMMARY

Forty eight patients underwent surgery as part of their diagnosis approach for neck mass. They divided in three histologic categories. Twelve for inflammatory pathology, other twelve for congenital pathology and twenty four neoplasms. The inflammatory and congenital were common below the forty ages, the neoplasms over these ages. The 83,3% of the masses were located in the anterior triangle. Scrofulas, congenital cysts and malignant neoplasms were

the most frequent diagnosis, in the 58,3% by category. The total removal of the lesion practiced in the 77% of the series and with therapeutic intention in the middle of the casuistic. The surgical intervention and the clinical history represented an appropriated stool to differential diagnosis in the indeterminate cases

KEY WORDS: cervical mass, differential surgical diagnosis

DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO DE LA MASA CERVICAL

INTRODUCCIÓN

La masa en el cuello representa un motivo común de consulta. Frecuentemente se asocian con procesos infecciosos que se resuelven en pocas semanas. Sin embargo, el diagnóstico diferencial puede ser complejo y se relacionan con causas inflamatorias, congénitas y neoplásicas ⁽¹⁾.

Se definen como bultos anormales en el cuello, aquellas mayores de 1,5 cms, firmes y fijas. Cuando crecen de manera progresiva se vinculan con lesiones neoplásicas. El retardo en el diagnostico puede condicionar un incremento de la morbilidad y mortalidad. La extirpación de una masa cervical en un adulto, sin las investigaciones necesarias para la identificación de un tumor primario es inapropiada ⁽²⁾.

La intrincada anatomía del cuello determina que el médico tratante confronte una amplia variedad de posibilidades. La comprensión de la ubicación de sus estructuras anatómicas es esencial para el diagnóstico diferencial de la masa cervical ⁽³⁾.

Una exhaustiva historia clínica y un cuidadoso examen físico pueden logran discernir las posibles causas. Datos específicos del interrogatorio y la exploración física ayudan a reducir las posibles causas, orientando en el tipo de exámenes paraclínicos a solicitar. La edad del paciente y la ubicación de la masa en el cuello poseen un valor predictivo sobre la etiología. Algunas patologías como las tiroideas y las de la cola de la parótida son constantes en su localización, poseen signos clínicos patognomónicos y estudios paraclínicos específicos como la punción con aguja fina ⁽⁴⁾.

La decisión quirúrgica viene motivada por la presencia de un diagnostico indeterminado con los estudios paraclínicos realizados, la sospecha de patología neoplásica maligna y para precisar la histología de las enfermedades linfoproliferativas. Las patologías congénitas, las litiasis y las neoplasias benignas son de resolución quirúrgica ⁽¹⁻⁵⁾.

El objetivo del presente trabajo es evaluar a los pacientes con diagnóstico de masa cervical sometidos a intervención quirúrgicos como parte del enfoque para determinar la etiología del bulto en el cuello.

PACIENTES Y MÉTODOS

En la cátedra servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas, el servicio de cirugía del Hospital Pérez de León 2 y el Hospital Ortopédico Infantil se realizó un estudio descriptivo y cuantitativo entre los años 2017 hasta mayo del 2020, de 48 pacientes con diagnóstico preoperatorio de masa cervical sometidos a intervención quirúrgica para determinar su etiología y poder ofrecerles tratamiento. Se distribuyeron de acuerdo al reporte final de anatomía patológica en tres grupos o categorías, a saber inflamatorio, congénito y neoplásico.

En toda la serie se analizaron el sexo, la edad, localización de las lesiones, métodos diagnósticos preoperatorios, procedimientos quirúrgicos realizados, incisiones efectuadas, morbilidad postoperatoria, reportes definitivos de anatomía patológica y su correlación con los estudios histológicos preoperatorios. Las distintas frecuencias fueron expresadas en número y porcentaje. Para enfocar el estudio en los diagnósticos más complejos que requirieron de resolución quirúrgica, se excluyeron las metástasis de primarios ubicados en el área de cabeza y cuellos reconocidos preoperatoriamente, los tumores de tiroides y las neoplasias de la cola de la parótida.

La localización fue precisada de acuerdo a los triángulos anatómicos que definen la región anterolateral del cuello. Se encuentran limitados arriba por el borde inferior de la mandíbula y la clavícula por abajo. El músculo esternocleidomastoideo los divide en un triángulo anterior, y en otro lateral o posterior. La línea media y el músculo trapecio representan los límites anterior y posterior de los espacios descritos respectivamente. La región submaxilar se encuentra contenida en el triángulo anterior; está ocupada por la glándula submaxilar y la rama marginal del nervio facial (Figura 1a) ^(3,6).

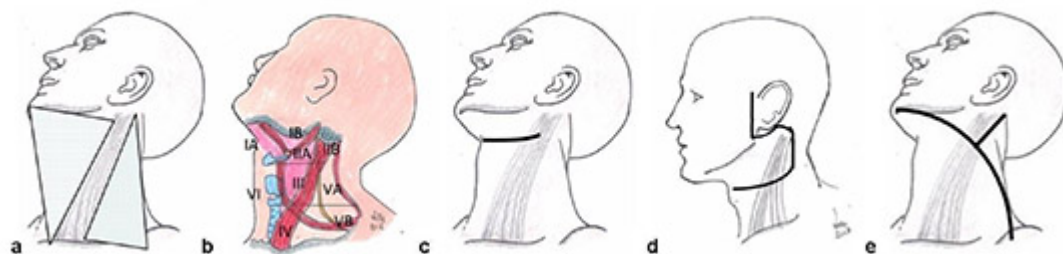


Figura 1. Esquemas de ubicación anatómica de las masas cervicales e incisiones quirúrgicas realizadas en el estudio. a) Triángulos cervicales anterior y posterior^(3,6). b) Sistema de clasificación por niveles ganglionares linfáticos cervicales del "Memorial Sloan-Kettering Cancer Center"⁽⁷⁾. c) Herida transversa ⁽⁸⁾. d) Incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable ⁽⁹⁾. e) Trazo de Conley ⁽¹⁾. Esquema propio de uno de los autores (JCVP).

RESULTADOS

Doce pacientes integraron el grupo inflamatorio, la misma cantidad el congénito, representando cada uno el 25% de la serie. La otra mitad de la casuística estuvo conformada por el neoplásico. La edad promedio según el orden de las categorías mencionadas fue 40 años, 26 años y 45 años respectivamente. El género femenino predominó en la inflamatoria y

en la congénita. No hubo diferencia en cuanto al sexo en la neoplásica.

El 83,3% de las masas de toda la casuística se ubicaron en el triángulo anterior. La región submaxilar estuvo comprometida en un tercio del grupo inflamatorio y el nivel I en un 37,5% del neoplásico. Un sexto de la serie presentó bultos en el triángulo lateral. Se realizaron estudios imagenológicos en todos los pacientes. La presencia de hallazgos en las masas cervicales de un tamaño mayor de 2cms, colección líquida, litiasis o infiltración a estructuras cercanas, determinaron la indicación quirúrgica para precisar la etiología. Un tercio de la casuística se acompañó de punciones de aguja fina o trucut. Casi un 44% de estos estudios histológicos preoperatorios fueron señalados como indeterminados, por lo que se decidió la realización de intervención operatoria. En todos los casos sospechosos de patología neoplásica se indicó la nasofibrolaringoscopia en búsqueda de lesiones primarias en la vía aérea digestiva.

El procedimiento quirúrgico más frecuente en todas las categorías fue la extirpación total de la masa en el 77% de la serie. El resto fueron biopsias incisionales por tratarse de adenopatías inflamatorias o neoplásicas, las cuales eran irresecables e infiltrantes a estructuras cercanas. Se realizaron submaxilectomías en un tercio de la categoría inflamatoria y en 37,5% de la neoplásica.

Tres pacientes del grupo inflamatorio presentaron material purulento dentro de la lesión. La mitad de la categoría congénita poseía antecedentes de infecciones cervicales profundas a repetición. La operación de Sistrunk se ejecutó en un tercio de este grupo por bultos en la línea media anterior.

Tres casos de la categoría tumoral del triángulo anterior se diagnosticaron preoperatoriamente con sospecha de metástasis de primario oculto, y se acompañaron de tomas de muestras en áreas sospechosas de la vía aérea digestiva superior. La incisión más comúnmente emplazada fue la transversa con 91,6%, seguido de la incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable en lesiones voluminosas, para facilitar la identificación del nervio facial. Se realizó un trazo quirúrgico de Conley en una de las linfadenectomías cervicales (8,9) (Figura 1c-e).

Escrófulas, quistes branquiales y neoplasias malignas fueron los diagnósticos definitivos más comunes, en un 58,3% por grupo (Figura 2a-e). En la categoría inflamatoria se constataron linfadenitis (16,6%), litiasis submaxilar (16,6%) y un tumor de Kuttner. Todas las operaciones de Sistrunk confirmaron la presencia de quistes tiroglosos; se intervino un timo ectópico.

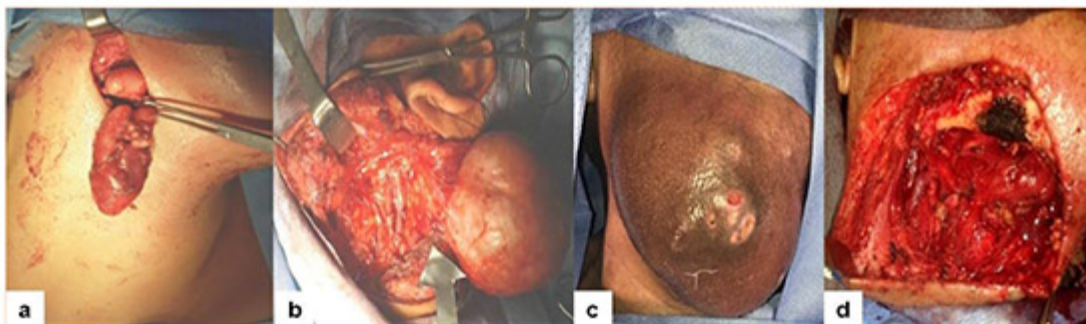


Figura 2. Masas cervicales extirpadas en el triángulo anterior. a) Adenopatía tuberculosa. b)

Quiste branquial. c-d) Carcinoma mucoescamoso de glándula submaxilar. Imágenes propias de uno de los autores (JCVP)..

Un cuarto del grupo neoplásico presentó adenomas pleomorficos de la glándula submaxilar, un sexto se relacionó con enfermedades linfoproliferativas en los niveles II y III (Figura 3 a-e). Tres pacientes fueron reportados con tumores malignos de la glándula submaxilar, dos carcinomas mucoescamosos y un adenoideo quístico. Estos últimos se acompañaron de disecciones cervicales por el tamaño tumoral o por la presencia de adenopatías.

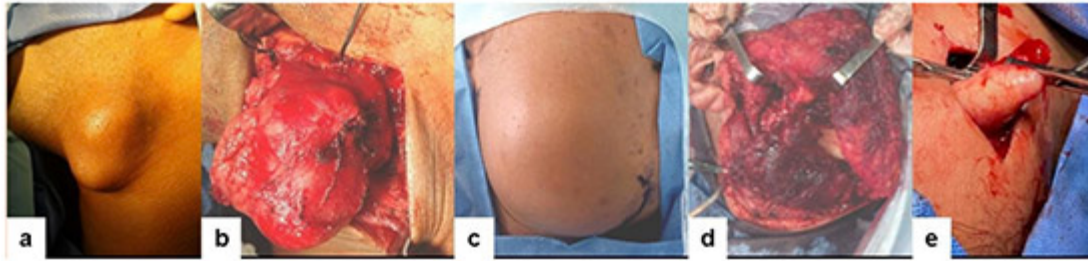


Figura 3. Neoplasias cervicales. a-b) Adenoma pleomorfico de glándula submaxilar. c-d) Linfoma No Hodgkin de grado intermedio en región submandibular. e) Linfoma de Hodgkin, variedad nodular esclerosante, en cadena yugular. Imágenes propias de uno de los autores (JCVP).

Las metástasis de primario desconocido fueron confirmadas como carcinomas escamosos y se distribuyeron en los niveles II y III; en dos se ubicó la neoplasia primaria en orofaringe. En un caso no fue localizada la lesión primaria y se clasificó según la clasificación TNM para primarios ocultos (10) , como etapa IV (TON3M0). Fueron reportados dos tumores de partes blandas en el triángulo anterior, un sarcoma irresecable y un lipoma.

En el triángulo posterior o nivel V se identificaron dos ganglios tuberculosos, dos linfomas, un condroma, un lipoma y un neurinoma. Otro enfermo presento metástasis de una neoplasia de células pequeñas de pulmón.

La mitad de los estudios histológicos preoperatorios se correlacionaron con el reporte definitivo de anatomía patológica, especialmente con los quistes branquiales y las neoplasias de la glándula submaxilar. Dos pacientes de la categoría neoplásica también confirmaron la presencia de tuberculosis. Todos los enfermos con tumores malignos fueron remitidos a tratamiento adyuvante.

Un paciente con una escrúfula extensa requirió la ejecución de una traqueotomía intraoperatoria por dificultades del anestesiólogo para asegurar la vía aérea. Una importante hemorragia transoperatoria durante el intento de extirpación del sarcoma, determino el ingreso del enfermo a la unidad de cuidados intensivos, para la reposición de las condiciones fisiológicas. Dos quistes branquiales recidivaron y fue necesario someterlos a reintervención. Las tres neoplasias malignas de la glándula submaxilar desarrollaron paresia temporal de la rama marginal del nervio facial. Cuatro adenopatías tuberculosas presentaron descarga crónica de material purulento, el cual remitió al iniciar el tratamiento médico correspondiente.

El procedimiento quirúrgico también fue terapéutico en la mitad de la casuística. La remoción en su totalidad de la masa cervical fue el tratamiento definitivo en las litiasis, en toda la categoría congénita, en las neoplasias de la glándula submaxilar y en los tumores benignos de partes

blandas.

DISCUSIÓN

Luís Razetti y Pablo Acosta Ortiz argumentaron varias posibilidades diagnósticas en la etiología de las masas cervicales, en pacientes intervenidos quirúrgicamente del Hospital Vargas de Caracas durante las dos primeras décadas del siglo pasado ⁽¹¹⁻¹³⁾. Alejandro Calvo Lairet y Francisco Montbrum indicaron la ejecución de vaciamientos ganglionares en pacientes con escrófulas ⁽¹⁴⁾. Jorge González Celis, Armando Márquez Reverón, Heredia & col. y Aure & col. señalaron la conducta a seguir ante un bulto cervical en distintos periodos de tiempo ⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

Una adecuada historia clínica puede guiar en el diagnóstico diferencial. La edad del enfermo es un dato primordial en la búsqueda de la etiología de la masa cervical. Determinados grupos etarios exhiben cierta frecuencia relativa de algunos tipos de nódulos en el cuello ⁽⁴⁾. Los quistes congénitos se presentan con más frecuencia en la edad pediátrica hasta el inicio de la edad adulta. Los casos inflamatorios son más comunes por debajo de los cuarenta años. Por encima de la última edad citada, se incrementan las neoplasias especialmente las malignas ^(5,18, 19). El promedio de edades por categorías de la serie se ajustó a lo descrito en la literatura consultada.

La localización es la segunda variable que es particularmente importante en el diagnóstico diferencial. Las lesiones congénitas son bastante constantes en su ubicación. En lo que concierne a las neoplasias, su posición es importante tanto diagnóstica como pronóstica. El carcinoma de mucosa cervicofacial y la enfermedad inflamatoria sigue una diseminación linfática ordenada ⁽⁴⁻⁶⁾. La presencia de una masa en la cadena ganglionar linfática puede ser la clave para identificar un tumor primario o el sitio de infección, lo que permite diferenciar el tipo de masa cervical ^(7,20).

Las posibilidades diagnósticas del triángulo anterior son más amplias que las del triángulo posterior, esto obedece a la ubicación constante de patologías congénitas quísticas como los tiroglosos en la línea media y los branquiales a todo lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. La presencia de las glándulas salivales y un mayor número de grupos ganglionares determinan la aparición de procesos inflamatorios frecuentes como las linfadenitis, granulomatosis, sialoadenitis y neoplasias primarias o metastásicas ^(3,4,7).

Las lesiones congénitas son poco comunes en el triángulo lateral. Los linfomas, neurinomas y las metástasis de primario infraclavicular son frecuentes en este espacio ⁽⁵⁾. En el presente estudio se constató que la mayor parte de los tumores cervicales de causa específica se presentan en localizaciones bastante predecibles dentro de grupos de edad característicos. Esto permite un método sistemático para establecer el diagnóstico diferencial. Cada caso debe ser valorado de manera individual ⁽⁴⁾.

Los estudios imagenológicos como el ultrasonido y la tomografía permiten diferenciar entre

masas sólidas, líquidas y vasculares, así como la contigüidad a estructuras vitales. Algunas pruebas serológicas determinan la presencia de enfermedades infecciosas ⁽¹⁻³⁾. El ultrasonido es útil para ayudar a diferenciar masas sólidas de quísticas. Es de especial utilidad para distinguir quistes congénitos de ganglios linfáticos o de tumores glandulares sólidos que se presentan en las mismas localizaciones, como la cadena cervical superior, la línea media anterior y el área submandibular. La tomografía computarizada se ha convertido en la prueba no intervencionista individual más útil en los casos difíciles de diagnosticar. Establece la localización dentro de un grupo de ganglios o una glándula; delimita la vascularidad al usar contraste endovenoso. Los cambios de lucidez dentro de los ganglios, el tamaño mayor de 1,5cm y la pérdida de nitidez de los bordes ganglionares son signos útiles para el diagnóstico del carcinoma metastásico dentro de las adenopatías ⁽⁴⁻⁶⁾.

La punción con aguja fina guiado por ecasonografía simboliza un paso fundamental en el diagnóstico histológico de la masa, pero su especificidad dependerá de la experiencia del patólogo. Permite diferenciar entre una masa quística de una inflamatoria, y una neoplasia benigna de una maligna. La aspiración del contenido en los quistes congénitos, da un líquido lechoso que contiene con frecuencia cristales de colesterol. Es el estudio de elección para las neoplasias de las glándulas salivales y las metástasis de carcinoma escamoso ^(1,3,21,22). Aunque la punción es sugestiva del linfoma, la biopsia es el estudio ideal para su diagnóstico ⁽⁵⁾. El ganglio linfático debería ser removido en su totalidad, manteniendo en lo posible la capsula intacta para facilitar su categorización ⁽²³⁾. Para los tumores de partes blandas también es necesario un núcleo de tejido representativo ^(5,24).

La crisis económica y del transporte público ocasiona dificultades para procesar los estudios histológicos preoperatorios y para el traslado de las muestras, cerrando las posibilidades para precisar la etiología de las masas cervicales. Esto determinó la ejecución en ocasiones de procedimientos quirúrgicos diagnósticos y terapéuticos, sustentados solo en una apropiada historia clínica y en algún único estudio imagenológico. Representando una alternativa que evitó la demora, especialmente en casos sospechosos de neoplasias ⁽²⁵⁾. Esta situación fue especialmente evidente en la cuarentena por la covid 19.

Las masas cervicales asociadas a procesos inflamatorios e infecciosos son las causas más frecuentes en niños y adultos. Se asocian con síntomas agudos y con procesos infecciosos de la vía aérea superior. Las vías linfáticas determinan la presencia de linfadenitis reactivas por el drenaje de procesos sépticos de la cara y de la vía aérea digestiva superior. Estos nódulos pueden ser necróticos y poseer contenido fluido. Usualmente se resuelven espontáneamente con tratamiento médico, raramente es necesario extirparlos. La persistencia después de varias semanas es la principal indicación quirúrgica ⁽⁵⁾.

Las adenopatías cervicales secundarias a infecciones por tuberculosis ocurren hasta en un 80% a 90% de pacientes sin patología pulmonar. La prueba cutánea de derivado proteico purificado (PPD) puede resultar positiva en un 74% a 96% de los enfermos. Sin embargo, no provee suficiente evidencia para hacer el diagnóstico de infección mycobacteriana cervical; es necesario identificar el bacilo en un cultivo o muestra de tejido. La biopsia permite además descartar otras patologías, dos pacientes de la categoría neoplásica se asociaron con

tuberculosis de cuello y recibieron tratamiento adicional contra el bacilo de Koch ^(26,27) .

Aunque Aure & col. indicaron a finales de los años setenta, la ausencia de escrófulas en su evaluación de masas cervicales en el Hospital Universitario de Caracas ⁽¹⁸⁾ . El número de pacientes con diagnóstico de tuberculosis se ha incrementado en el periodo de tiempo evaluado respecto a años anteriores (Grafico 1). La grave situación sanitaria ha determinado un importante incremento de esta patología en el país ⁽²⁵⁾ .

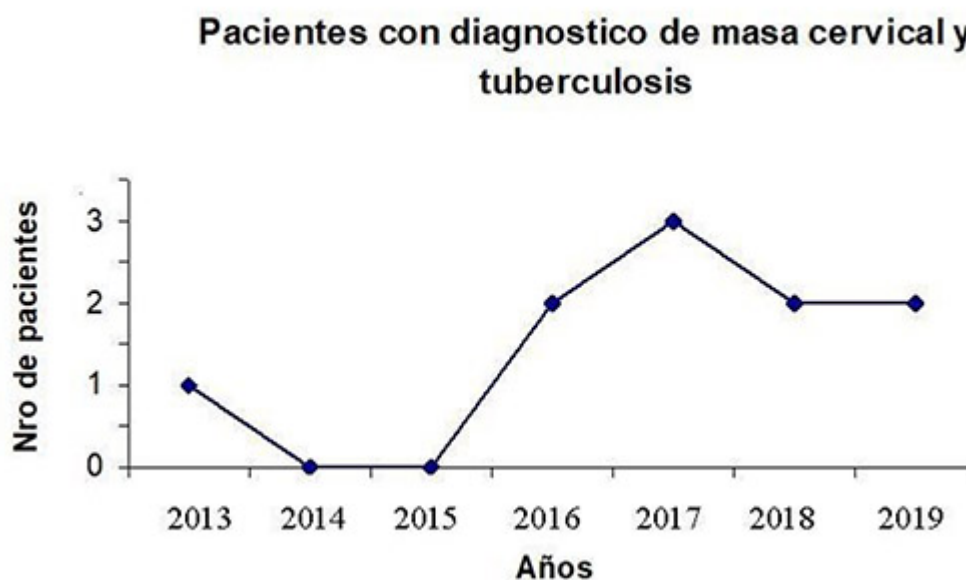


Grafico 1. Incremento de los casos de masa cervical asociados a tuberculosis sometidos a intervención quirúrgica como parte de su esquema de diagnóstico. Gráfico propio de uno de los autores (JCVP).

La obstrucción mecánica por litiasis del conducto de Wharton ocasiona la aparición de episodios repetidos de inflamación de la glándula submandibular. La persistencia y la frecuencia de los ataques determinan la necesidad de ejecución de procedimientos como la submaxilectomía a través de una herida quirúrgica transversa ⁽²⁸⁾ . Según varias instituciones venezolanas, la inflamación crónica por litiasis seria la indicación quirúrgica más frecuente por patología inflamatoria en glándulas salivales y su diagnóstico diferencial más frecuente seria con las infecciones ^(15,29-31) .

El tumor de Kuttner o sialoadenitis crónica esclerosante es una lesión pseudotumoral benigna, descrita por primera vez por el cirujano polaco Hermann Kuttner en 1896. Afecta predominantemente a las glándulas salivales submaxilares, se presenta como una masa indolora de lento crecimiento acompañada en ocasiones de dolor al deglutir. Es una entidad poco reconocida y erróneamente diagnosticada como otros procesos inflamatorios o neoplásicos. Histológicamente se caracteriza por fibrosis y dilatación de los conductos por infiltrado polimorfo T y B policlonal ⁽³²⁾ . La extirpación de la glándula puede ser diagnóstica y terapéutica ⁽³³⁾ .

R. Hunczowski describió los quistes y las fístulas branquiales por primera vez en 1789. La interpretación de una serie de estudios embriológicos, permitieron precisar la etiología de este tipo de patología a H. Meyer. Su desarrollo se asoció con la falta del cierre del ducto faríngeo del segundo arco branquial. Las anormalidades congénitas por debajo del hueso hioides estarían comunicadas con la faringe ⁽¹⁴⁾.

A principios de la década de los años veinte del siglo pasado, Walter Sistrunk diseñó su intervención para la extirpación del quiste tirogloso, sustentado en la comprensión del descenso de la glándula tiroides desde la base de la lengua hasta su posición definitiva, durante la etapa embriológica ⁽³⁴⁾.

Los quistes tiroglosos son estructuras de la línea media anterior del cuello. Los branquiales se observan a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Ambas patologías suelen aparecer después de una infección de vías respiratorias altas ^(5,17). El tratamiento contempla la ejecución de incisiones transversas sobre el bulto y su extirpación completa, incluido el trayecto fistuloso hasta la base de la lengua en el primero y la faringe en el segundo ⁽³⁾.

Desde 1957 hasta finales de los setenta, Bernardo Guzmán, Carlos Hernández, Heredia & col., y Aure & col. señalaron hasta treinta casos de fístulas y quistes tiroglosos, sometidos a intervención quirúrgica en varios centros capitalinos. Indicaron el alto número de recidivas posterior a cirugías incompletas, así como el valor de un procedimiento apropiado que incluya el trayecto fistuloso hasta la base de la lengua, según lo indicado por Walter Sistrunk ^(17,18,35,36).

El timo ectópico se presenta como un quiste residual en el trayecto embriológico del tercer saco branquial durante su descenso al mediastino. El diagnóstico se establece con la confirmación histológica posterior a su extirpación total ⁽⁵⁾. Todas las consideraciones relacionadas con la patología congénita se evidenciaron en la actual casuística.

Un cuarto de la categoría congénita presentó varios episodios de infecciones cervicales. La crisis social y económica ocasionó una disminución progresiva de los turnos quirúrgicos electivos para la resolución definitiva de los quistes congénitos, en la Cátedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas a partir del 2012. Esto coincidió con la aparición de abscesos cervicales extensos como complicación por sobreinfección de los quistes ⁽¹⁴⁾ (Grafico 2).

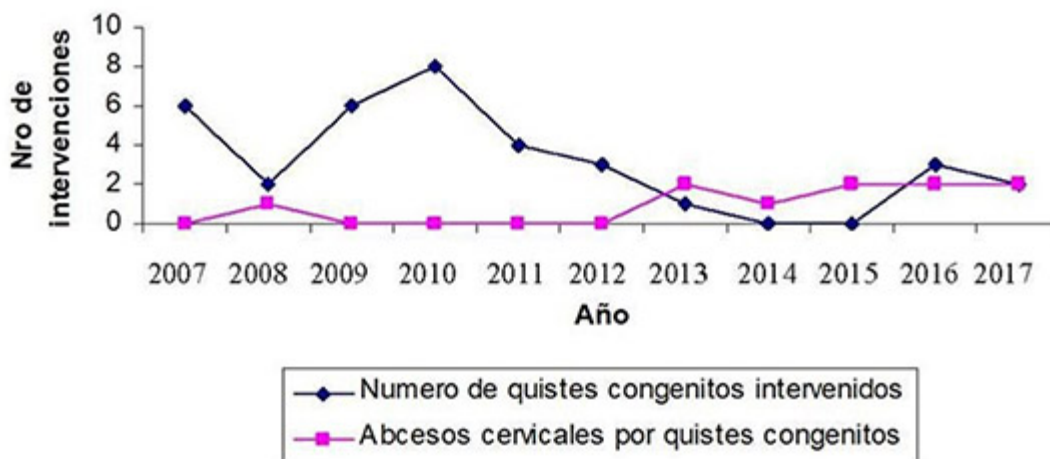


Gráfico 2. Intervenciones quirúrgicas por quistes congénitos y drenaje operatorio de abscesos cervicales extensos por patología quística sobreinfectada. Gráfico propio del autor (JCVP).

Los linfomas son un grupo heterogéneo de enfermedades linfoproliferativas y se clasifican como Hodgkin y no Hodgkin. Usualmente se presentan como masas indoloras de crecimiento progresivo. Ambos se dividen en subtipos, que determinan el pronóstico y el tipo de tratamiento. El primero presenta un pico de incidencia en la sexta década de la vida, involucra los ganglios linfáticos y la variedad nodular esclerosante es la más común. El promedio de la segunda se ubica en 42 años y frecuentemente es extraganglionar. Los de grado intermedio son los más frecuentes ^(19,24).

La literatura internacional y varias instituciones venezolanas coinciden en que la glándula submandibular posee una mayor frecuencia de neoplasias malignas que en la parótida, representando el carcinoma mucoepidermoide y el adenoideo quístico los más comunes. El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más usual. El tratamiento quirúrgico es recomendado para todos los tipos histológicos. Las disecciones cervicales estarían indicadas de acuerdo al tamaño tumoral, grado de diferenciación o por presencia de adenopatías (30,31,37-42). Bernardo Guzmán Blanco señaló la contigüidad de los grupos ganglionares como un justificativo para las linfadenectomías de cuello ⁽²⁹⁾.

La incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable surgió como un trazo para la extirpación de neoplasias parotídeas y de conducto auditivo externo, que requerían algún tipo de disección cervical, sin embargo su uso para la identificación de la rama marginal del nervio facial resultó apropiada en las lesiones voluminosas de la región submandibular ⁽⁹⁾.

Los tumores de partes blandas provienen del tejido mesenquimal. Se distribuyen en benignos y malignos de acuerdo al grado de diferenciación. Los lipomas y neurofibromas se encuentran entre los más frecuentes en el área de cabeza y cuello ⁽²³⁾. El último tipo histológico señalado representó uno de los más frecuentes, en un reciente estudio nacional. El tratamiento quirúrgico implica la exéresis local amplia ⁽⁴³⁾.

El carcinoma escamoso es la lesión metastásica del cuello más común. La exploración en quirófano es necesaria si el examen físico, los estudios de imágenes o endoscópicos no

evidencian el sitio del tumor primario. La ubicación de la adenopatía dirigirá al cirujano en la búsqueda de las áreas sospechosas. La localización en zona II corresponde a la orofaringe y la supraclavicular en sitios como el tórax o abdomen ⁽³⁾.

El retardo en la disponibilidad de los turnos quirúrgicos ocasiona la realización de procedimientos quirúrgicos complejos en masas voluminosas que ocasionan la aparición de varias complicaciones durante y después de la intervención ⁽¹⁴⁾. La morbilidad descrita en la serie se asoció a este aspecto.

Conclusión: La mayor parte de los tumores cervicales de causa específica se presentan en localizaciones bastante predecibles dentro de grupos de edad característicos. Esto permite un método sistemático para establecer el diagnóstico diferencial. La presencia de numerosas estructuras anatómicas en el triángulo anterior determina un mayor número de posibilidades diagnósticas. El procedimiento quirúrgico, previo una adecuada historia clínica, representa un instrumento apropiado para esclarecer el diagnóstico diferencial en los casos indeterminados.

Agradecimientos: a la Lic. Mary Cruz Lema de Valls y al personal de la biblioteca del Centro Médico de Caracas por su colaboración en la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvi A, Johnson J. The neck mass. Post Med. 1995; 97 (5): 87-97.
2. Armstrong W, Giglio M. Is this lump in th neck anyting to worry about?. Post Med. 1998; 10(3): 63-78.
3. Lin D, Deschler D. Neck masses. En: Diagnóstico y tratamiento en otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello. Editor: Anil Lalwani. Manual moderno. 2004: 413-423.
4. Mc Guirt F. Tumores cervicales. Clin Med N Am. 1999; 1: 221-236.
5. Nugent A, El-Deiry M. Differential diagnosis of neck masses. En: Cummings of otolaryngology head and neck surgery. Editor: Flint P, Haughey B. Sixth edition 2015. Saunders; Vol I:1767-1772.
6. Rosenberg T, Brown J, Jefferson G. Evaluating the adult patient with a neck mass. Med Clin N Am. 2010; 94: 1017-1029.
7. Kepal N Patel. Neck Dissection: Past, Present, Future. Surg Oncol Clin North Am.2005; 14: 461-477.
8. Valls J, Lema MC. Historia de las incisiones cervicofaciales en cirugía oncológica. Rev Soc Ven Hist Med. 2018;> 57.
9. Valls JC. Incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable. Vitae Academia Biomédica Digital. 2017; 72 (Octubre-Diciembre).
10. Lugo J. Metástasis cervical de primario desconocido de cabeza y cuello. Fundacáncer. Sociedad Venezolana de radioterapia oncológica. 2000; 3: 30-38.
11. Razetti L. Lecciones y notas de cirugía clínica. Caracas: Imprenta Nacional; 1917,p93-195.
12. Acosta Ortiz P. Lecciones de clínica quirúrgica. Caracas.Tipografía el Cojo;1911.
13. Razetti L. 1000 operaciones ejecutadas en el servicio de clínica quirúrgica del Hospital Vargas. Gac Med Car. 1918; XXV (9):89.
14. Valls J. Desarrollo de la cirugía de cabeza y cuello en Venezuela. Gac Med Caracas. 2020;

- 128 (2): 159-178.
15. González Celis J. Cirugía del cáncer del cuello. Ciclo de conferencias de cáncer. Soc Ven Cir. 1953:7-14.
 16. Márquez Reverón A. Conducta a seguir ante una adenopatía cervical. Gac Med Car. 1976; 84; 4-6: 297-305.
 17. Heredia J, Grippa F. Tumores de Cuello y Glándulas Salivares. Bol Soc Ven Cir 1972; 26(128):973-983.
 18. Aure C, Mederos N, Rodríguez D, Arevalo G. Tumores de la región del cuello. Bol Hosp Univ Car. 1978; 14(2): 116-128.
 19. Idrogo L, Bustamante L, Leguía J. Perfil epidemiológico clínico y anatomopatológico de pacientes adultos con diagnóstico de linfoma. Rev Ven Oncol. 2020;32 (3): 151-159.
 20. Fish U, Sigel M. Cervical lymphatic system. Ann Oto Rhin Lar. 1964; 73 (4): 869-882.
 21. Donis I, Malave H, Hung R. Biopsia de ganglio linfático. Rev Ven Onc. 1998; 10 (3) : 91- 98.
 22. Lalsie R, Mijares Alirio. Evaluación de la citología por punción-aspiración con aguja fina en lesiones de las glándulas salivales mayores. Rev Venez Oncol. 2004;16(1):3-15.
 23. Rodríguez M, Hong W. Diagnosis and management of lymphomas in head and neck. In: Myers/Suen. Cancer of the head and neck. 3er Edition. Philadelphia. W.B. Saunders. 1996. 670-678.
 24. Shah J, Patel S. Tumores de partes blandas. En: Shah J, editor. Cirugía oncológica de cabeza y cuello. 3era edic. Elsevier; Madrid: 2004. p 511-547.
 25. Ponce D. Catástrofe de la salud venezolana. Gac Med Car. 2019; 127(1): 1-4.
 26. Munck K. Mycobacterial infections of the head and neck. Otolaryngol Clin N Am. 2003; 36: 569-576.
 27. Mattei R, Díaz A, Bello M. Manifestaciones otorrinolaringológicas de las enfermedades granulomatosas. Experiencia en el HUC. Acta de ORL & Cirugía de cabeza y cuello. 1998; 26 (1): 19-25.
 28. Mark W. Sialolitiasis. Clin Quito N Am. 1999 ; 5 :763-776.
 29. Guzmán B. Afecciones de las glándulas salivares. Rev Cent Med Car. 1955; 5: 19-33.
 30. Vargas P, Gonzalez A. Patología Salival. Bol Soc Ven Cir 1971; 25(1):7-26.
 31. Carrasco J, Luongo J. Tumores de las glándulas salivares submaxilar y sublingual. Arch Hosp Vargas. 1975; XVII (1-2): 91-110.
 32. Martínez N, Baquera J, Sánchez R. Tumor de Kuttner. Estudio clinicopatológico. Acta ORL Esp. 2007; 58(1). 25-30.
 33. Aydın u, Karakoc O, Aíslan F. Kuttner's Tumor of bilateral submandibular. J Oto Ent Res. 2015; 2 (2): 14.
 34. Sistrunk W. The surgical treatment of cysts of the thyroglossal tract. Ann Surg. 1920; 71:121-124.
 35. Guzmán B. Tratamiento de los quistes tiroglosos. Gac Med Car. 1957; LXIV: 9-24.
 36. Hernández C. Tratamiento de los quistes y fístulas del conducto tirogloso. Bol Soc Ven Cir. 1965; XIX (Agosto): 657-665.
 37. Saade R, Bell D. Benign Neoplasms of the Salivary Glands. In: Flint P, Robbins Th. Editors. Cumings Otolaryngology. Head and Neck Surgery. 6ta edition. Elsevier Saunder, 2015; 86: 1238-1257.
 38. Sunwoo J, Tomeh Ch. Malignant Neoplasms of the Salivary Glands. In: Flint P, Robbins Th. Editors. Cumings Otolaryngology. Head and Neck Surgery. 6ta edition. Elsevier

Saunders, 2015; 87:1258-1280.

39. Westra W. Patología quirúrgica de las neoplasias de las glándulas salivales. *Clín Otorr N Am* 1999; 5: 851-872.
40. Osechas N. Tumores de glándulas salivales. *Acta Onc Ven*. 1987; 20(3): 17-50.
41. Henríquez M, Barazarte P, Beuses M. Adenoma pleomórfico de las glándulas salivales. *Rev Soc Ven Hosp Perez de Leon*. 1991; XXV(3): 105-114.
42. García S, Rodríguez M, Vargas S, Sano R, Cedeño S. Patología tumoral de glándulas salivales mayores. *Acta ORL*. 2000; 12(2): 71-76.
43. Valls J, Vaamonde M, Estrano L, Scoglio G, Lacle J. Tumores de partes blandas en cabeza y cuello. *Rev Fac Medicina*. 2020; 43 (2).