

Diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas cervicales.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Celia Borrego González, Pedro Seguí Azpilcueta

Objetivos Docentes

Conocer el aspecto ecográfico de las distintas lesiones quísticas cervicales.

Diferenciar los quistes cervicales de otras patologías cervicales que simulan una lesión de naturaleza quística.

Revisión del tema

Las lesiones quísticas cervicales se caracterizan por ser patologías poco frecuentes. Existen dos tipos de lesiones fundamentalmente, las congénitas y las adquiridas (Fig.1). La mayoría de las lesiones congénitas se observan en la edad pediátrica y los primeros años de la adolescencia, y para diagnosticarlas es importante conocer la embriología y la anatomía de cada región cervical. Las lesiones adquiridas son un grupo más heterogéneo de las que forman parte las patologías inflamatorias y neoplásicas, siendo, en general, más frecuentes en adultos.

El diagnóstico diferencial se basa sobre todo en el examen físico del paciente y de la localización anatómica de la lesión.

Después de la exploración física, existen diferentes pruebas diagnósticas para evaluar este tipo de patologías como son el ultrasonido, tomografía computarizada y la resonancia magnética.

El ultrasonido es un excelente método diagnóstico de primera línea, ya que no sólo es capaz de evaluar las lesiones cervicales sino que también permite la punción aspiración con aguja fina (PAAF) para un posterior estudio citológico. Es importante conocer que muchos de los quistes cervicales pueden tener hallazgos similares. Tanto los quistes carcinoma epidermoide muy bien diferenciados pueden dar una citología similar (con contenido de quiste con escamas maduras) y solo una adecuada correlación con los hallazgos radiológicos o el análisis histológico de la pieza completa puede llevar al diagnóstico definitivo.

Para valorar una masa quística cervical y establecer un diagnóstico diferencial, es importante tener en cuenta (Fig. 2):

- La edad del paciente. Nos aportará información para orientarnos si es más probable un quiste congénito, de etiología inflamatoria o tumoral, según la edad del paciente.

- La localización anatómica del quiste. Es uno de los puntos más relevantes porque se pueden excluir múltiples lesiones quísticas solo con este dato.
- La historia clínica del paciente. Es importante indagar en los antecedentes personales de todos los pacientes, sobre todo en los adultos, porque pueden existir datos relevantes como una exposición a un agente infeccioso o tumores previos, entre otros.
- La naturaleza o aspecto del quiste, así como, la afectación de estructuras adyacentes al mismo. Lo evaluamos mediante las diferentes pruebas complementarias.

Quiste de inclusión.

Es una lesión quística resultante de la inclusión de restos epidérmicos en la dermis.

Las localizaciones más frecuentes son en el espacio submandibular, sublingual y en línea media del cuello.

Más frecuentes entre la segunda o tercera décadas de la vida.

Existen dos tipos, que son el dermoide y el epidermoide.

- Quiste dermoide (Fig.3): Se encuentran revestidos por epitelio escamoso sobre una estructura dérmica, compuestos de materia grasa, líquido de densidad mixta o calcificaciones, y pueden contener pelos, folículos pilosos o glándulas sebáceas. Solo el 7% de los quistes de inclusión dermoide se encuentran en el cuello. Suelen aparecer en la línea media y a diferencia del quiste de conducto tirogloso no tienen relación con el hueso hioides y no se mueven al tragar. En la ecografía cervical se visualizan bien delimitados que presentan ecos internos mixtos de grasa en su interior. Se pueden visualizar focos de mayor ecogenicidad con sombreado denso si existen calcificaciones. Alrededor del 5% de los quistes dermoides presentan una degeneración maligna (carcinoma de células escamosas).
- Quiste epidermoide (Fig. 4 y 5): Menos frecuente que el dermoide en el cuello. Se trata de una masa quística bien delimitada con contenido líquido únicamente, revestido solamente de epitelio escamoso. Con frecuencia presentan un aspecto seudosólido o heterogéneo con ecos internos uniformes a causa del material acelular (queratina) dentro del quiste. Son difíciles de diferenciar de la ránula cuando se localizan en el suelo de la boca.

Ránula.

Es el resultado de la obstrucción de una glándula sublingual o, menos frecuentemente, de una glándula salival menor, en el espacio sublingual, formándose un quiste de retención mucosa. Surgen de forma espontánea o tras un traumatismo en el suelo de la boca, incluyendo la cirugía.

Es más frecuente en la edad pediátrica, aunque existe un pico a los 30 años, ligeramente más frecuente en hombres.

Se clasifican en dos tipos: simple y profunda

- Ránula simple (Fig.6). Afecta a la glándula sublingual, y por lo tanto, se encuentra ubicada en el espacio sublingual (ESL) localizado por encima del músculo milohioideo. Se trata de un verdadero quiste con un revestimiento epitelial. Su tamaño suele ser menor de 3 cm al estar limitada por ESL. Se observa como una lesión hipoeoica, unilocular, con una pared fina y morfología ovoide y lenticular. En ocasiones presenta ecos internos finos en su interior por infecciones previas. Se puede extender al ESL contralateral generando una imagen en herradura.
- Ránula profunda (Fig. 7). Es un pseudoquiste ya que no está revestido por epitelio. Consiste en una extravasación o rotura de la ránula simple a través de las fibras o defecto del músculo milohioideo, extendiéndose del espacio sublingual al submandibular. Es característico el signo de la cola (porción colapsada en el ESL).

Quieste del conducto tirogloso (Fig. 8 y 9).

Constituye la lesión cervical congénita más frecuente en los niños (70%) y la segunda masa cervical benigna tras la linfadenopatía. El 90% de los quistes se dan en menores de 10 años.

Se trata de un vestigio del conducto tirogloso debido a la falta de obliteración del mismo durante el desarrollo, localizándose entre el agujero ciego en la base de la lengua y el lecho tiroideo.

Entre el 50-60% de los casos se encuentra adyacente al hueso hioides, un 20-25% en la línea media del cuello suprahioides y un 25% cuello infrahioides (línea media o paramedia). En el 75% de los casos se encuentra en la línea media cervical.

Del 15 al 34 % de los casos pueden tener asociada una fístula.

Se trata de una lesión anecoica de pared fina, homogénea y con refuerzo acústico posterior localizada en la línea media anterior del cuello. A veces presentan ecos internos por hemorragia o infección, generando un aspecto seudosólido.

Quieste branquial.

El aparato branquial incluyen 6 arcos branquiales (mesodermo) interconectados por 4 hendiduras branquiales (ectodermo) y 4 bolsas branquiales (endodermo) que se visualizan al final de cuarta semana de vida embrionaria. La obliteración incompleta de estas estructuras puede conducir a respectivos remanentes branquiales como el quiste aislado (el más común), fístulas o senos (raro)

El 95% de las anomalías branquiales se localizan en el 2º arco branquial, siendo lo más frecuentes los quistes.

Se caracterizan por ser lesiones bien definidas y homogéneas, hipo/anecoicas o incluso ecogénicas por su contenido denso interno (queratina). Es importante valorar la ausencia de vascularización mediante el Doppler-color, para establecer un diagnóstico diferencial con otras lesiones.

Quieste del primer arco (Fig.10).

Quieste congénito y benigno localizado en o adyacente a la glándula parótida, conducto auditivo externo (CAE) o pabellón auricular.

Es más frecuente en niños menores 10 años y representan el 5-8% de las anomalías de los arcos branquiales.

Existen dos tipos:

Tipo I de Work: Localización periauricular (anterior, inferior o posterior al pabellón auricular) y consiste en una duplicación del conducto auditivo externo (CAE) membranoso.

Tipo II de Work: Localizado en la glándula parotídea o medial/lateral al nervio facial (periparotídeo), extendiéndose desde el CAE hasta el ángulo de la mandíbula. Consiste en una duplicación del CAE membranoso y pabellón auricular cartilaginoso.

Quieste del segundo arco (Fig. 11 y 12).

Vestigio quístico debido a la persistencia del seno cervical de His.

La mayoría se diagnostican en menores de 5 años, aunque existe un pico en la 2ª-3ª décadas.

Consiste en una masa cervical quística posterolateral a la glándula submandibular, lateral a espacio carotídeo y anteromedial al músculo esternocleidomastoideo (ECM) (Fig. 10).

Se clasifican en cuatro tipos (Clasificación de Bailey). El tipo I se localiza superficial al margen anterior del músculo ECM. El tipo II (clásico), es el más común y se encuentra anteromedial al músculo esternocleidomastoideo, lateral al espacio carotídeo, y posterior a la glándula submandibular. El tipo III se ubica entre las arterias carótidas interna y externa. Y el tipo IV son lesiones adyacentes a la pared faríngea lateral.

Quieste del tercer y cuarto arco.

Ambos son poco frecuentes, existiendo pocos casos en la literatura.

El quiste del tercer arco se localiza en el espacio cervical posterosuperior, desplazando lateralmente al músculo ECM. Se presentan con mayor frecuencia en la edad adulta y se asocian a una historia de infecciones y abscesos.

El quiste del cuarto arco (Fig.13) se localiza desde el vértice de la fosa piriforme hasta un lóbulo tiroideo, siendo lo más comunes en la cara superior del lóbulo tiroideo izquierdo. En algunos casos pueden aparecer localizados inferiormente a los vasos del cuarto arco (cayado de la aorta o de la arteria subclavia derecha). Son más frecuentes los senos y fistulas que los propios quistes, y la mayoría se diagnostican en lactantes y niños pequeños.

A veces es difícil de distinguir el quiste del tercer y del cuarto arco branquial puesto que ambos se relacionan con el seno piriforme. Para diferenciarlos se tiene que observar su relación con el nervio laríngeo superior, porque los que son de origen del tercer arco se encuentran por encima del nervio y los del cuarto se encuentran por debajo del mismo.

Ganglios linfáticos supurativos /absceso cervical (Fig. 14 y 15).

El absceso cervical es una lesión que puede tener múltiples orígenes clasificándose, según su localización, en infecciones infra o suprahioideas.

Una de las causas es la adenopatía supurada que se puede localizar en cualquiera de los grupos ganglionares de la cabeza y el cuello, aunque con mayor frecuencia afecta a los yugulodigástricos, submandibulares, retrofaríngeos, uni o bilaterales.

Se tratan de ganglios aumentados de tamaño o una confluencia de ganglios de morfología redondeada con cambios quísticos en su interior y bordes mal definidos. Se asocia a afectación inflamatoria del tejido adyacente.

Ecográficamente se observan hipoecoicos cuya cortical se encuentra con ecogenicidad aumentada e hipertrofiada presentando en su interior zonas anecoicas con refuerzo acústico posterior. Se observa un aumento de la vascularización periférica y de los tejidos adyacentes con el Doppler-color.

Los agentes más frecuentes son *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus* del grupo A.

Linfadenitis tuberculosa (Fig.16 y 17).

Consiste en un conglomerado de ganglios linfáticos que presenta un área de necrosis central y una periferia engrosada e irregular, asociado a afectación inflamatoria de los tejidos adyacentes.

El agente causante es *M. tuberculosis* y es una causa frecuente de linfadenitis periférica en países industrializados debido principalmente al incremento de la inmigración, de las drogas inmunosupresoras y del SIDA.

Afecta con mayor frecuencia a niños y adultos jóvenes (11-30 años de edad).

Los ganglios más frecuentemente afectados en la linfadenitis tuberculosa son los cervicales, con predilección por los del ángulo posterior del cuello y yugulares bajos. Es característico que se traten de ganglios indoloros.

Presenta un aspecto totalmente quístico o necrótico (aneocoico o hipoecoico) con afectación inflamatoria de los tejidos blandos adyacentes, aunque en menor medida que en la linfadenitis supurada. En ocasiones puede tener calcificaciones en su interior. Tienen una vascularización prominente pero en algunos casos se observa una ausencia de la misma y simular una lesión maligna.

Ganglio quístico metastásico (Fig. 18-22).

Los más frecuentes son procedentes del carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello y papilar de tiroides, por ello es importante tener en cuenta los antecedentes del paciente.

Ganglios aumentados de tamaño con necrosis quística intraganglionar. En la ecografía se observa una zona verdaderamente quística o un área central hipoecoica mal definida acompañada de un componente sólido excéntrico. Las áreas sólidas periféricas presentan vascularización Doppler de aspecto caótico.

El carcinoma papilar de tiroides suelen mostrar grandes áreas quísticas separados por septos. E

componente sólido se acompaña frecuentemente de calcificaciones puntiformes y de vascularización interna.

Linfangioma o higroma quístico (Fig. 23 y 24).

Son malformaciones de tipo linfático siendo el higroma quístico el más común de los linfangiomas.

Del 75 al 80% se encuentran en cualquier localización de la cabeza y cuello, siendo en el espacio cervical posterior el lugar más común si afecta al cuello infrahioideo, y el espacio masticador/submandibular si afecta al cuello suprahioideo. A menudo se encuentra en múltiples espacios anatómicos contiguos (transespacial) sin respetar planos fasciales.

El 80- 90% se diagnostican antes de los dos años de edad.

Consiste en una masa quística, frecuentemente multilocular, hipo o anecoica con pared imperceptible con niveles líquido-líquido en su interior (por hemorragia o infección previa), localizada entre los vasos y estructuras del cuello. Los septos pueden presentar vascularización al estudiarse con el Doppler-color.

Imágenes en esta sección:

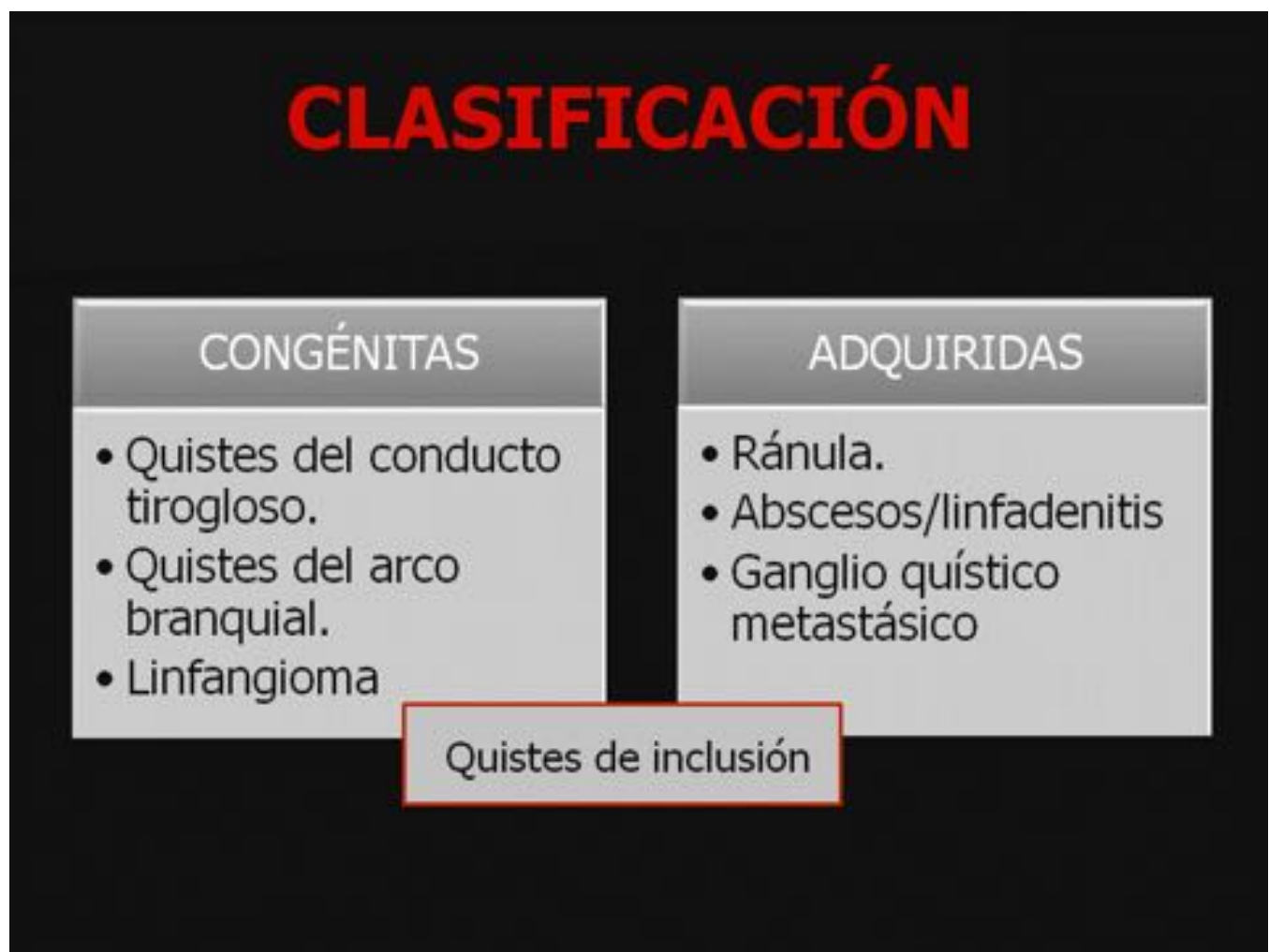


Fig. 1: Clasificación de las lesiones quísticas cervicales.

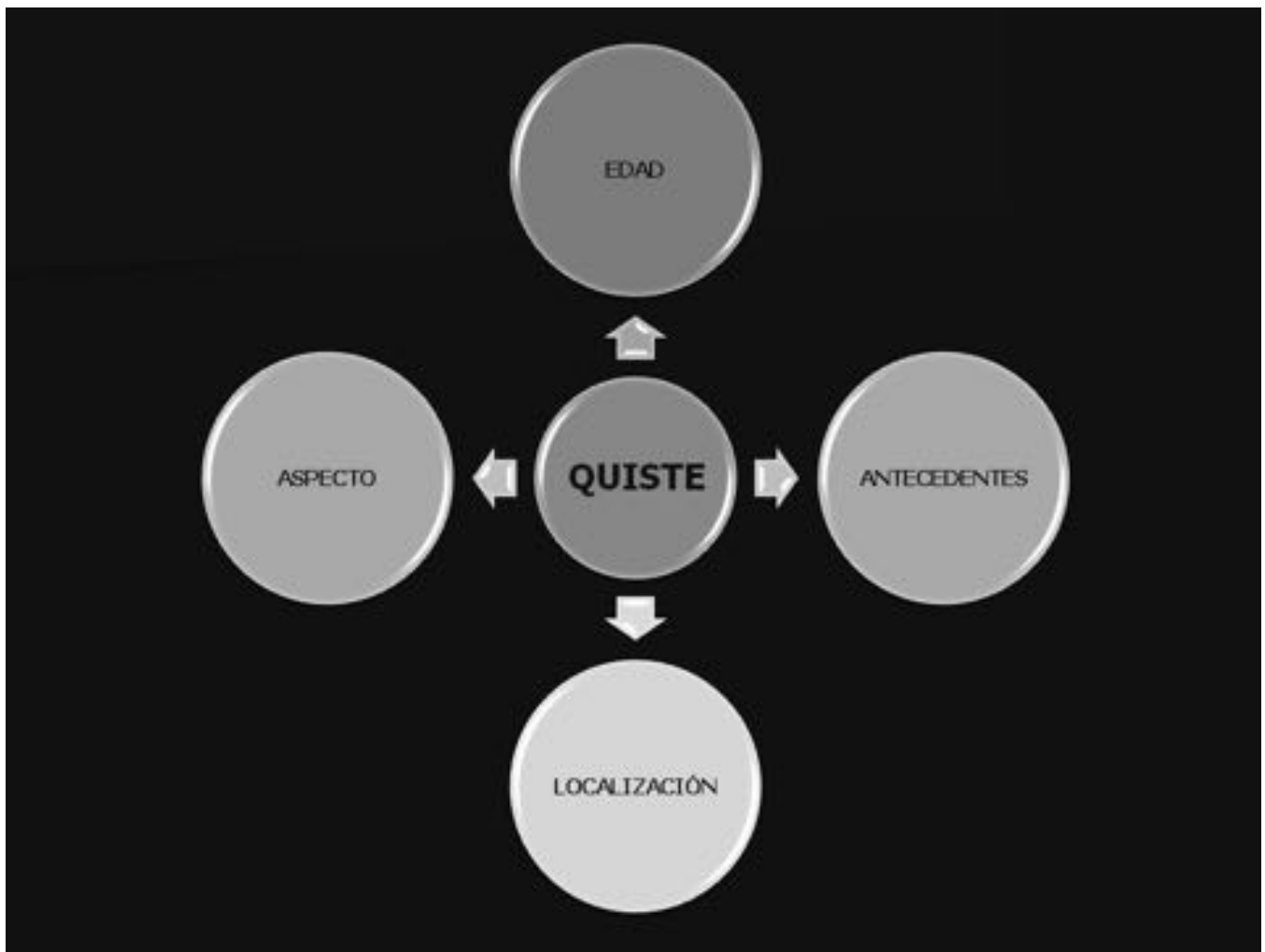


Fig. 2: Datos a tener en cuenta para valorar y establecer un diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas cervicales.

QUISTE DERMOIDE SUPRAESTERNAL

Mujer de 18 años con nódulo palpable en línea media de hueso supraesternal de más de 5 años de evolución. En las imágenes de ecografía cervical se observa una lesión quística bien definida con contenido ecogénico situado caudal al tiroides. No presenta vascularización interna con el Doppler-color.

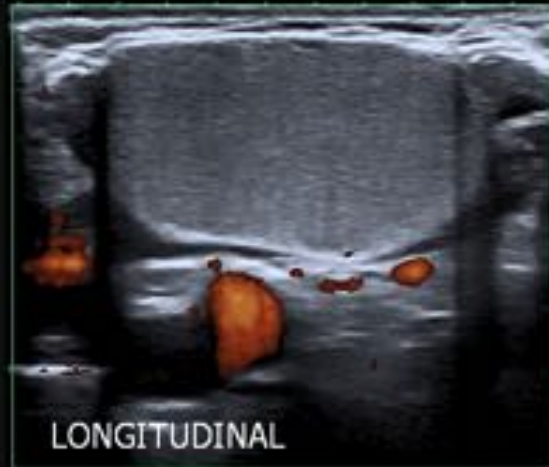


Fig. 3: Quiste dermoide supraesternal.

QUISTE EPIDERMOIDE

Hombre de 66 años que presenta desde hace 1 año un nódulo en región parotídea-mejilla izquierda, que ha aumentado de tamaño ligeramente. En la ecografía se observa un nódulo subcutáneo hipocóico, de aspecto seudosólido, bien definido con refuerzo acústico posterior y propagación filiforme a dermis (flecha blanca). No se visualiza flujo en su interior con el Doppler-color.

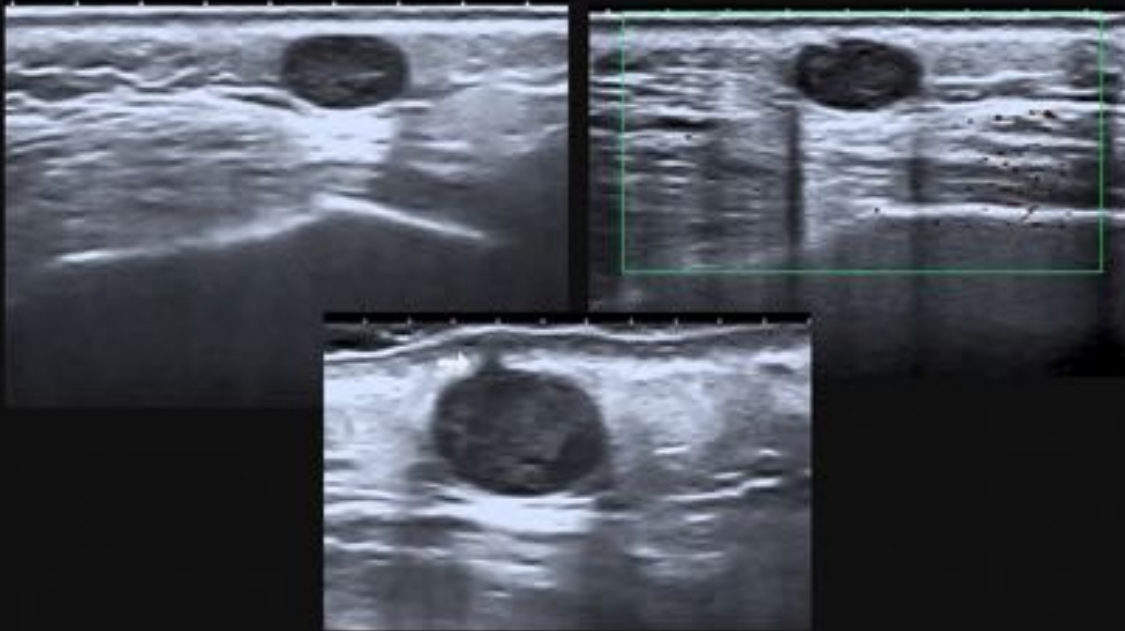


Fig. 4: Quiste epidermoide.

QUISTE EPIDERMOIDE

Hombre de 43 años con un nódulo cervical posterior. En la ecografía se observa un nódulo subcutáneo hipoeoico (aspecto seudosólido), de bordes bien definidos y refuerzo acústico posterior, sin vascularización interna.

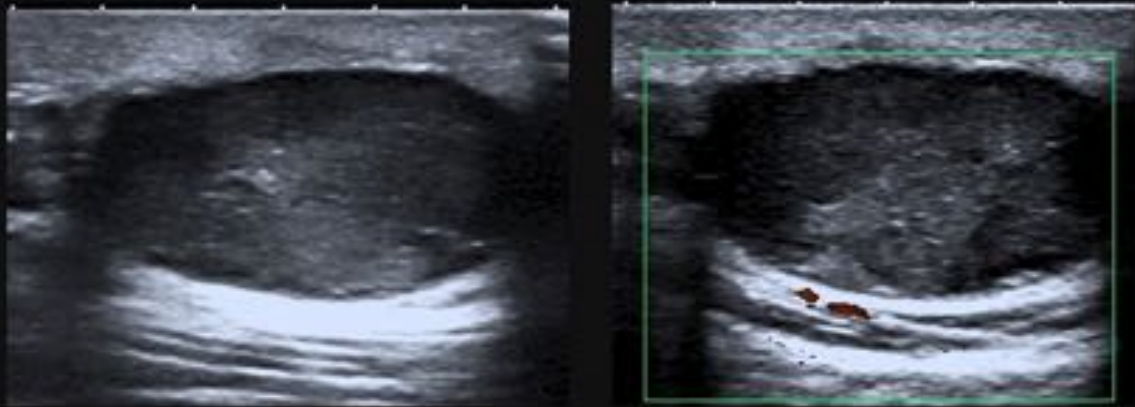


Fig. 5: Quiste epidermoide.

RÁNULA SIMPLE

Mujer de 18 años con tumoración en lado izquierdo del suelo de la boca, indolora. Se observa un quiste (N) situado en contacto con la glándula sublingual (SL) izquierda por encima del músculo milohioideo (ML), en las imágenes de ecografía cervical.



Fig. 6: Ránula simple.

RÁNULA PROFUNDA

Hombre de 47 años con aumento de volumen de partes blandas en región submandibular izquierda. En ecografía se observa una lesión quística de morfología alargada y de gran tamaño, localizada debajo del músculo milohioideo. En TC realizado posteriormente, confirma la existencia de un quiste (flecha blanca) de localización inferolateral al músculo milohioideo (ML).

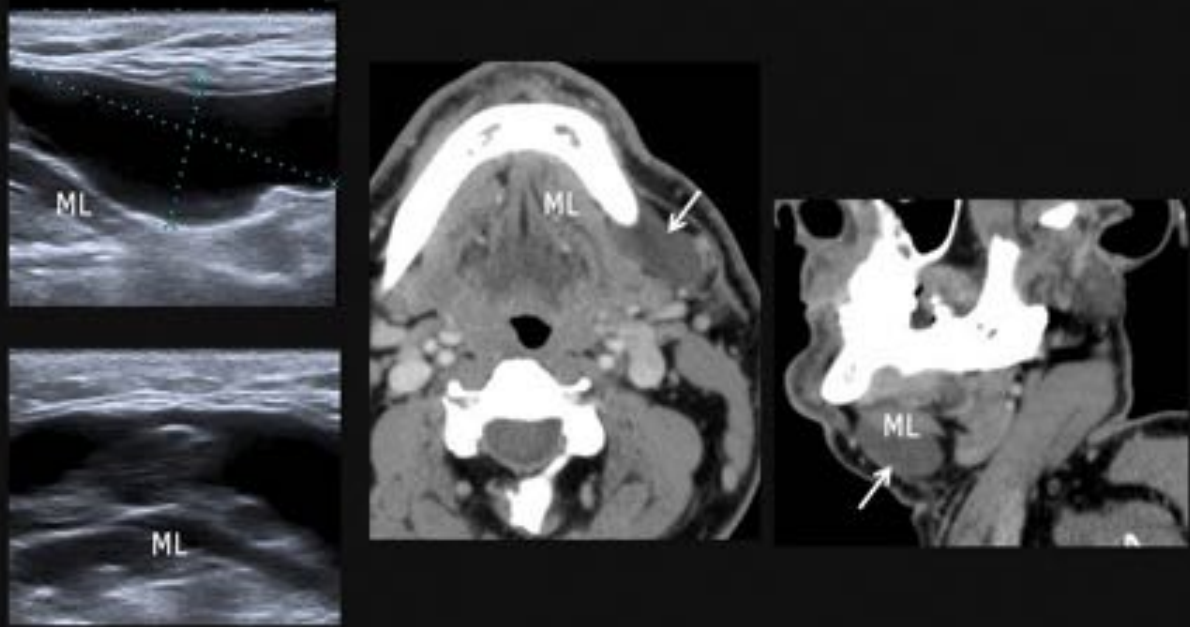


Fig. 7: Ránula profunda.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Mujer de 57 años que presenta una tumoración palpable en línea media cervical, no dolorosa. En ecografía se observa un quiste con un componente suprahióideo y otro infrahióideo, localizado anteriormente al hueso hioides. En las imágenes de TC se confirma la extensión infrahióidea de la lesión quística (flecha roja).

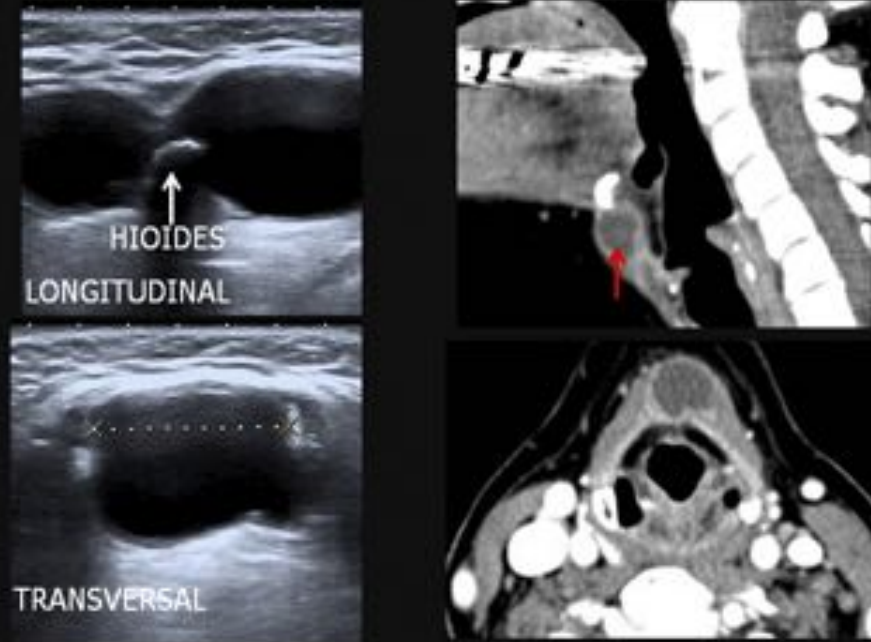


Fig. 8: Quiste del conducto tirogloso.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO COMPLICADO

Hombre de 40 años que comienza hace 5 días con dolor y aumento del perímetro cervical asociado a fiebre y disfagia.

En ecografía se observa un nódulo quístico complejo en línea media cervical anterior, localizado entre el hioides (HIO) y el cartílago tiroideo (TIR) con múltiples saculaciones líquidas y una zona superficial más sólida con vascularización en su interior visualizado con el Doppler-color.

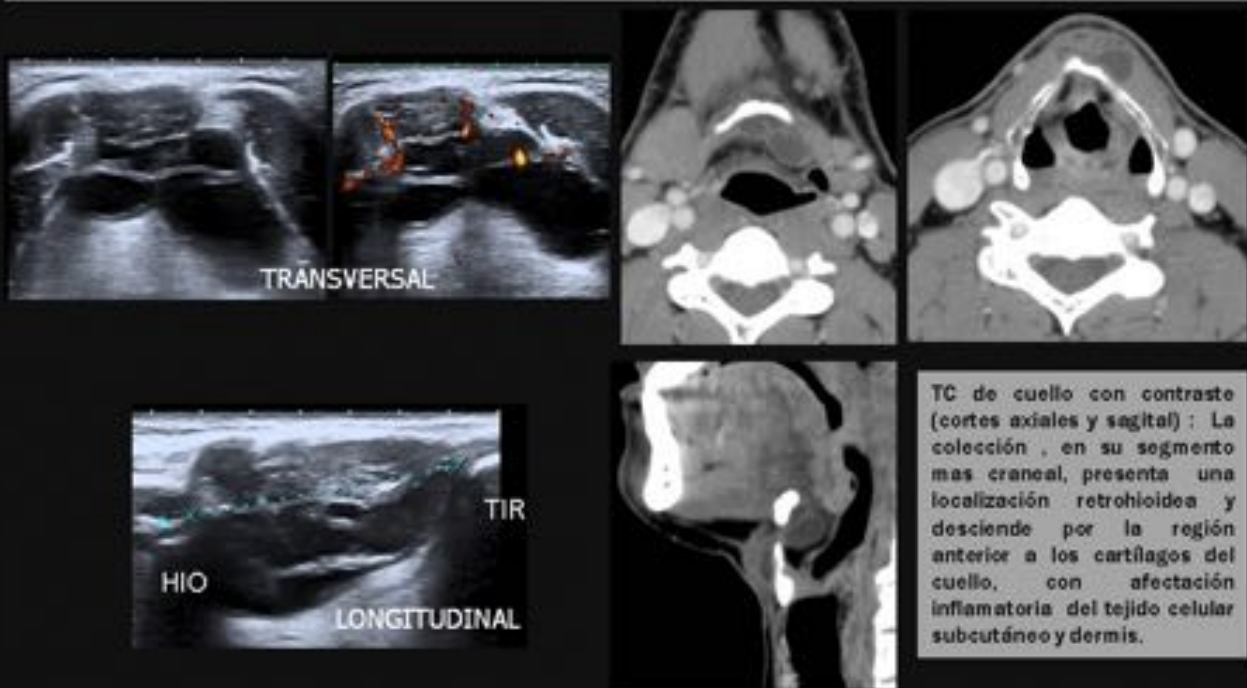


Fig. 9: Quiste del conducto tirogloso complicado.

QUISTE DEL PRIMER ARCO BRANQUIAL

Hombre de 51 años con nódulo palpable en región parotídea derecha de 1 año de evolución.

Ecografía: Nódulo hipoanecoico bien definido en la cola caudal de parótida derecha sin vascularización detectable en su interior compatible con lesión quística de contenido denso con algún tabique fino interior.

TC: Lesión ovalada y bien delimitada (flecha blanca) hipodensa que presenta algún septo en su interior localizada entre la glándula parotídea y ECM derechos.

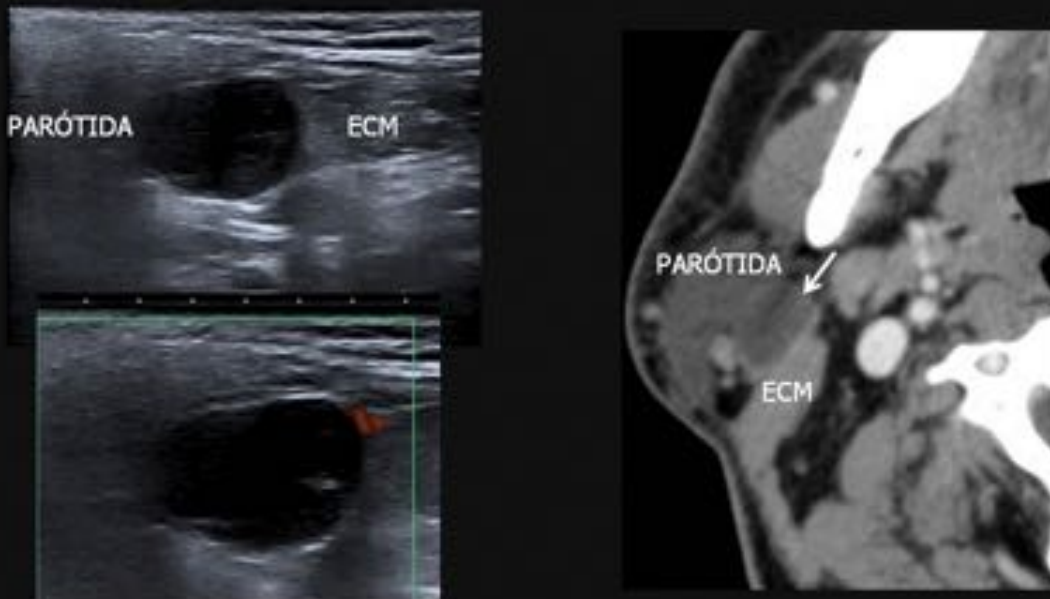


Fig. 10: Quiste del primer arco branquial.

QUISTE DEL SEGUNDO ARCO BRANQUIAL

Mujer de 17 años con tumoración laterocervical izquierda que ha aumentado de tamaño, dolorosa y caliente a la palpación.



TC de cuello con contraste, corte axial, donde se observa un quiste de paredes lisas, discretamente engrosadas e hipercaptantes, de localización posterior a la glándula submandibular izquierda, anterior al músculo ECM y lateral a la arteria carótida y vena yugular izquierdas. Corresponde con un quiste del segundo arco branquial sobreinfectado.



Ecografía cervical, realizada dos meses después del TC y de recibir tratamiento antibiótico. Se visualiza una lesión quística posterior a la glándula submandibular y anterior al ECM. No se observan signos de sobreinfección.

Fig. 11: Quiste del segundo arco branquial.

QUISTE DEL SEGUNDO ARCO BRANQUIAL

Hombre de 31 años con nódulo palpable en región laterocervical derecha de 1 año de evolución.
Ecografía: El nódulo palpable corresponde con un quiste bien definido, de contenido denso y de pared fina localizado anterior al ECM y posterior a la glándula submandibular derecha. Sin vascularización al estudio Doppler-color

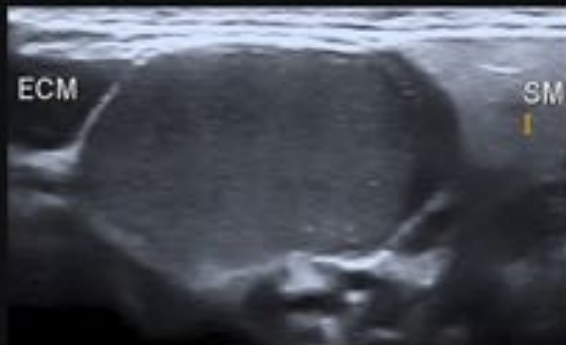
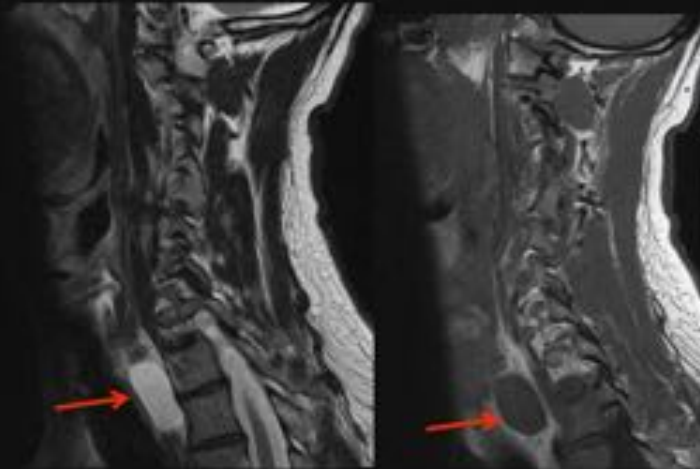


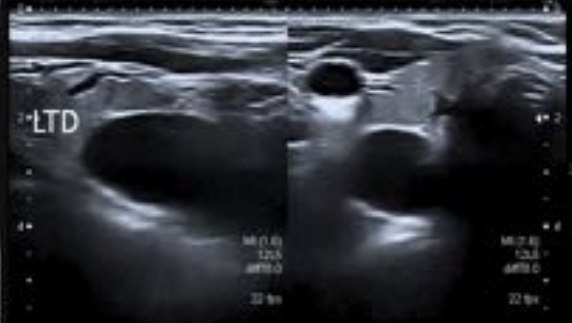
Fig. 12: Quiste del segundo arco branquial.

QUISTE DEL CUARTO ARCO BRANQUIAL

Hombre de 45 años con cervicobraquiialgia derecha.



RM cervical, cortes sagitales T1 y T2. Se observa de forma incidental una imagen ovalada y bien definida de aspecto quístico (flecha roja), de localización paravertebral derecha.



Ecografía cervical: En contacto con el polo caudal del lóbulo tiroideo derecho (LTD), se observa una lesión quística de pared fina y bien definida, sin septos ni polos sólidos.

Fig. 13: Quiste del cuarto arco branquial.

ABSCESO / GANGLIOS LINFÁTICOS SUPURATIVOS

Hombre de 63 años con gran tumoración laterocervical izquierda de 10 días de evolución.

Ecografía: Masa irregular y mal definida (flecha blanca) situada a nivel III izquierdo con áreas hipoeicoicas en su interior y pérdida de separación con el ECM y la vena yugular interna (flecha roja) que presenta la pared ligeramente engrosada sin trombosis. Aumento de la vascularización en los tejidos adyacentes.

TC: (Hallazgos similares a la ecografía). Observamos una masa (flecha blanca) de aspecto adenopático necrosado (áreas hipodensas), mal definida con pérdida de plano con la yugular interna (flecha roja) y ECM izquierdos. Aumento de la densidad de la grasa de vecindad y de planos adyacentes.

Remitió con drenaje y tratamiento antibiótico convencional.

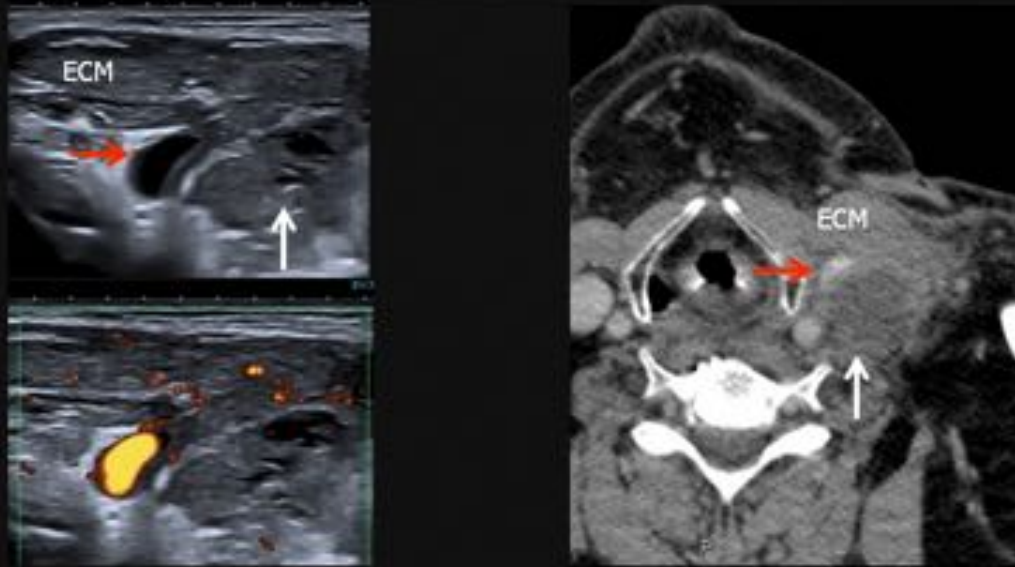


Fig. 14: Absceso / ganglios linfáticos supurativos.

ABSCESO / GANGLIOS LINFÁTICOS SUPURATIVOS

Hombre de 56 años con gran tumoración laterocervical izquierda de varios días de evolución, que ha mejorado con tratamiento antibiótico convencional.

Ecografía: Masa casi completamente quística con una pequeña zona sólida periférica. Se sitúa entre el borde posterior de la glándula submandibular y el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Aumento de la vascularización de la zona sólida periférica. Las imágenes más inferiores muestran ganglios de tamaño y número ligeramente aumentados, con morfología e hilos conservado, localizados en cadena yugular izquierda, caudal a la masa descrita, sugestivos de inflamatorios/reactivos.

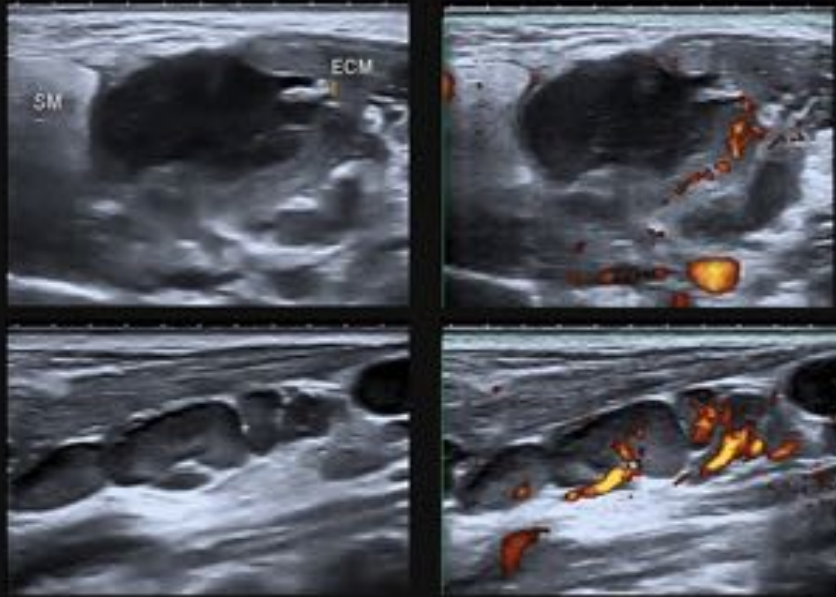


Fig. 15: Absceso / ganglios linfáticos supurativos.

ABSCESO Y LINFADENITIS TUBERCULOSA

Mujer de 81 años que desde hace 4 días nota hinchazón de región supraclavicular izquierda.

Colección de morfología irregular con contenido denso y heterogéneo, supraclavicular izquierda. El tejido adyacente presenta vascularización Doppler-color

Las imágenes de TC de cuello con contraste corresponden con un corte axial y coronal. La colección presenta un realce periférico con aumento de densidad de la grasa adyacente. Adenopatías redondas e hiperdensas, algunas necrosadas, laterocervicales izquierdas (flecha roja).

Los resultados fueron positivos para M. Tuberculosis.



Fig. 16: Absceso y linfadenitis tuberculosa.

ABSCESO Y LINFADENITIS TUBERCULOSA

Mujer de 83 años, con nódulo palpable y visible en región supraclavicular izquierda y en región pectoral anterior derecha. Anemia crónica y pérdida de peso.

Colección líquida, heterogénea, anfractuosa (flecha roja) en región supraclavicular izquierda y laterocervical baja izquierda, y contacta con la vena yugular interna (VVI). En pared torácica anterior derecha, entre el plano muscular y la pared costal, se observa otra colección líquida, bien definida con trayecto filiforme (flecha negra).

En la PAAF ganglionar se obtuvo PCR positiva para M. Tuberculosis.

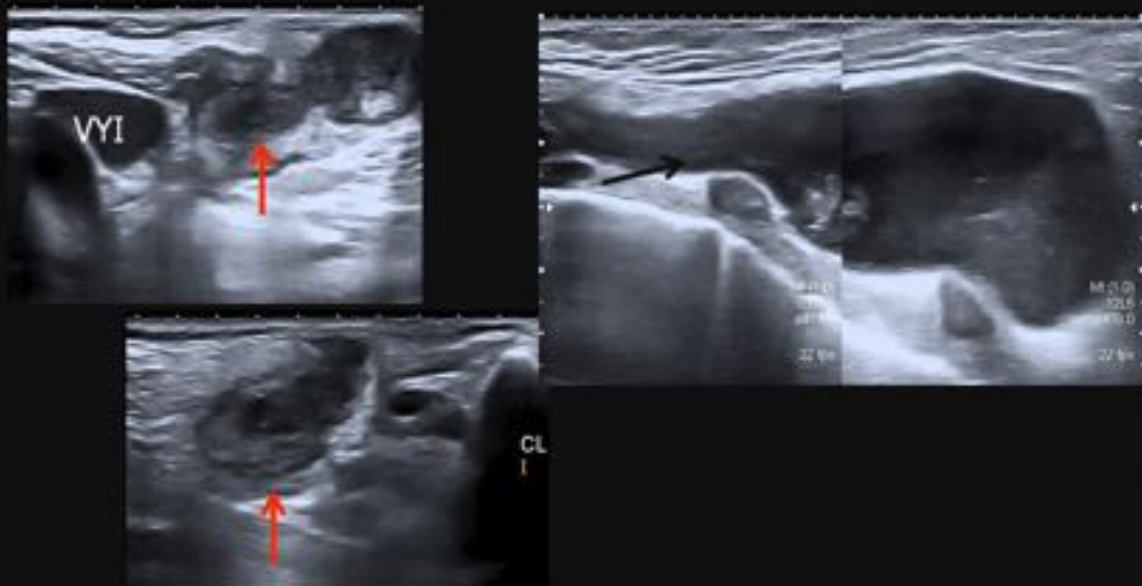
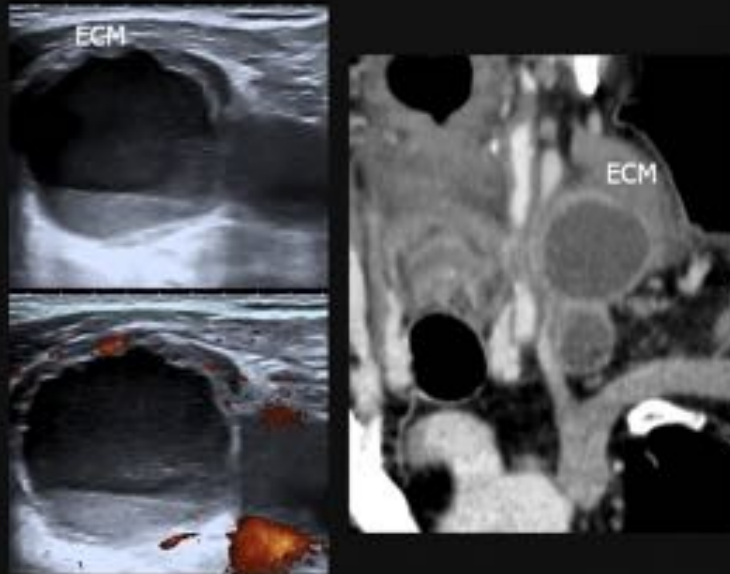


Fig. 17: Absceso y linfadenitis tuberculosa.

GANGLIO QUÍSTICO METASTÁSICO

Hombre de 79 años intervenido de Ca. epidermoide mandibular con masa laterocervical izquierda.



Ecografía: nódulo nivel III izquierdo, casi completamente quístico con nivel declive de en su interior que contacta ampliamente con el músculo ECM. Adyacente al mismo, en nivel IV izquierdo, otro nódulo de similar características.

TC de cuello con contraste (corte coronal): Adenopatías necrosadas en nivel III y IV izquierdos.

PAAF: Metástasis ganglionar de carcinoma epidermoide.

Fig. 18: Ganglio quístico metastásico.

GANGLIO QUÍSTICO METASTÁSICO

Hombre de 82 años intervenido en varias ocasiones de carcinomas epidermoides cutáneos en región cervical. Desde hace un mes presenta un nódulo laterocervical izquierdo.

En ecografía se visualiza un nódulo subcutáneo, superficial al ECM izquierdo (sin plano de separación apreciable con el músculo), sólido con un área necrosis-quística en su interior. Las zonas sólidas (localizadas en la periferia) presentan vascularización Doppler. En el TAC se confirman dichos hallazgos, visualizándose una masa de aspecto necrosado (hipodensa) de pared engrosada, de localización ya descrita en ecografía. Se obtuvo metástasis ganglionar de carcinoma epidermoide como resultado en la PAAF.

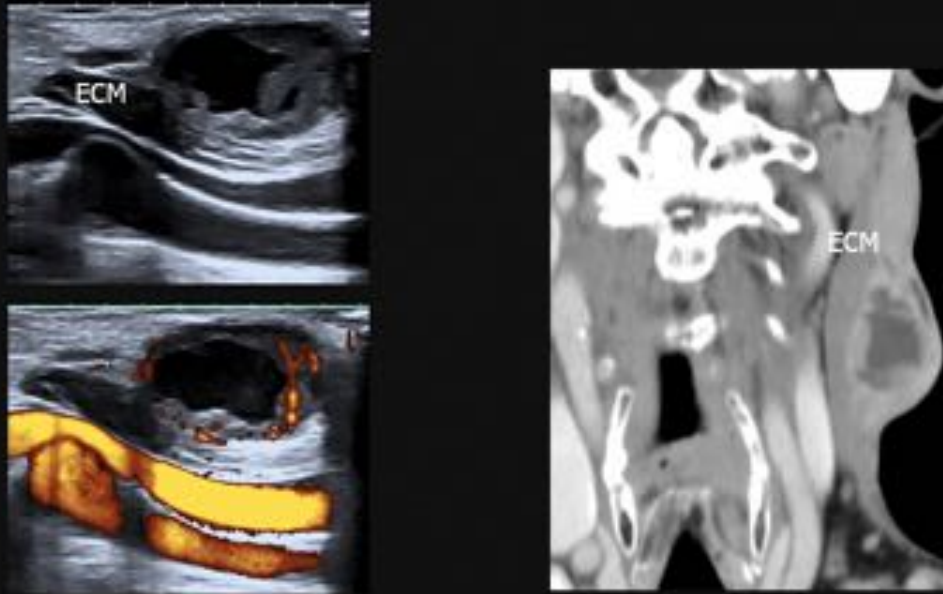


Fig. 19: Ganglio quístico metastásico.

GANGLIO QUÍSTICO METASTÁSICO

Hombre de 84 años con Ca. Epidermoide de labio intervenido múltiples veces. Tumoración submandibular derecha.

En la ecografía se visualiza un nódulo hipoeoico bien definido sin vascularización Doppler, localizado en nivel IB derecho. En cortes axiales de TC con contraste intravenoso se observa que presenta una densidad líquida y algún septo fino en su interior.

PAFF: Metástasis ganglionar de Ca. Epidermoide bien diferenciado.



Fig. 20: Ganglio quístico metastásico.

GANGLIO QUÍSTICO METASTÁSICO

Hombre de 44 años con masa laterocervical derecha.

En ecografía: Adenopatías en cadena yugular y laterocervical derecha de predominio quístico con tabicaciones finas y gruesas vascularizadas. Nódulo sólido (flecha roja) hipocogénico de contornos irregulares con microcalcificaciones en lóbulo tiroideo derecho. Hallazgos que sugieren carcinoma papilar de tiroides con metástasis ganglionar.

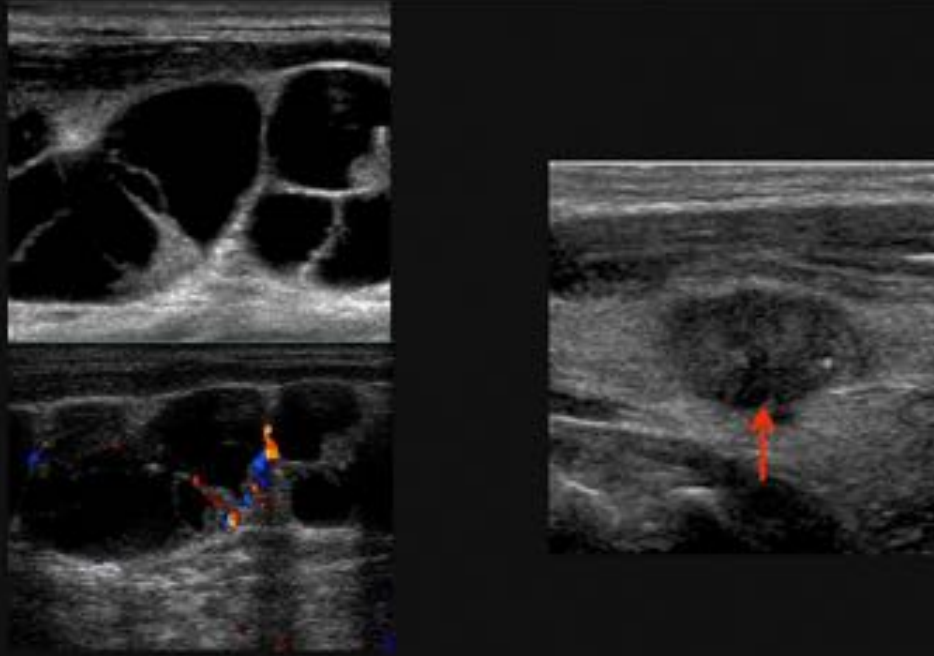


Fig. 21: Ganglio quístico metastásico.

GANGLIO QUÍSTICO METASTÁSICO

Hombre de 73 años con antecedentes de Ca. Renal izquierdo, presenta en un TC de control de su tumor renal una adenopatía (flecha blanca) en fosa supraclavicular izquierda hipodensa con tabiques en su interior. Se realiza ecografía, observándose un nódulo en el nivel IV izquierdo bien definido, quístico, con múltiples septos vascularizados. Se realizó PAAF, obteniéndose como resultado metástasis ganglionar de carcinoma papilar de tiroides.



Fig. 22: Ganglio quístico metastásico.

LINFANGIOMA

Mujer de 14 años con tumoración indolora en región parotídea izquierda desde hace 6 meses. En el lóbulo superficial de la glándula parótida izquierda, se observa una lesión quística, bien definida con múltiples septos finos, sin nódulos sólidos ni vascularización (ecografía y corte axial de TC de cuello con contraste intravenoso).

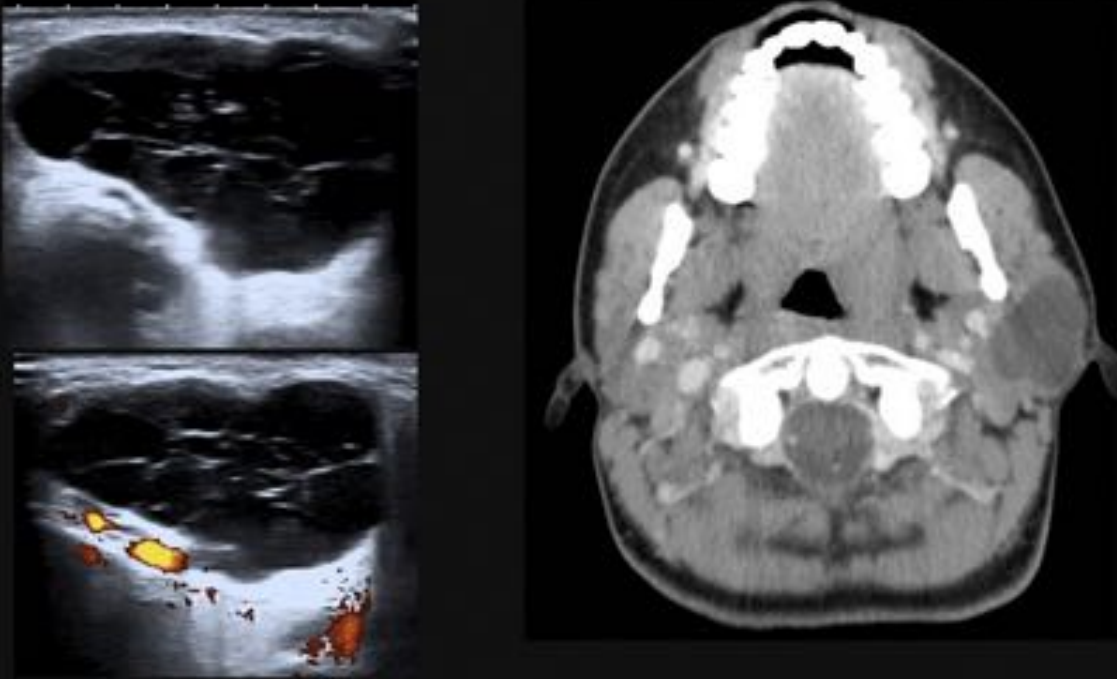


Fig. 23: Linfangioma.

LINFANGIOMA

Niño de 10 años con tumoración submandibular derecha.

Ecografía: Tumoración heterogénea multiseptada de predominio quístico localizada en el espacio submandibular y premandibular derecho. Contacta con la glándula submandibular derecha (SM) y presentan algunas zonas sólidas vascularizadas entre las saculaciones.

RM (STIR AXIAL): Se observa el componente quístico de la lesión y los septos que la forman.

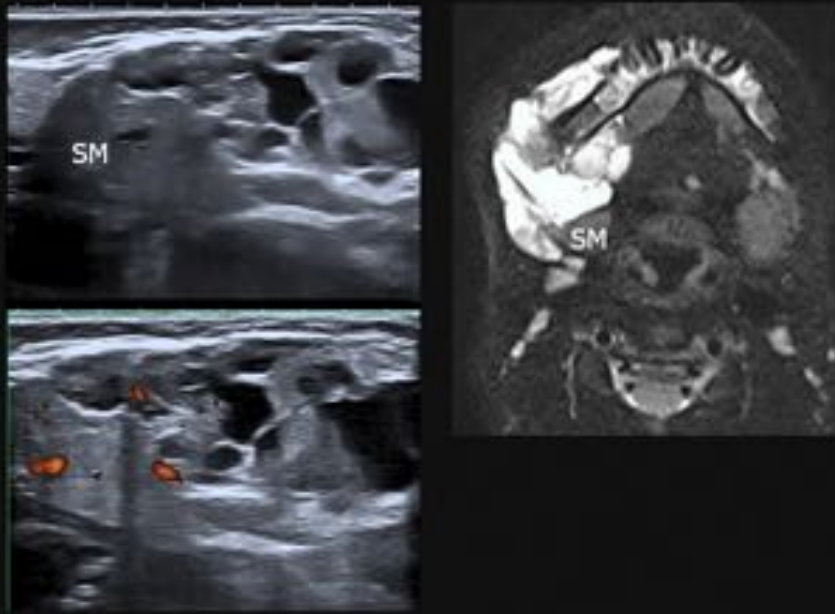


Fig. 24: Linfangioma.

Conclusiones

La localización anatómica y la imagen de la lesión es fundamental para el diagnóstico de la lesión quística cervical.

La ecografía es un método de diagnóstico que es útil para establecer la naturaleza quística de la lesión, siendo en algunos casos la primera y única prueba de imagen, principalmente en las lesiones congénitas.

El papel del radiólogo en el manejo de estas lesiones consiste en establecer la condición quística de la lesión, la localización y extensión de la misma, así como detectar posibles complicaciones de las mismas.

Bibliografía / Referencias

1. Ibrahim M, Hammoud K, Maheshwari M, Pandya A. Congenital Cystic Lesions of the Head and

- Neck. Neuroimag Clin N Am. 2011; 21: 621-39.
2. Wong KT, Lee YYP, King AD, Ahuja AT. Imaging of cystic or cyst-like neck masses. Clin Radiol 2008; 63: 613-22.
 3. Koeller KK, Alamo L, Adair CF, Smirniotopoulos JG. Congenital Cystic Masses of the Neck Radiologic-Pathologic Correlation. Radiographics. 1999; 19:121-46.
 4. Mittal MK, Malik A, Sureka B, Thukral BB. Cystic masses of neck: A pictorial review. Indian J Radiol Imaging. 2012; 22(4): 334-43.
 5. Harnsberger HR, Glastonbury CM, Michel MA, Koch BL. Diagnostic imaging: Head and neck. 2nd ed. Altona: Amirsys, 2011.