

La belleza está en el interior

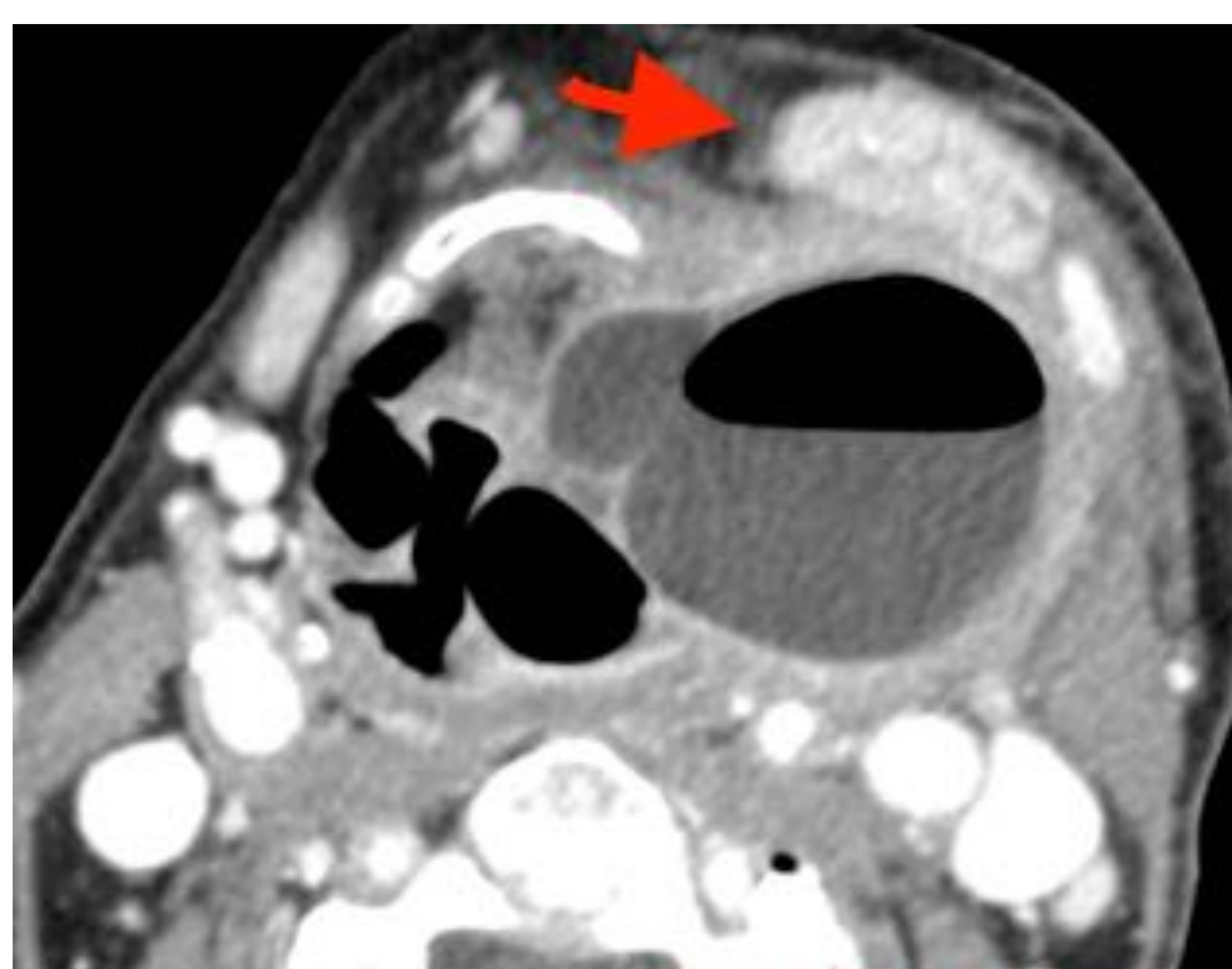
Una revisión ilustrada de algunas
deformidades interesantes del
área de la cabeza y el cuello.

Elena Yllera Conteras, Elena Marin Diez,
Javier Azcona Saenz, Yasmina Lamprecht,
Carmen Gonzalez-Carreró Sixto, Antonio
Ortiz Rivas

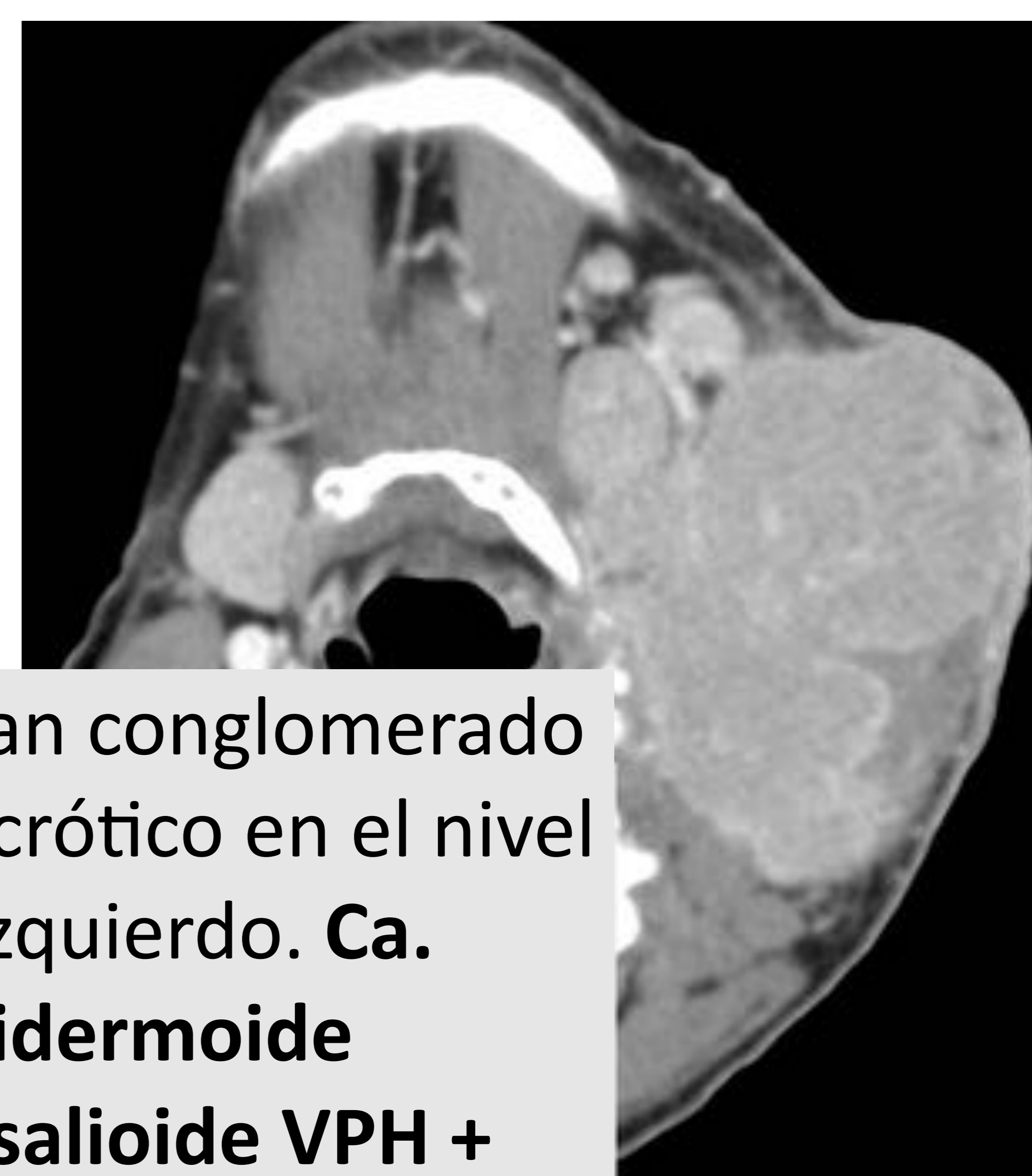
Hospital Universitario Marqués de
Valdecilla, Santander.

OJETIVO DOCENTE

- Resaltar la importancia de **diferenciar entre normalidad, lesiones congénitas y patología en el área de la cabeza y el cuello** que condicionan una alteración de la morfología con deformidades físicas que suelen ser motivo frecuente de consulta. Para ello, el conocimiento de la anatomía normal de la CyC es básico.
- Se describirá patología en las glándulas salivares mayores, estructuras óseas del macizo cráneo-facial, columna cervical, tejidos blandos y demás estructuras de la CyC.
- Los “**bultomas**” cervicales suponen el motivo de consulta más frecuente. La mayoría son benignos aunque, aunque no se puede descartar afectación metastásica en un adulto que consulta por una masa laterocervical en un adulto (carcinoma de CyC, del tracto digestivo superior o carcinoma de pulmón, como las más frecuentes).
- En niños → lesiones congénitas o infeccioso/inflamatorias.
- La **ecografía y el TAC** como técnicas de diagnóstico por imagen.



Piolaringocele izquierdo. La glándula submaxilar está desplazada anteriormente (→)



Gran conglomerado necrótico en el nivel II izquierdo. **Ca. epidermoide basaloide VPH +**

REVISIÓN DEL TEMA

La palpación de un bulto en el cuello constituye uno de los **motivos de consulta más frecuente** a cualquier nivel de la atención sanitaria, sobre todo por el carácter antiestético y deformidad física que generan.

La mayoría de los bultomas cervicales se atribuyen a benignidad, sin embargo, debemos familiarizarnos con la patología subyacente frecuentemente asociada (infeccioso-inflamatoria, tumoral, traumatológica, etc).

Las **adenopatías inflamatorias** son la principal etiología en una masa cervical.

Otras causas son anomalías congénitas (quistes branquiales), glándulas accesorias, tejidos ectópicos (tiroides ectópico), abscesos, tumores óseos y masas sólidas.

Una masa cervical puede ser la forma de presentación de una enfermedad importante, bien de causa infeccioso-inflamatoria o bien patología tumoral. Es importante correlacionar también con la epidemiología del paciente, la edad y los factores de riesgo o hábitos tóxicos como el consumo del tabaco y alcohol.

- Pacientes **adultos ≥ 40 años** → la causa **neoplásica** es lo más frecuente.
- Pacientes **< 40 años** → causas **inflamatoria, congénita y traumática**.



- A. Quiste del segundo arco con foco de calcificación puntiforme.
- B. Adenocarcinoma de la glándula submaxilar derecha.
- C. Ca. de suelo de la boca con grandes conglomerados adenopáticos necróticos.

REVISIÓN DEL TEMA

Generalmente los bultos que aparecen en el cuello, suelen responder a causas inflamatorias.

Aunque, también pueden tener una traducción de patología tumoral, de ahí la importancia de llegar a un diagnóstico exacto precoz.

Hay una serie de cuestiones que se deben plantear ante la aparición de un "bultoma" cervical.

Desde cuando lleva notando el bulto?

- ◆ Es doloroso?
- ◆ Ha cambiado de morfología o tamaño? Si es así, en que cuanto tiempo y de qué manera?
- ◆ Tiene otra clínica acompañante? Hay sintomatología infecciosa asociada? (tos, odinofagia, disfagia, dolor de oídos, dolor dental, alteraciones cutáneas, cefalea, cuerpos extraños, picaduras, traumas externos)?
- ◆ Ha tenido fiebre? Tiene enfermedades a otros niveles? Alguna enfermedad sistémica?
- ◆ Hay disfonía asociada?
- ◆ Es fumador o consumidor habitual de alcohol?
- ◆ Historia de viajes recientes?
- ◆ Antecedentes oncológicos personales o familiares?



Para recordar:

- Historia y exploración clínica
- Edad de presentación

PRUEBAS DE IMAGEN.

- Masas quísticas ⇒ congénitas y adquiridas.
- Lesiones adquiridas ⇒ inflamatorias / neoplásicas.

ECOGRAFÍA ⇒ aproximación inicial → naturaleza de la lesión (quística??).

Localización superficial.

ECOGRAFIA DOPPLER ⇒ patrón vascular.

TAC ⇒ extensión loco-regional; naturaleza (grasa y calcificaciones).

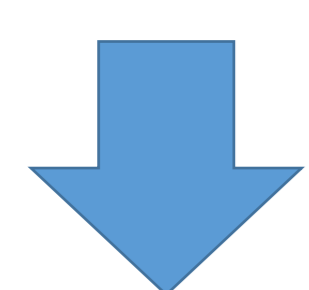
RM ⇒ localización anatómica prequirúrgica (lesiones situadas en planos profundos y con extensión local). Infiltración perineural.

↳ **T2** ⇒ componente quístico / sólido.

PAAF ⇒ confirmación.

REVISIÓN DEL TEMA

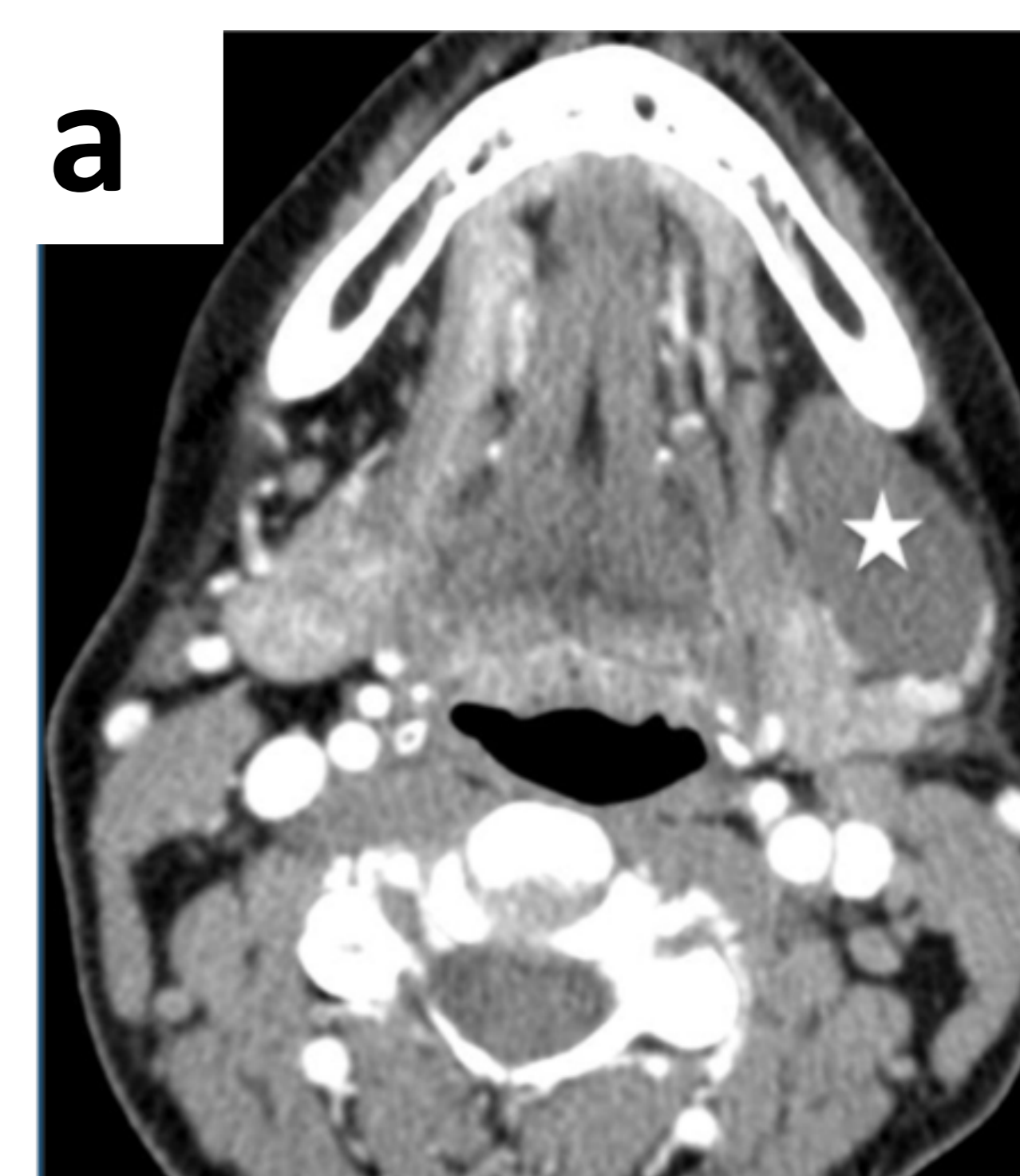
CAUSAS MÁS FRECUENTES DE BULTOMAS CERVICALES



ADENOPATÍAS (causa más común)

1. LESIONES QUÍSTICAS

- Quiste del conducto tirogloso
- Quistes branquiales
- Linfangioma.
- Quistes dermoides y epidermoides.
- Quistes tímicos
- Laringoceles.
- Quistes broncogénicos.
- Ránulas.
- Adenopatías metastásicas quísticas.
- Tumores neurogénicos.
- Tumores vasculares.
- Lesiones infeccioso / inflamatorias.
- Lesiones quísticas de las glándulas salivares mayores.
- Lesiones quísticas del tiroides.



Quistes del primer (a) y segundo arco branquiales (b).

1. Quistes del conducto tirogloso

- Lesión cervical **congénita** en la línea media más común (70%). < 10 años (90%).

Varios tipos: hioideo (15-50%). Por debajo de él (25-65%). Suprahioideo (20-25%). Profundo o en el espesor de la musculatura infrahioidea. Cuánto más caudal, mayor es la probabilidad de que esté lateralizado.

Hallazgos radiológicos:

ECO → lesión anecoica, bien delimitada.

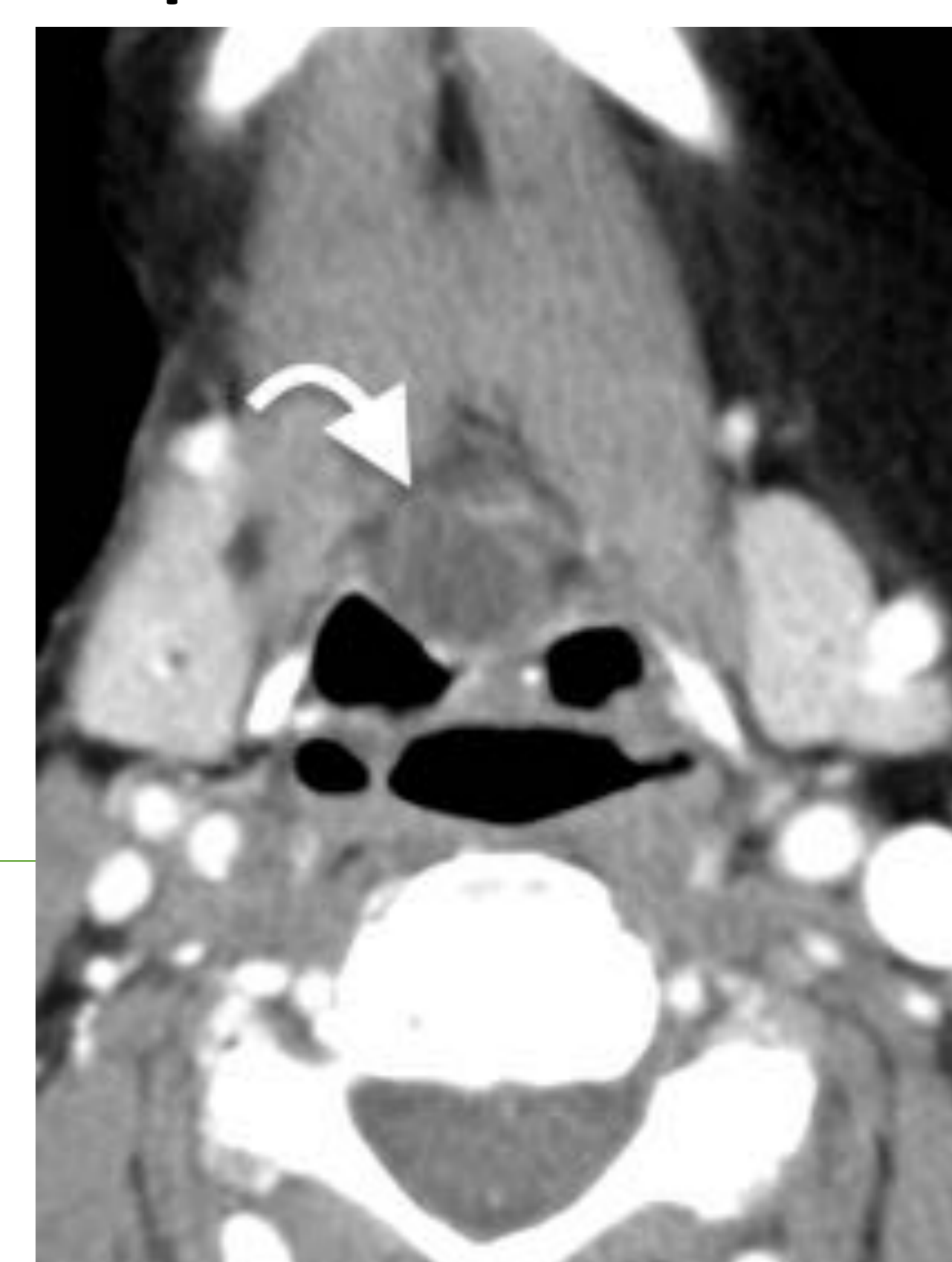
TC → bien delimitada, con pared fina, densitometría líquida. Realce periférico +/-

RM → **T2**. T1 variable (contenido hemorrágico, proteináceo).

Degeneración maligna → Carcinoma (1%) ⇒ *carcinoma papilar*.

★ Componente sólido nodular + calcificación★

↳ Tiroidectomía. Raro metástasis a distancia.



REVISIÓN DEL TEMA

2. Quiste del segundo arco

Cierre incompleto del tracto branquial → quístico (75%) → sinusal → tracto fistuloso.

Quiste del primer arco → alrededor de la glándula parótida.

Quiste del segundo arco: 95%.

3er y 4º quistes branquiales: muy raros.

Suelen ser lesiones quísticas (más que trayectos fistulosos o senos).

4 tipos:

- Anterior al ECM, profundo al músculo platisma.
- Profundo al ECM, lateral al espacio carotídeo, por detrás de la glándula submaxilar (lo más frecuente).
- Medialmente en la bifurcación carotídea.
- Mucosa faríngea medial a arteria carótida.

Hallazgos radiológicos:

ECO → masa anecoica bien delimitada, con pared fina en el borde anteromedial del ECM, por detrás de la glándula submaxilar. Puede haber tabiques o ecos internos (debris).

TC → masa hipodensa, hipocaptante. "Signo del pico" (borde curvo).

Engrosamiento parietal hipercaptante → si inflamación o sobreinfección.



3. LINFANGIOMA

Congénito. Quístico.

Secuestro de canales linfáticos embriológicos → cadena yugular.

4 tipos:

Higroma quístico ↔ más común (75%)

Linfangioma cavernoso.

Linfangioma capilar.

Malformación vasculolinfática.

Cystic hygroma: 75%

Edad pediátrica < 3 años.

◆ 75% cuello. Triángulo posterior / espacio submandibular.

Extensión a mediastino y axila.

◆ Infiltrativo. No respeta planos faciales

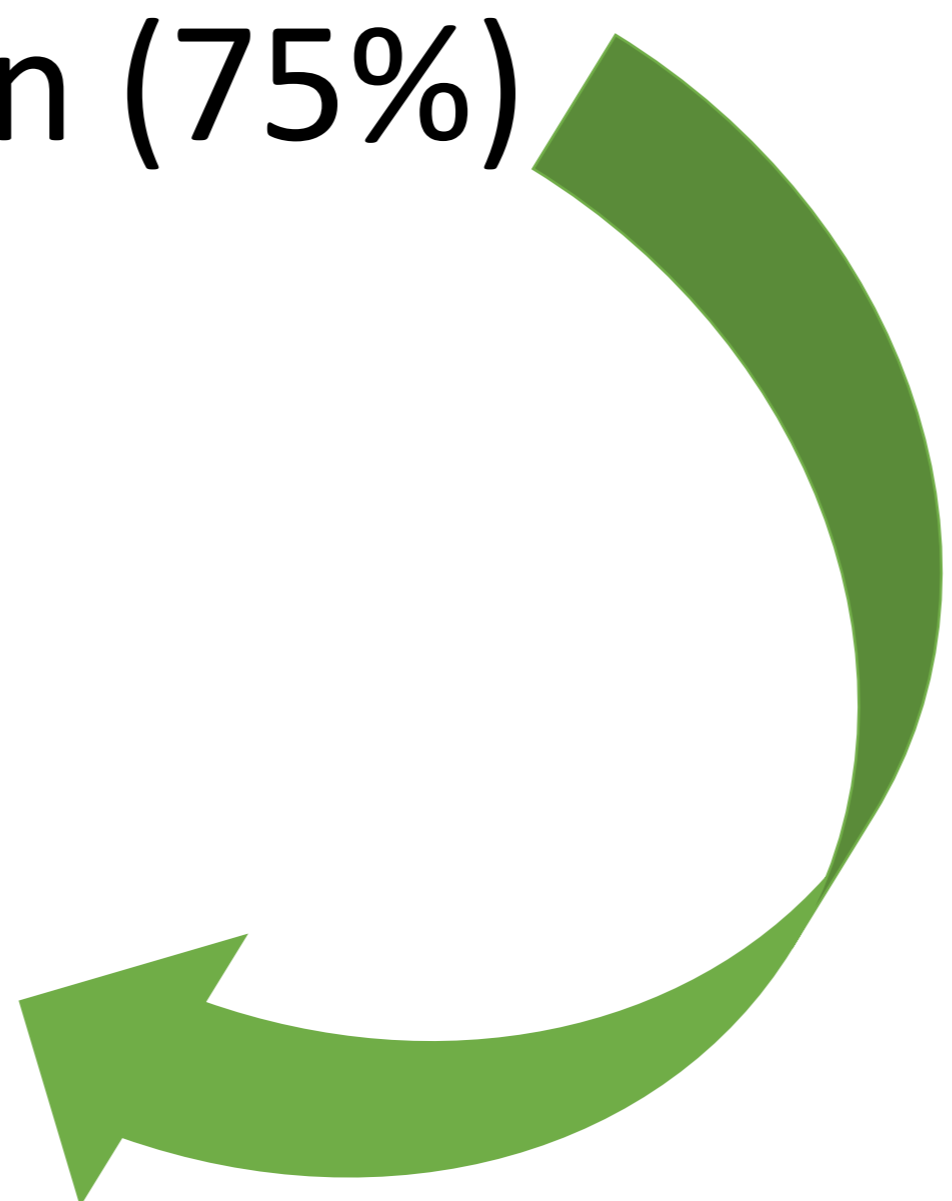
◆ Hemorrágico / infección: crecimiento rápido.

Hallazgos radiológicos:

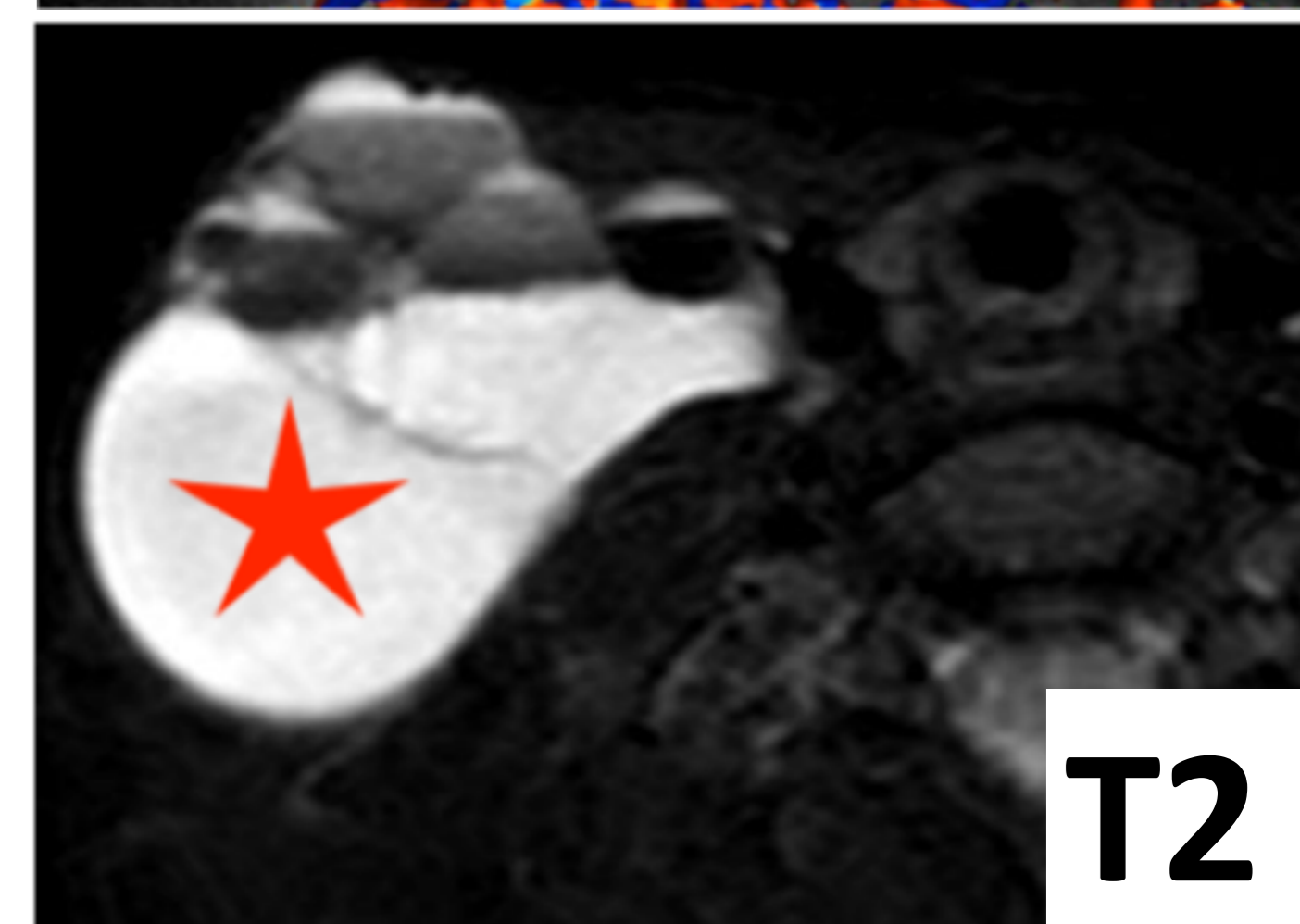
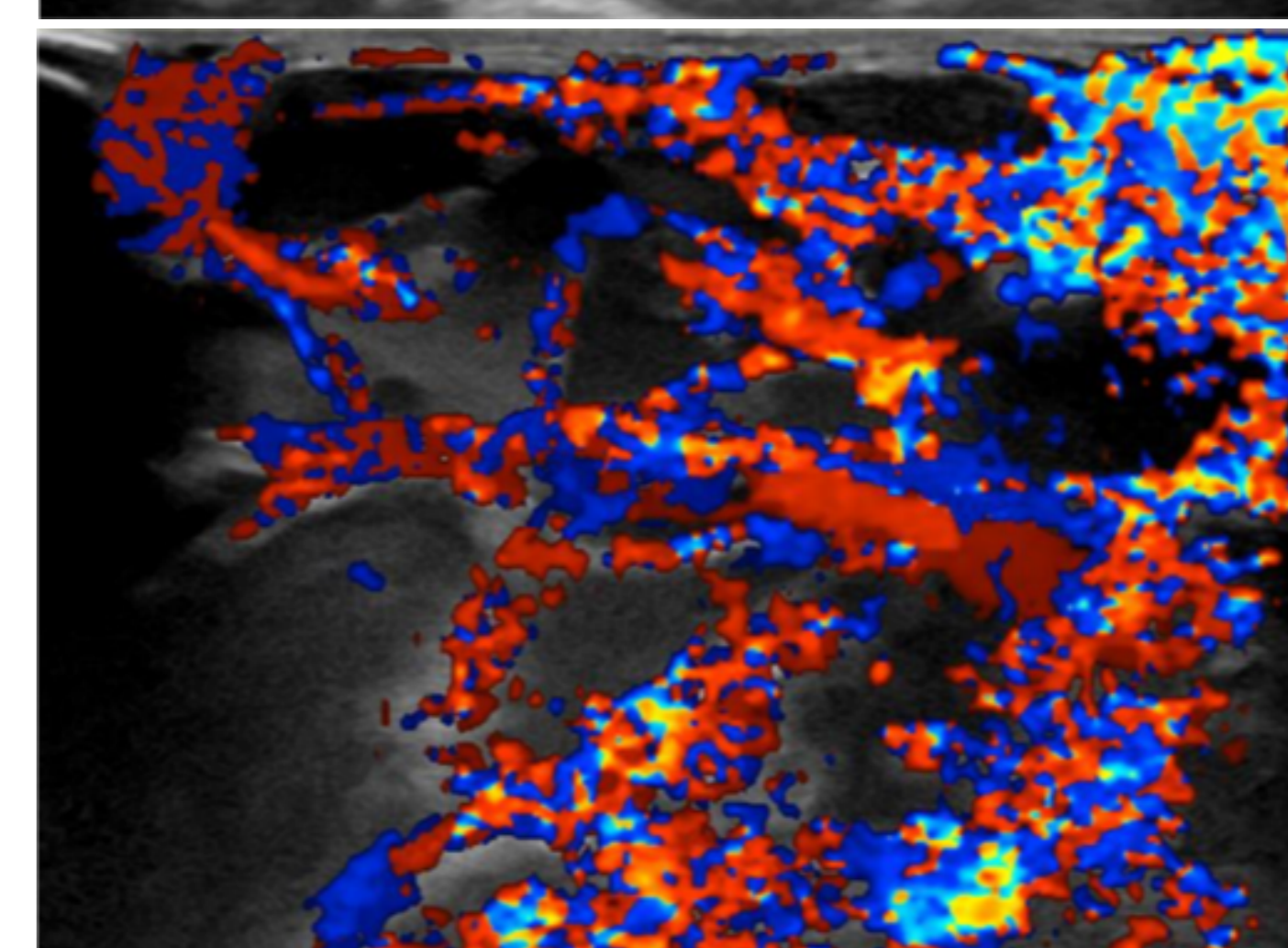
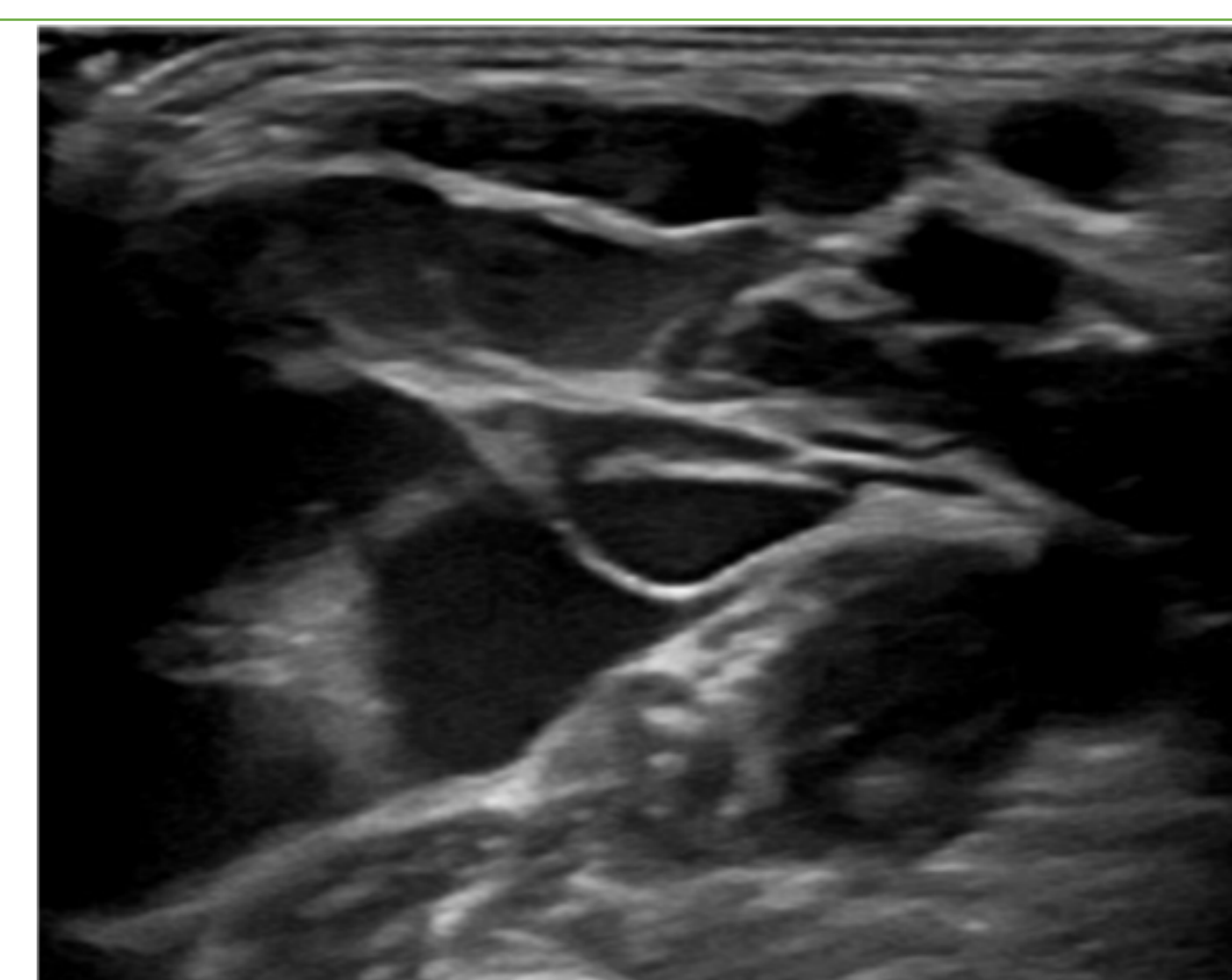
ECO → quiste multi-locular con septos (niveles líquido-líquido).

TC → masa hipodensa, multi-loculada.

RM → Gold standard. T1 ↓ o intermedia. T2 ↑ si hemorragia / contenido lipídico: ↑ T1.



T2



T2

REVISIÓN DEL TEMA

4. Quiste dermoide y epidermoide

En cualquier localización del cuerpo. 7% en el área de la Cabeza y Cuello.

Lateral al parpado.

- **Dermoide**: apéndices epidérmicos (glándulas sebáceas y folículos pilosos).
 - **Quiste dermoide complejo**: elementos de mesoderma (cartílago, hueso, grasa).
- 20-30 años.

Masa de crecimiento lento, bien delimitada.

Suelo de la boca: Espacios submandibular / sublingual.

Hallazgos radiológicos:

ECO → Heterogéneo, grasa, hueso, elementos dentígenos.

TC → masa hipodensa. Focos de grasa. Densidad mixta, con líquido y focos cálcicos (<50%).

- Quiste epidermoide:

Pacientes pediátricos. Línea media en el cuello.

ECO → masa bien delimitada, anecogénica con refuerzo acústico posterior. Ecos en el interior, homogéneos.

TC → densitometría líquida (en el estudio sin contraste). Realce sutil o imperceptible tras la administración de contraste. Malignización → 5% (carcinoma epidermoide).

5. Quiste tímico

Raros. Persistencia del conducto timolaríngeo. Adyacente al espacio carotídeo.

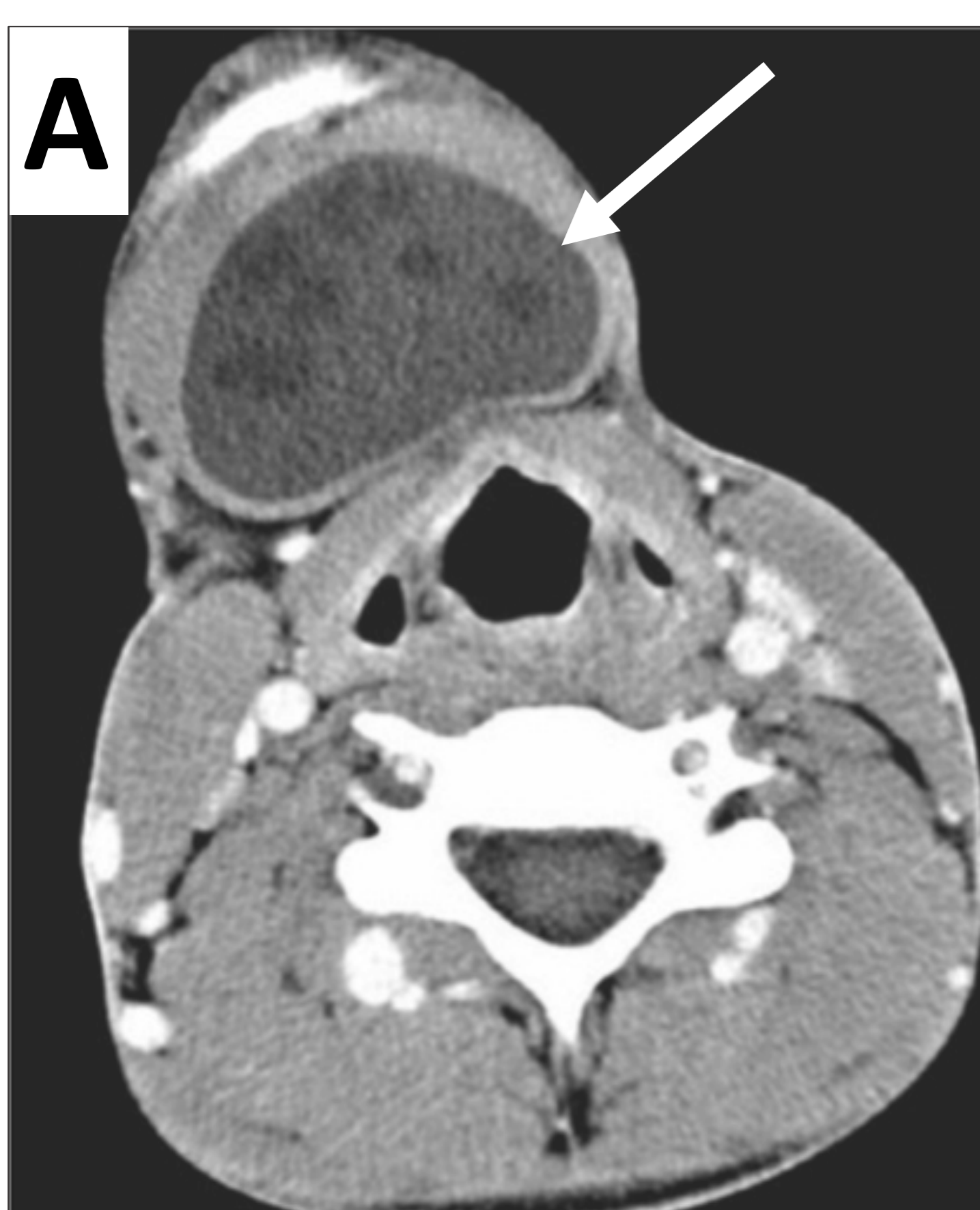
- Nivel del hueso hioides ↔ *mediastino* anterior.

Infancia (2-15 años). Varones.

Diagnóstico diferencial con los quistes de 3er y 4º arco.

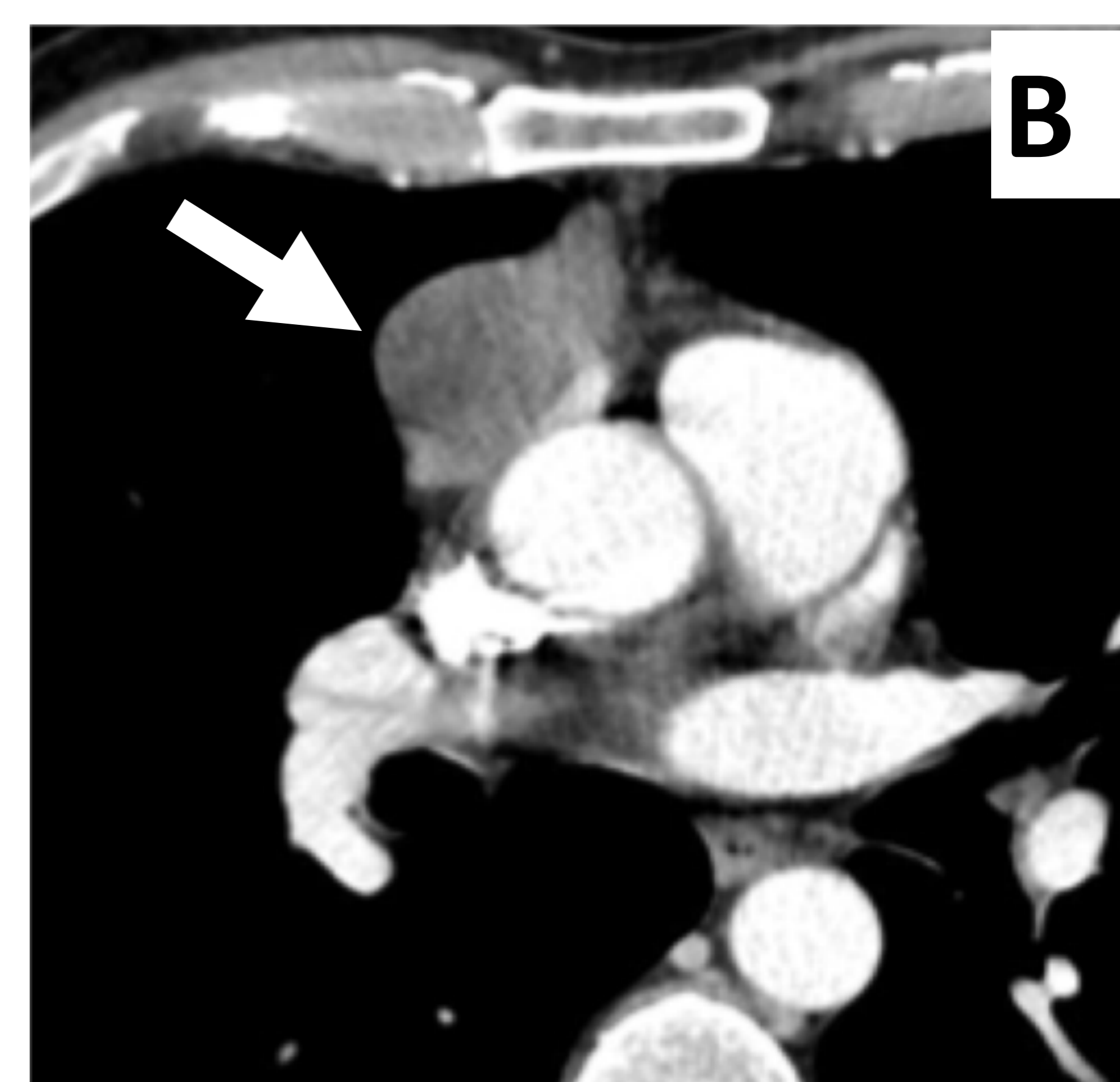
Hallazgos radiológicos:

TC → masa unilocular → región más inferior en el cuello, paralelo al ECM / **masa cervicotorácica izquierda**.



A. Quiste epidermoide en el suelo de la boca. Focos de grasa en el interior de la masa (flecha blanca).

B. Quiste tímico en el mediastino anterior.



REVISIÓN DEL TEMA

6. Laringocele

Lesión benigna. Dilatación quística del sáculo del ventrículo con herniación de la mucosa.

- Crece del techo del ventrículo (entre las cuerdas vocales y falsas).

3 tipos: interno, externo y mixto.

1. Interno (30 %): confinado a la grasa del espacio paraglótico.
2. Externo (22%): extensión más allá de la membrana tirohioidea a través de la zona más débil. Componente extralaríngeo
3. Mixto (44%): ambos lados de la membrana tirohioidea.

➤ **15 % → carcinoma** → oclusión del orificio del ventrículo laríngeo (lesión glótica o supraglótica subyacente).

➤ Laringopiocele → laringocele sobreinfectado y con material purulento.



Hallazgos radiológicos:

TC → lesión ovalada, hipodensa, de naturaleza quística, bien delimitada en el espacio para-laríngeo. Contiene aire.

→ **importante demostrar la comunicación entre el gas de del saco laríngeo con el vía área.** Niveles hidroaéreos.



A. Laringocele interno derecho.

B y C. Axial y coronal. Piolaringocele izquierdo mixto.

9. Adenopatías metastásicos quísticas

- Carcinoma papilar de tiroides. (80%) 40 años.
- **Adenopatías necróticas.**

Hallazgos radiológicos:

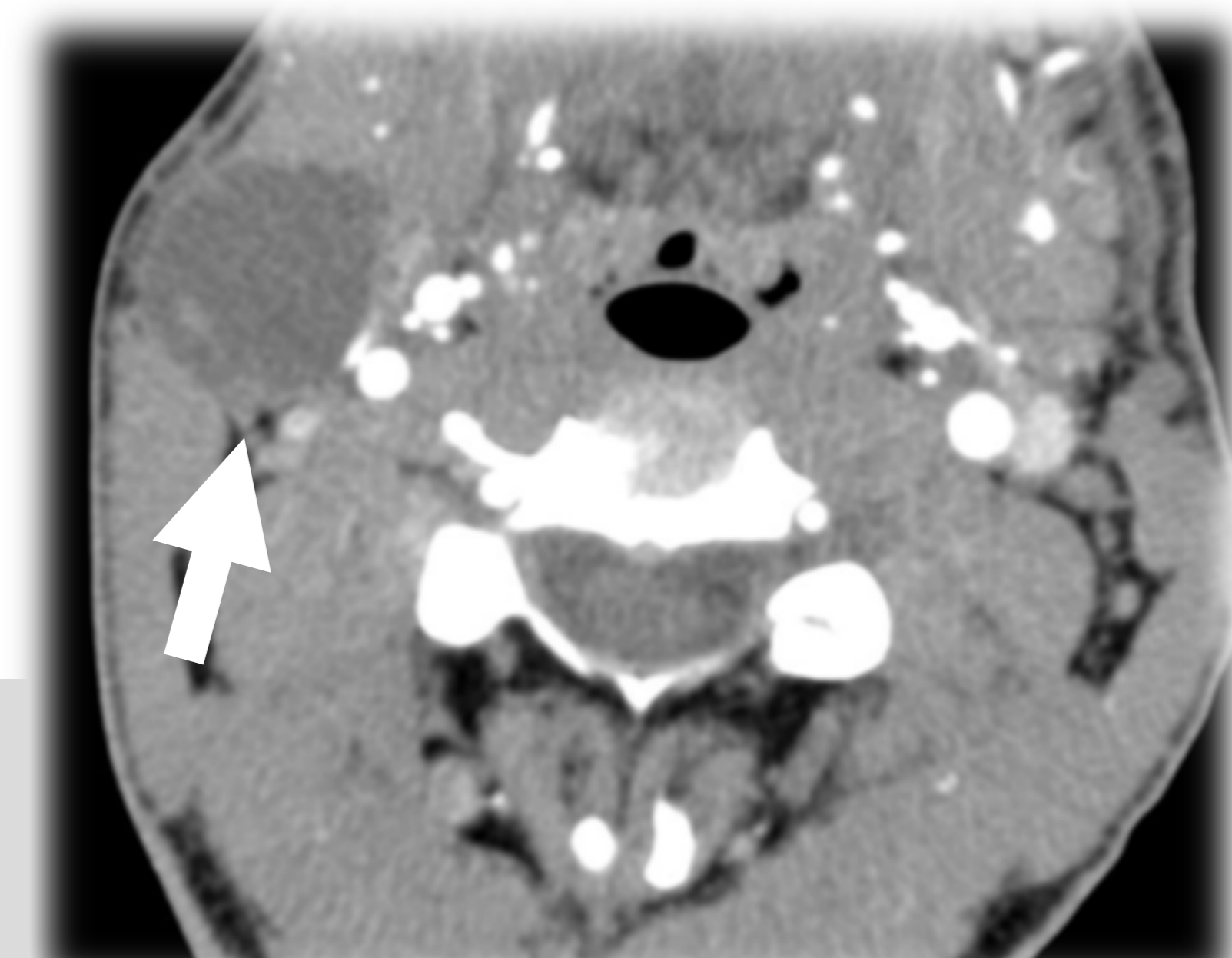
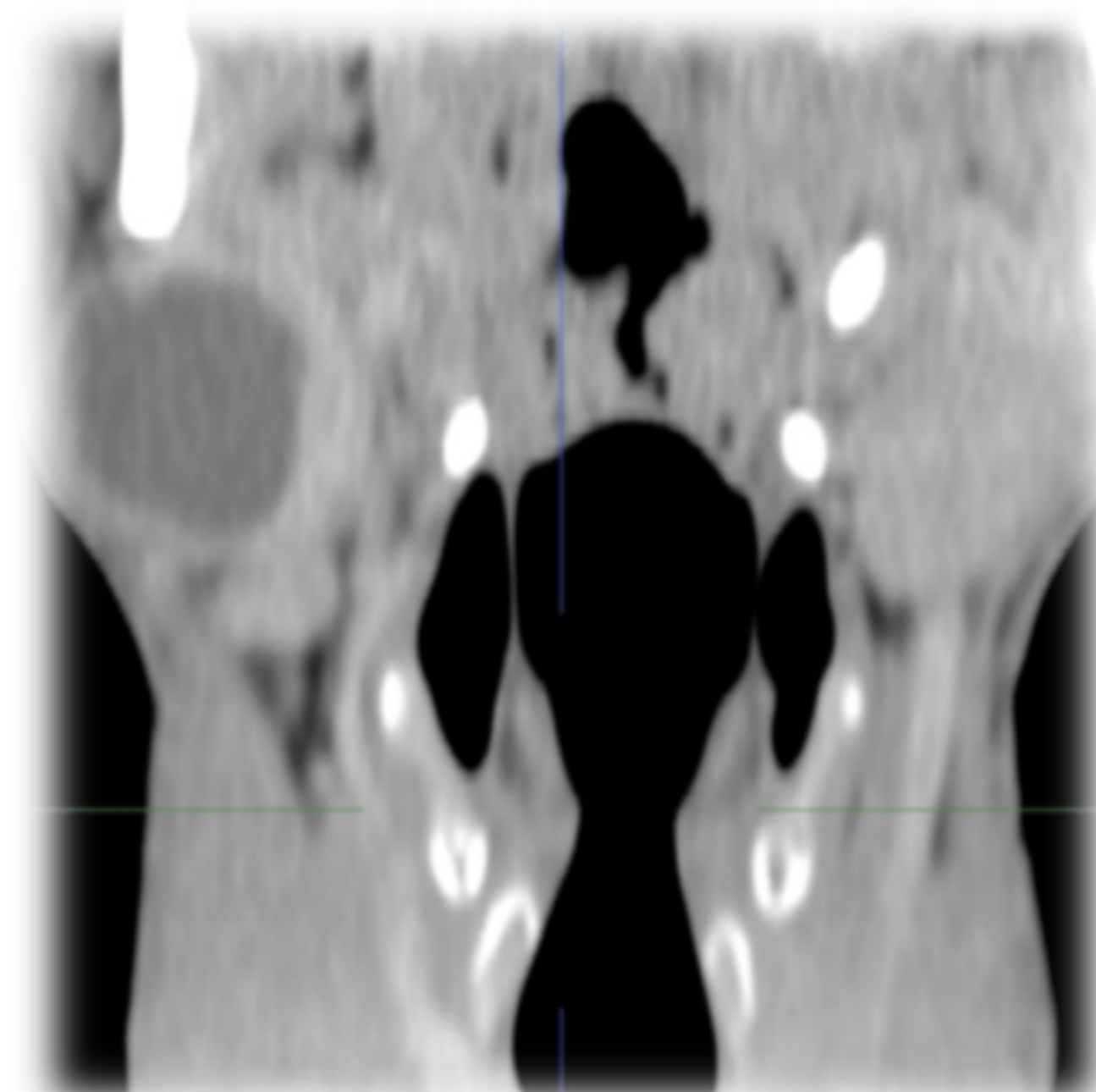
ECO → área central quística con pared gruesa e irregular. Puede haber un componente sólido excéntrico.

Calcificaciones puntiformes → ↑ sospechoso de carcinoma papilar de tiroides.

Doppler → vascularización periférica o intralesional.

TC → **área central de baja atenuación +/- realce anular.**

RM → ↑ T2 ↓ T1.

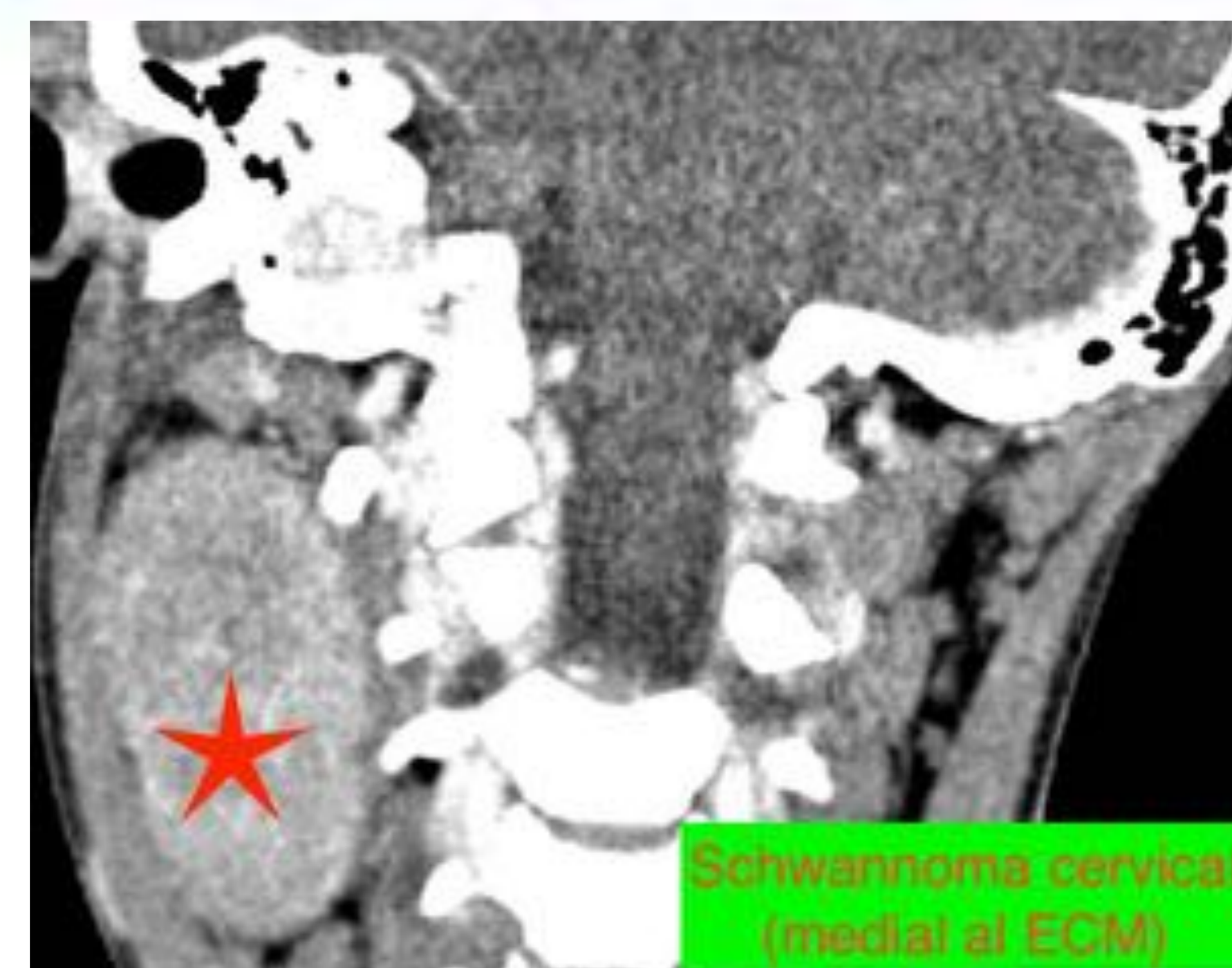


Adenopatía de carcinoma papilar de tiroides en el nivel IIA derecho

REVISIÓN DEL TEMA

9. Tumores neurogénicos

- Espacio carotídeo (n. vago / cadena simpática).
- Espacio cervical posterior (n. espinales / plexo braquial).
- **Schwannomas** (intra o extra-craneales) y neurofibromas → degeneración mucinosa, hemorragia, necrosis → componente quístico.



Hallazgos radiológicos:

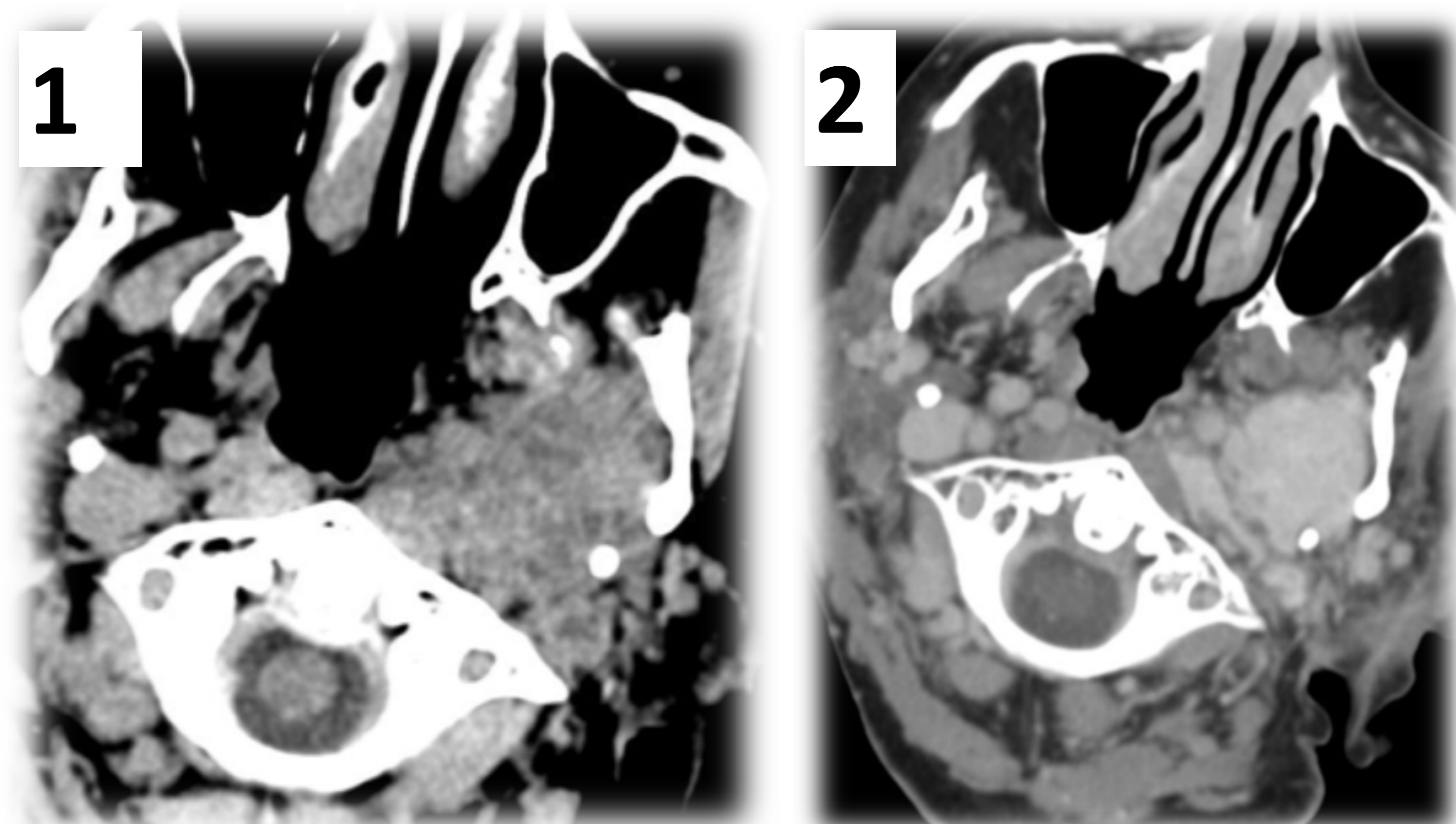
TC /MR:

Bien delimitados, márgenes no-infiltrantes, morfología fusiforme, remodelación ósea, señal heterogénea en RM, niveles líquidos.

Tumor neurogénico → posterior a los vasos.

★ Schwannoma o neurofibroma benigno → DD// masa a lo largo del territorio del nervio. Clínica silente o asintomático. Adenopatías ★

- **Paraganglioma** → en la bifurcación carotídea.



Paraganglioma del glomus carotídeo.
1. TC sin contraste.
2. TC con contraste. Realce homogéneo e intenso de la lesión.

10. Infecciones / lesiones inflamatorias

- Linfadenitis aguda, muy típico. Si TBC → triángulo posterior.
- Celulitis (Angina de Ludwig) → celulitis flemonosa difusa, de diseminación rápida en las partes blandas del suelo de la boca, el espacio submandibular y sublingual. Suele originarse en una infección dental radicular o periodontogénica (2º-3er molar).

Diagnóstico precoz y tratamiento inmediato → supervivencia. Hallazgos radiológicos:

ECO → conglomerado adenopático + edema en los tejidos circundantes. Homogéneos en TC.

Abscesos: cualquier localización → espacios submandibular, retrofaríngeo y parotídeo. **US** → hipo /anecoico + bordes engrosados.

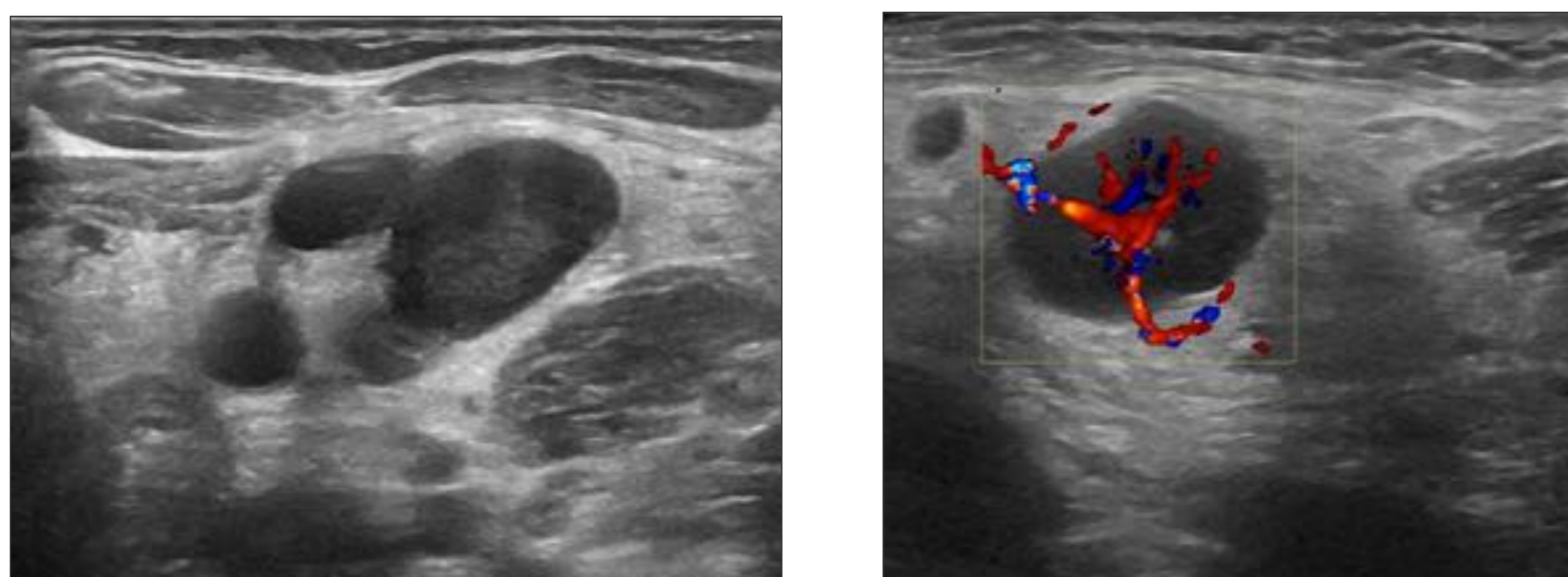
TC → realce anular. Burbujas aéreas.

Tiroiditis aguda supurativa (niños).

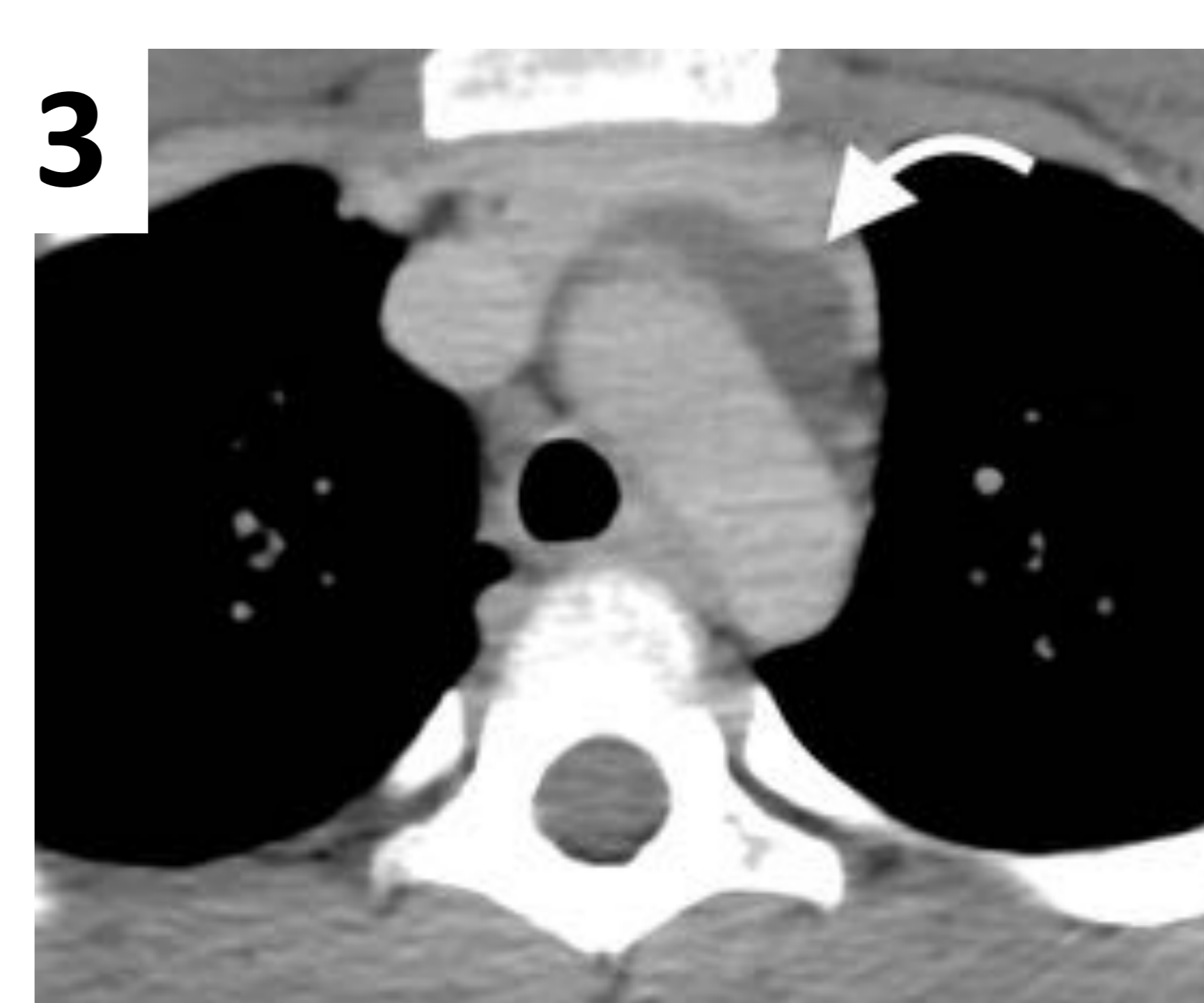
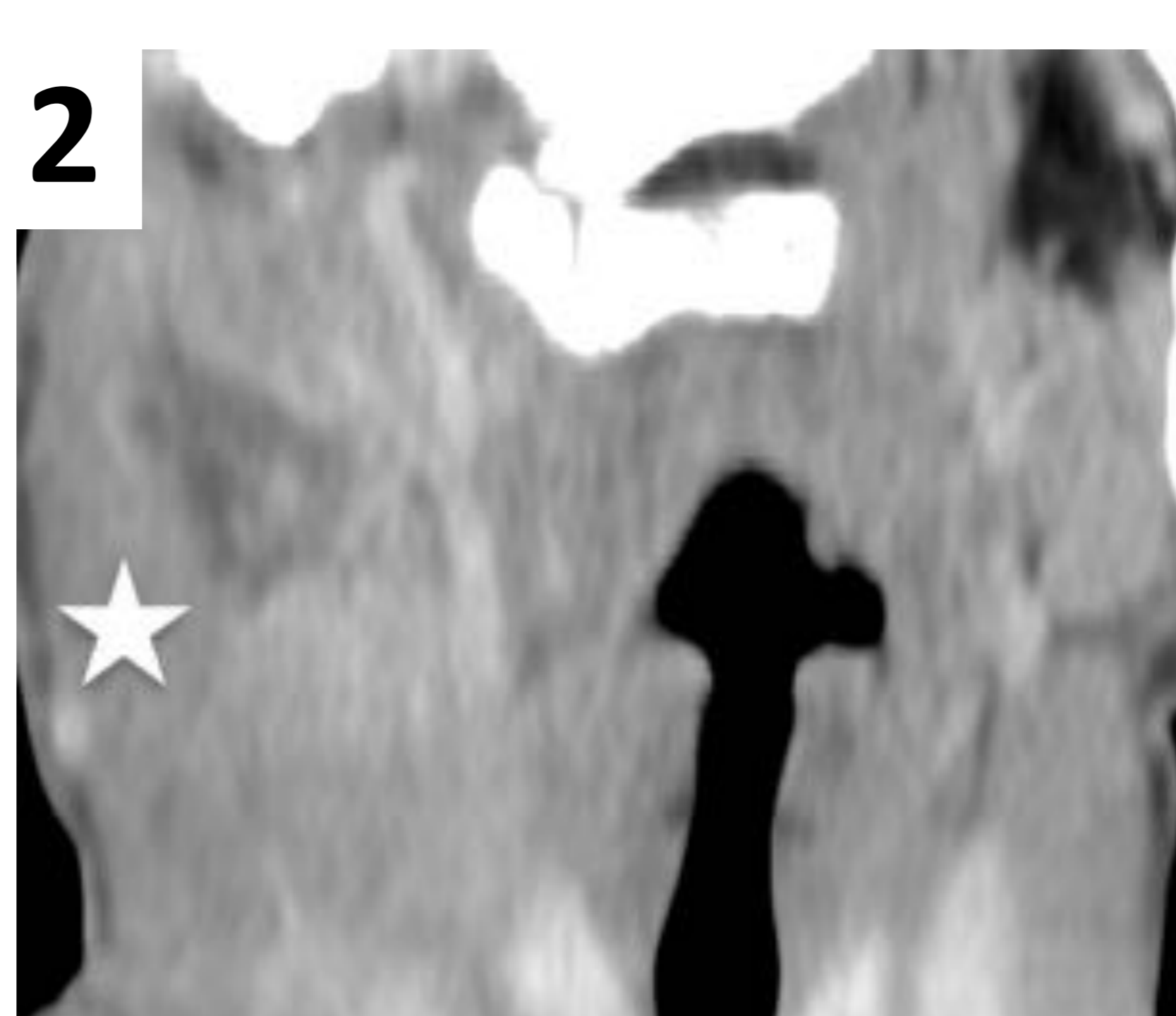
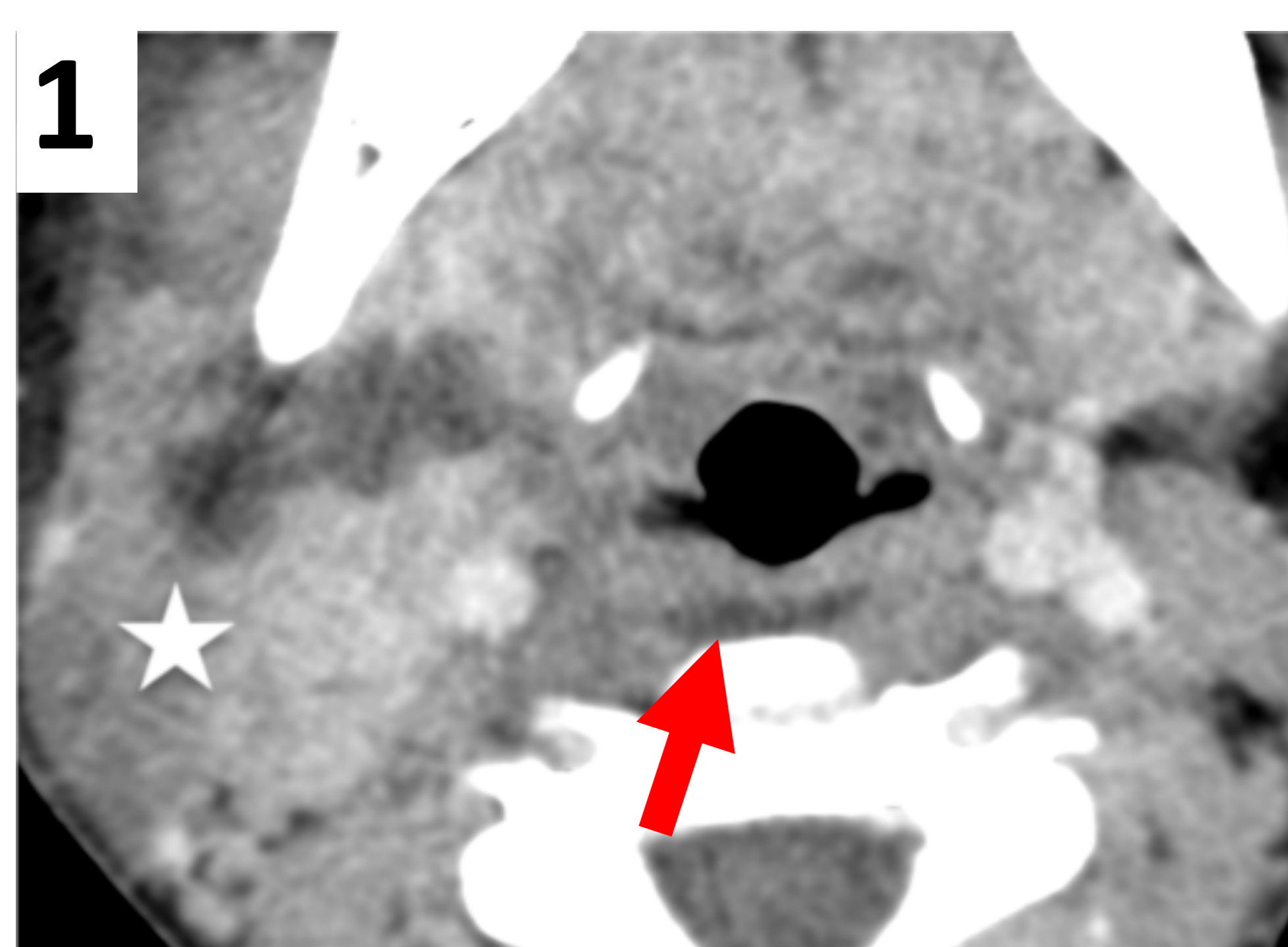
TC es la técnica de estudio por excelencia en sospecha de infección profunda del cuello.

REVISIÓN DEL TEMA

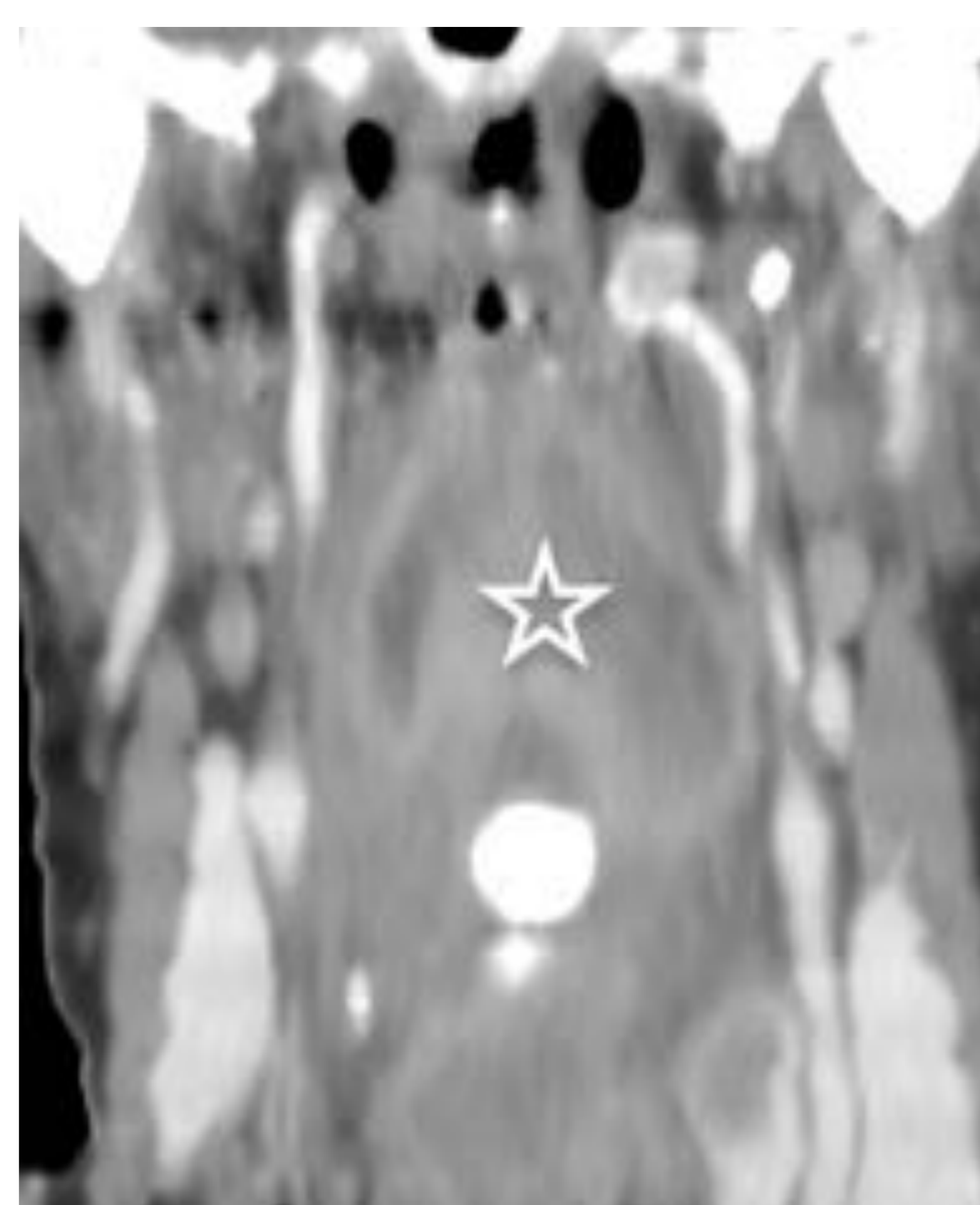
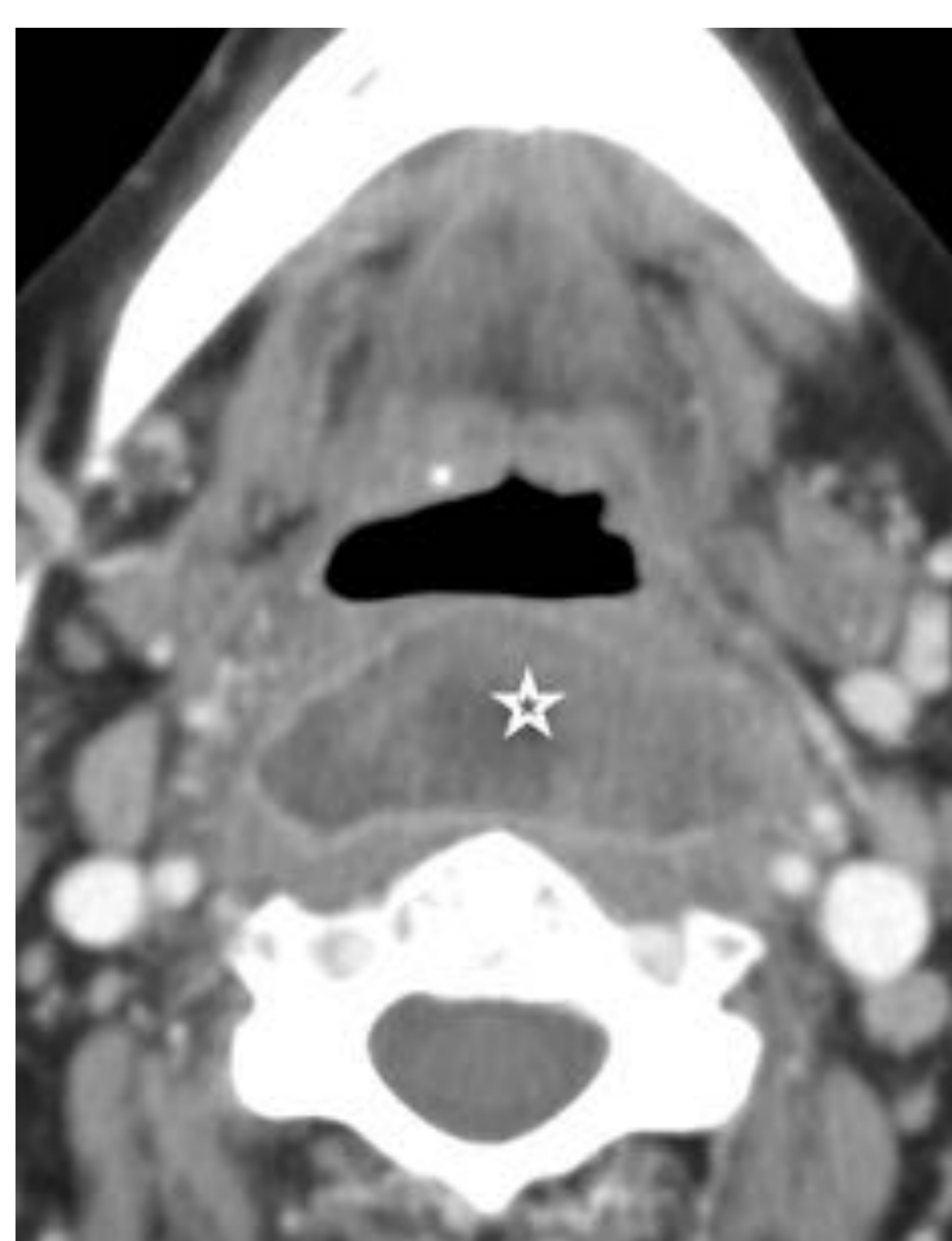
10. Infecciones / lesiones inflamatorias



1 y 2. Linfadenitis aguda en un niño de 4 años.
Adenopatías inflamatorias.
Hiperecogenicidad de la grasa circundante



Niño de 8 años con un absceso en el cuello (★) que alcanza el espacio retrofaríngeo (→) y caudalmente se extiende hasta el mediastino (Fig. 3).



Mujer de 72 años con disfagia y fiebre.
Voluminoso absceso retrofaríngeo (★) con origen odontogénico que se extendía hasta el mediastino (no mostrado).



REVISIÓN DEL TEMA

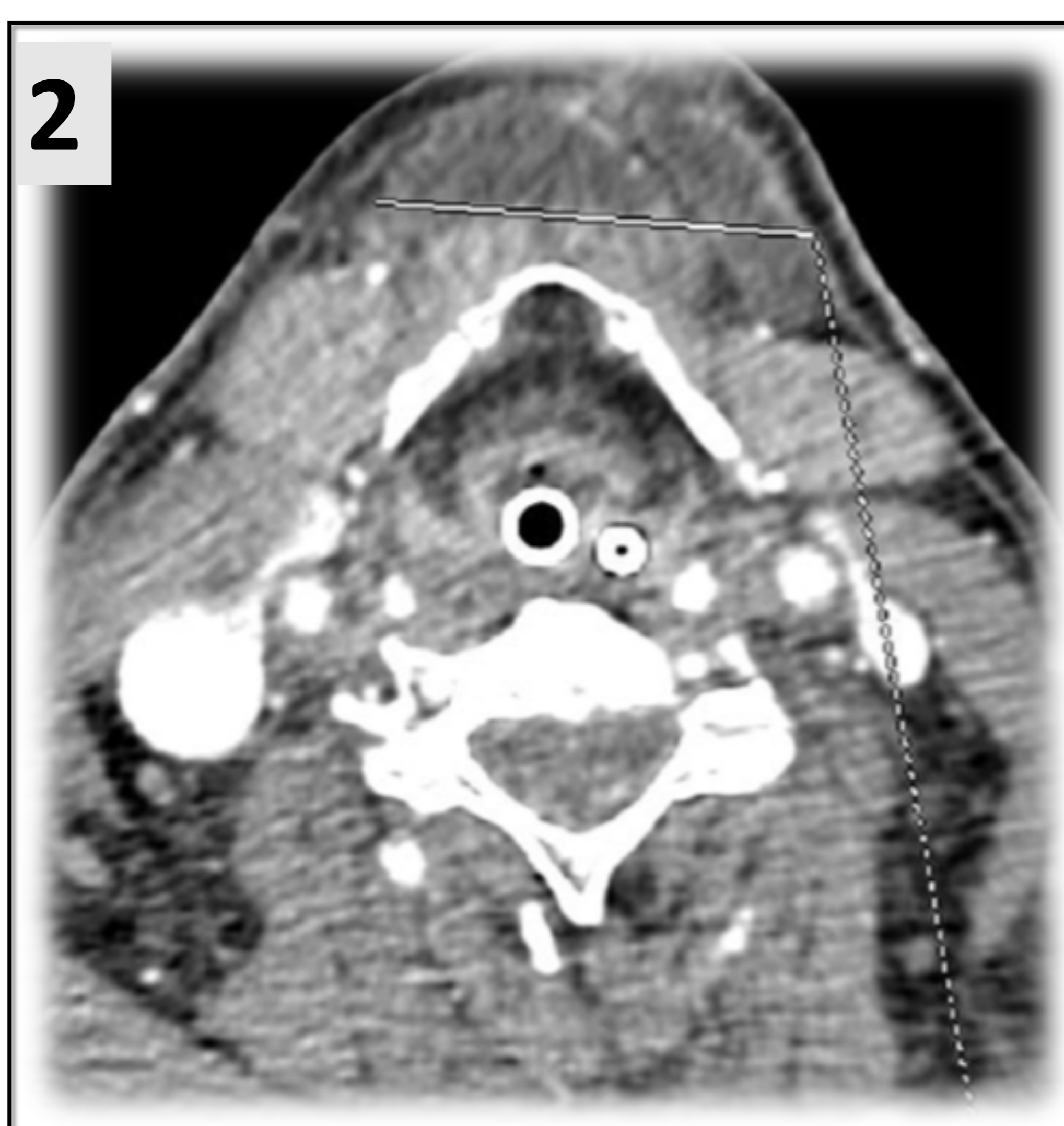
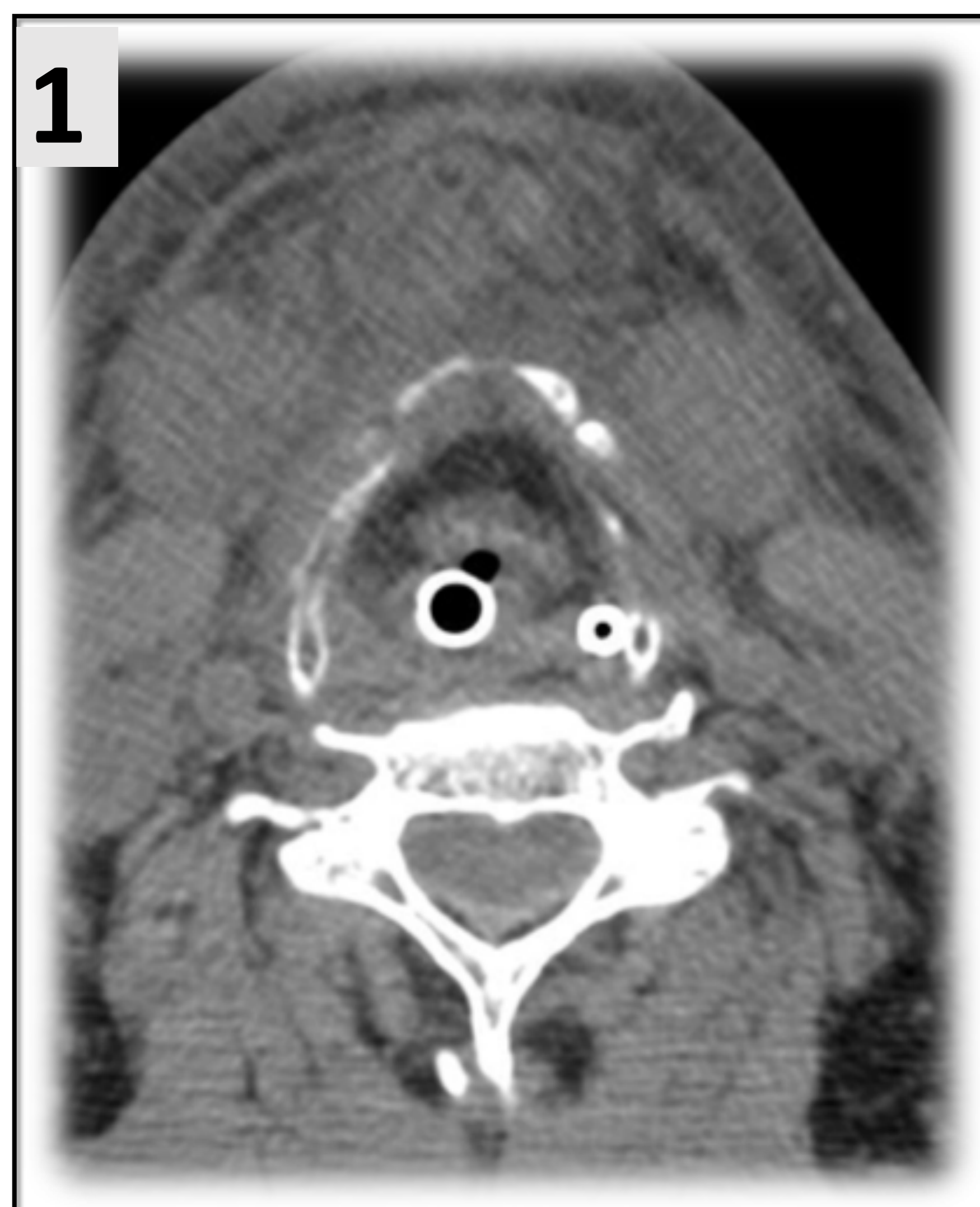
10. Infecciones / lesiones inflamatorias

➤ Angina de Ludwig.

- **Celulitis flemonosa rápidamente progresiva del suelo de la boca.**
- Espacios → submandibular, sublingual y región submentoniana.
- Induración, no-fluctuante del suelo de la boca con elevación de la lengua.
- Infección odontogénica no adecuadamente tratada (85%).
- 2º-3er molar.
- Streptococcus spp., Staphylococcus spp., and Bacteroides spp..
- Otros casos: abscesos periamigdalinos o parafaríngeos resistentes a antibioterapia o mal tratados, complicación de sialoadenitis, extensión de una epiglotitis, o heridas penetrantes en el suelo de la boca (post-IQ).
- **Diagnóstico precoz → amenaza vital.**
- Vía aérea permeable.
- **TC con contraste → Vía aérea + origen dental (absceso?).**

Hallazgos TC:

Edema difuso en el espacio submandibular, sublingual y grasa submentoniana. Gas +/- Abscesos o colecciones organizadas. Elevación de la lengua.



Varón 53 años. Vagabundo. Boca séptica.

Acude por odinofagia intensa y dificultad para tragar. Séptico y con fallo renal a la llegada por lo que se realiza TC sin contraste. Se procede a IOT ante la sospecha de angina de Ludwig para mantener la vía aérea permeable.

TC: borramiento de la grasa superficial y profunda de la región cervical anterior, espacios subamndibular, sublingual y grasa submentoniana, músculo platisma → celulitis difusa flemonosa (**Fig. 1**).

Tras el soporte hídrico y antibiótico durante 48 h, la función renal se recupera y se repite el TC, ésta vez con introducción de contraste yodado.

Colecciones submentonianas y submandibulares coalescentes entre sí con menor afectación de la grasa (**Figs. 2 y 3**).



REVISIÓN DEL TEMA

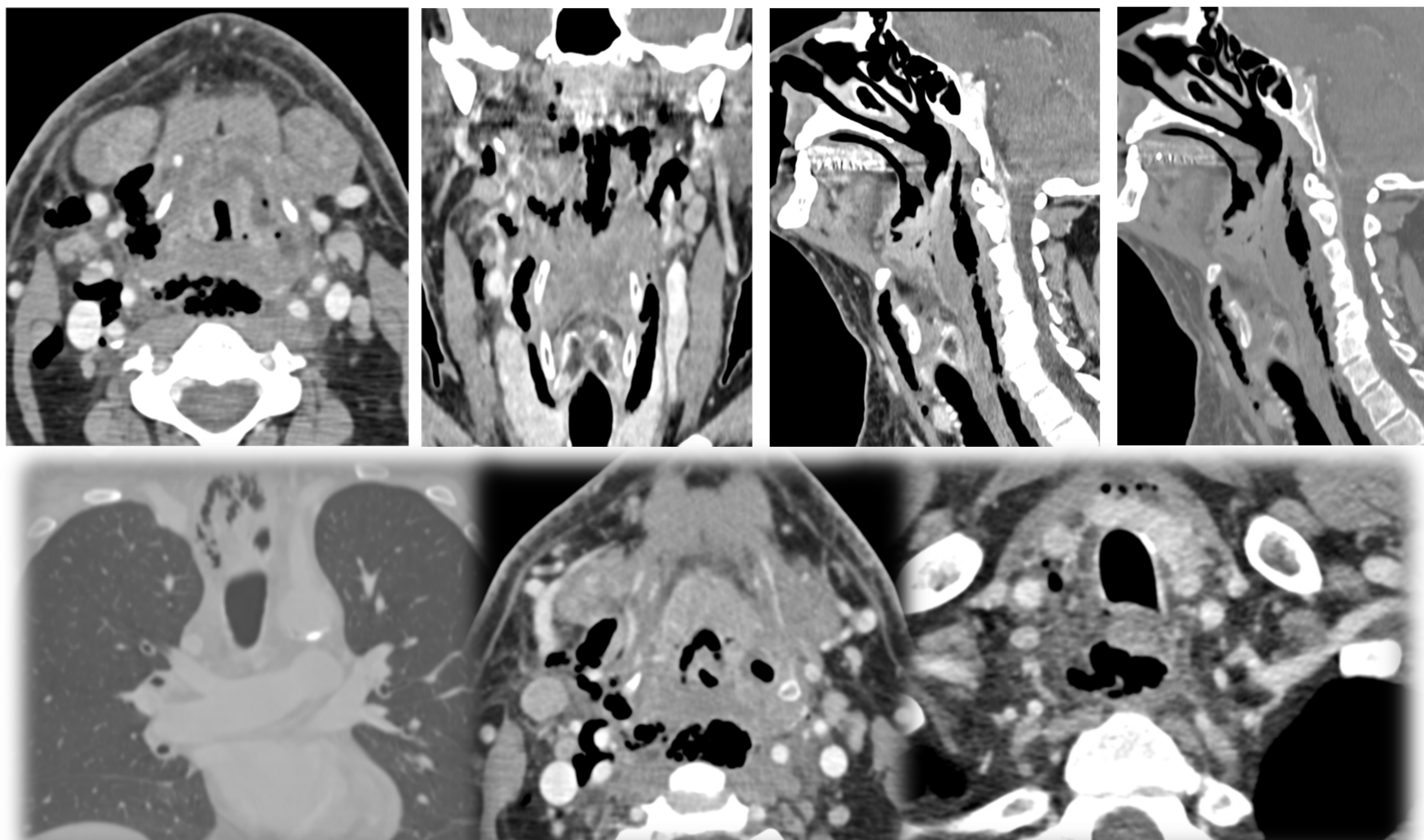
10. Infecciones / lesiones inflamatorias

➤ Angina de Ludwig.

- **Celulitis flemonosa rápidamente progresiva del suelo de la boca.**
- Espacios → submandibular, sublingual y región submentoniana.
- Induración, no-fluctuante del suelo de la boca con elevación de la lengua.
- Infección odontogénica no adecuadamente tratada (85%).
- 2º-3er molar.
- Diagnóstico precoz → amenaza vital.
- Vía aérea permeable.
- TC con contraste → Vía aérea + origen dental (absceso?).

Hallazgos TC:

Edema difuso en el espacio submandibular, sublingual y grasa submentoniana. Gas +/- Abscesos o colecciones organizadas. Elevación de la lengua.



Varón 64 años. Fumador de medio paq/día. No FRCV ni otros hábitos tóxicos. Odinofagia de 5 días. Dx previo de amigdalitis tratada con amoxicilina y AINEs. En las últimas 24 h, edema del cuello, dificultada para la deglución, cervicalgia y abundante expectoración. Voz gangosa.

TC: Extensa colección gas en los espacios parafaríngeo, retrofaringeo, submandibular, prevertebral, carotídeo, masticador, strap-muscle y que alcanza el mediastino (anterior y posterior) → **mediastinitis aguda**. Además, borramiento de los planos grasos adyacentes. **ANGINA DE LUDWIG COMPLICADA.**

El paciente fue a quirófano para drenaje de las colecciones (cirugía torácica y ORL).

REVISIÓN DEL TEMA

11. Lesiones quísticas de las glándulas salivares.

- Sialoquistes → quistes adquiridos → obstrucción del conducto glandular.

Inflamación, cálculos, trauma, complicaciones postquirúrgicas o masas tumorales ↔ **obstrucción ductal.**

Glándula Submaxilar.

Quistes verdaderos → revestimiento epitelial.

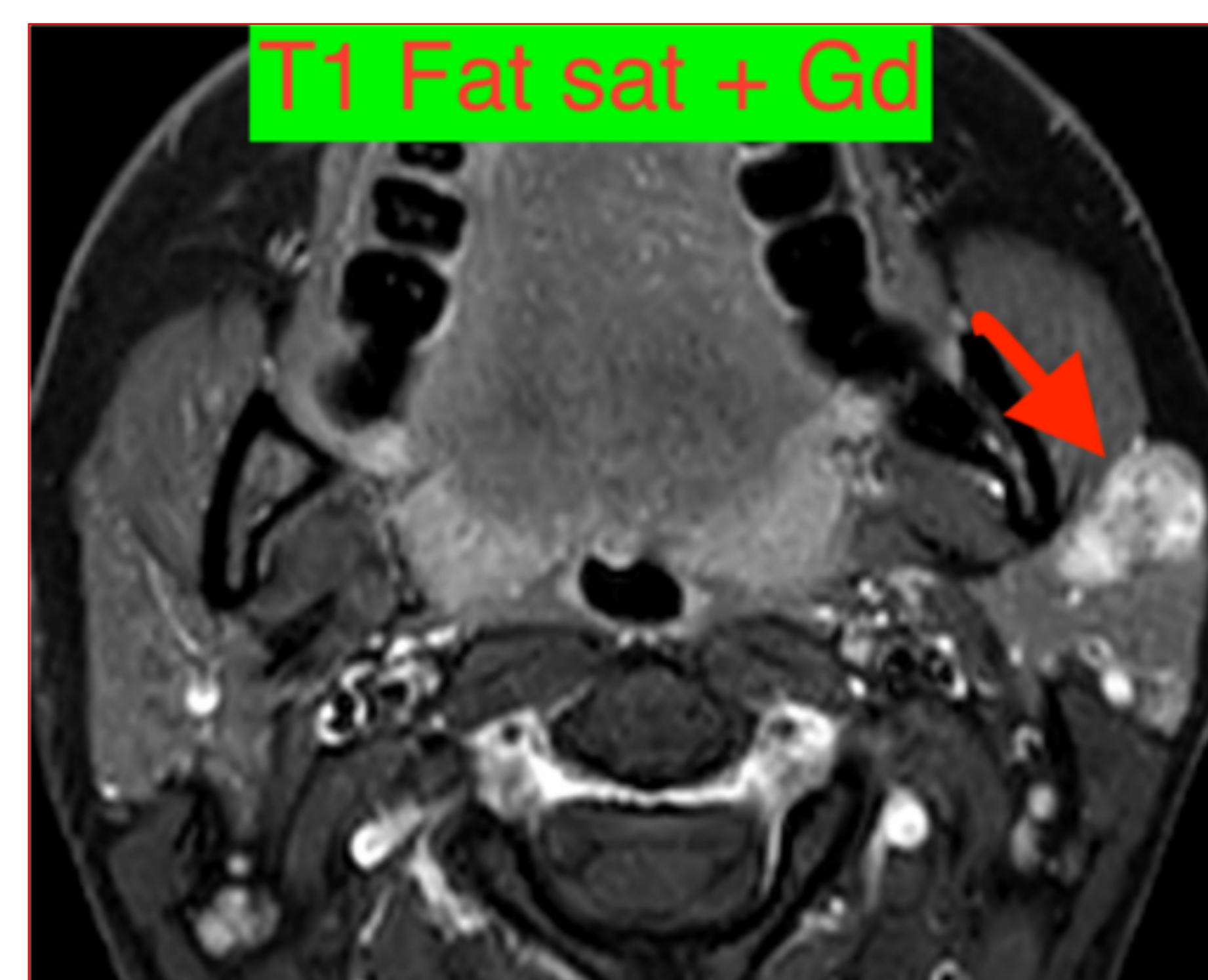
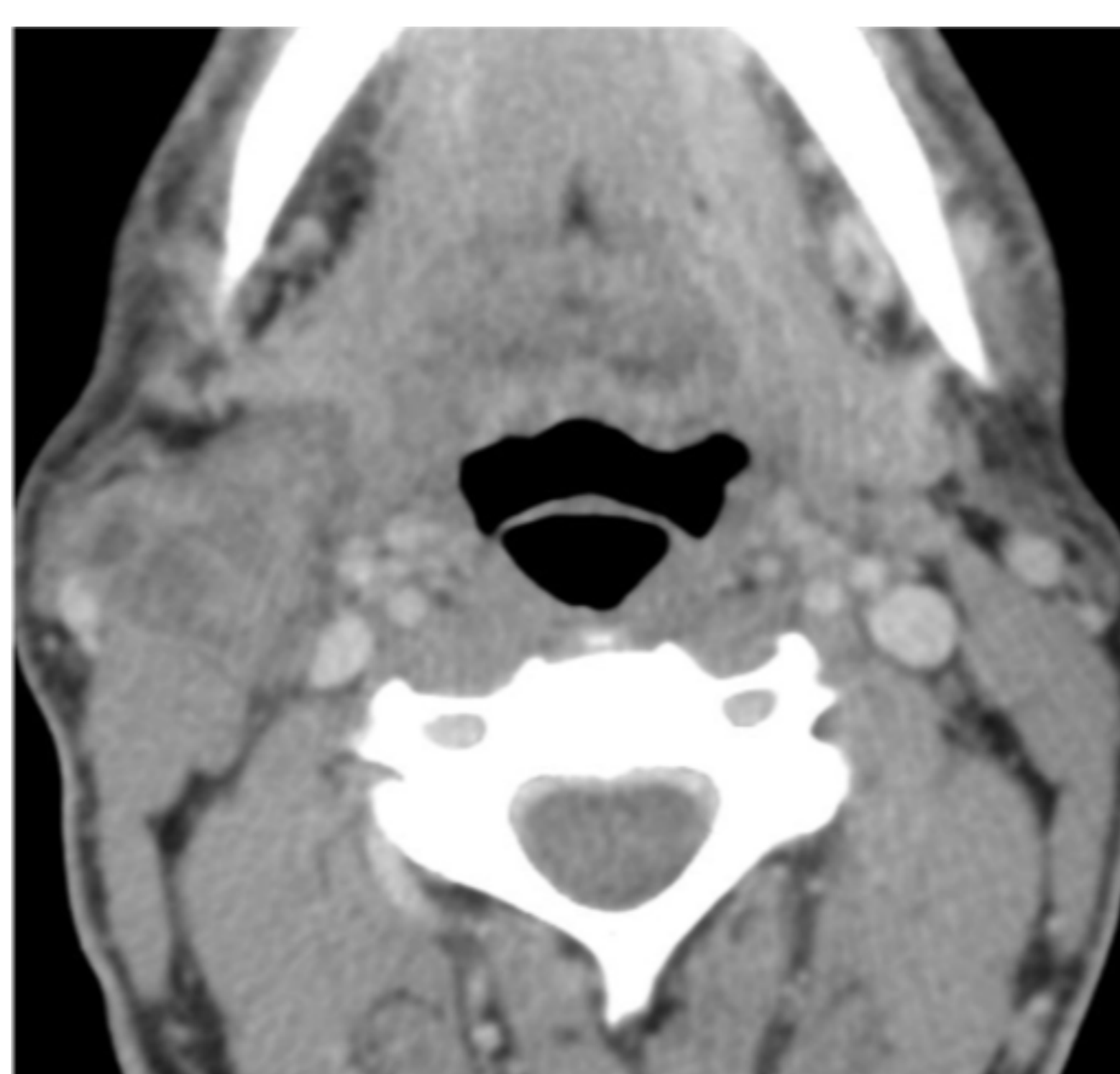
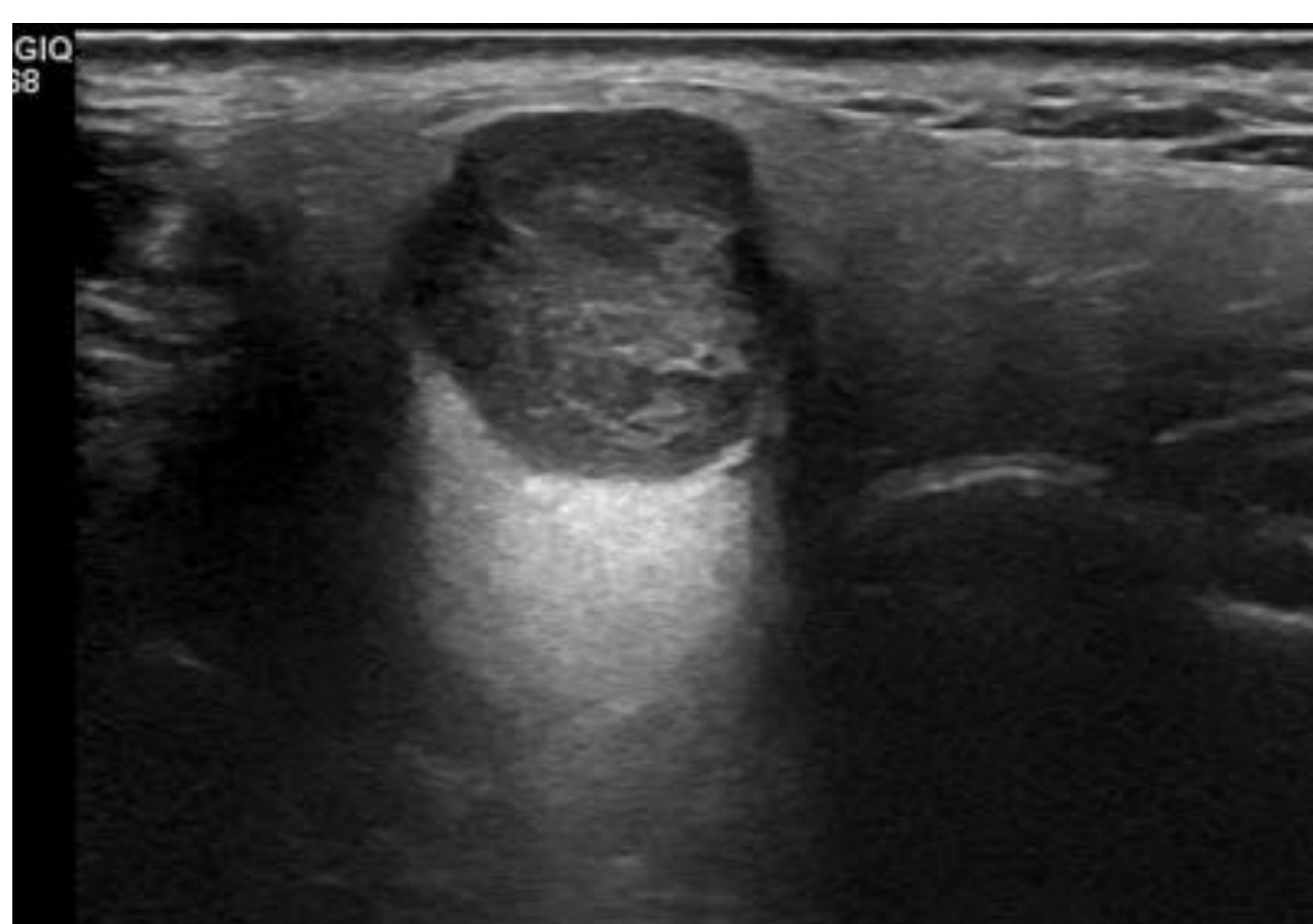
5th década.

PAAF → confirmación.

GLÁNDULA PARÓTIDA ⇒ MUY COMÚN EN NIÑOS (parotiditis).

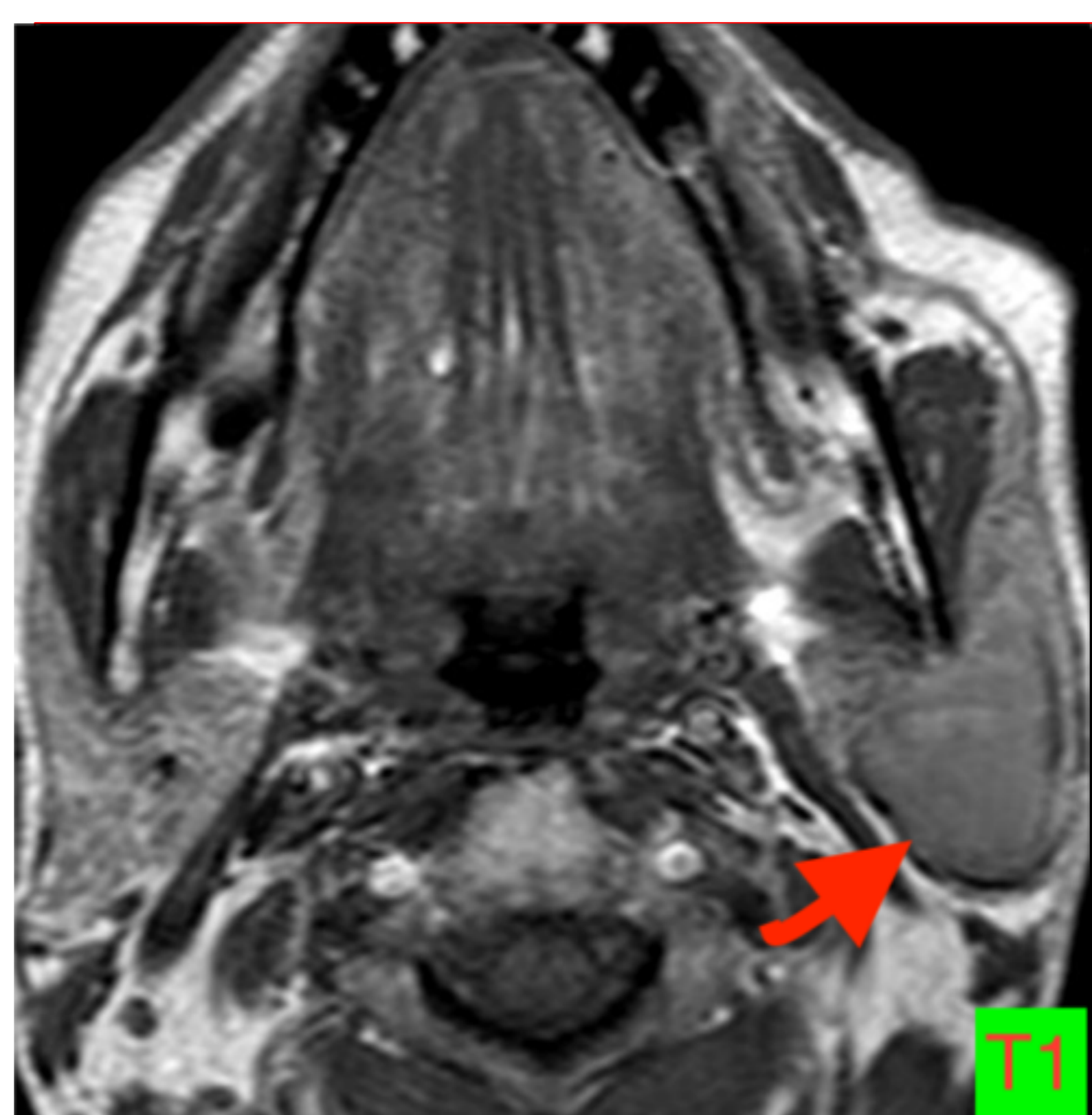
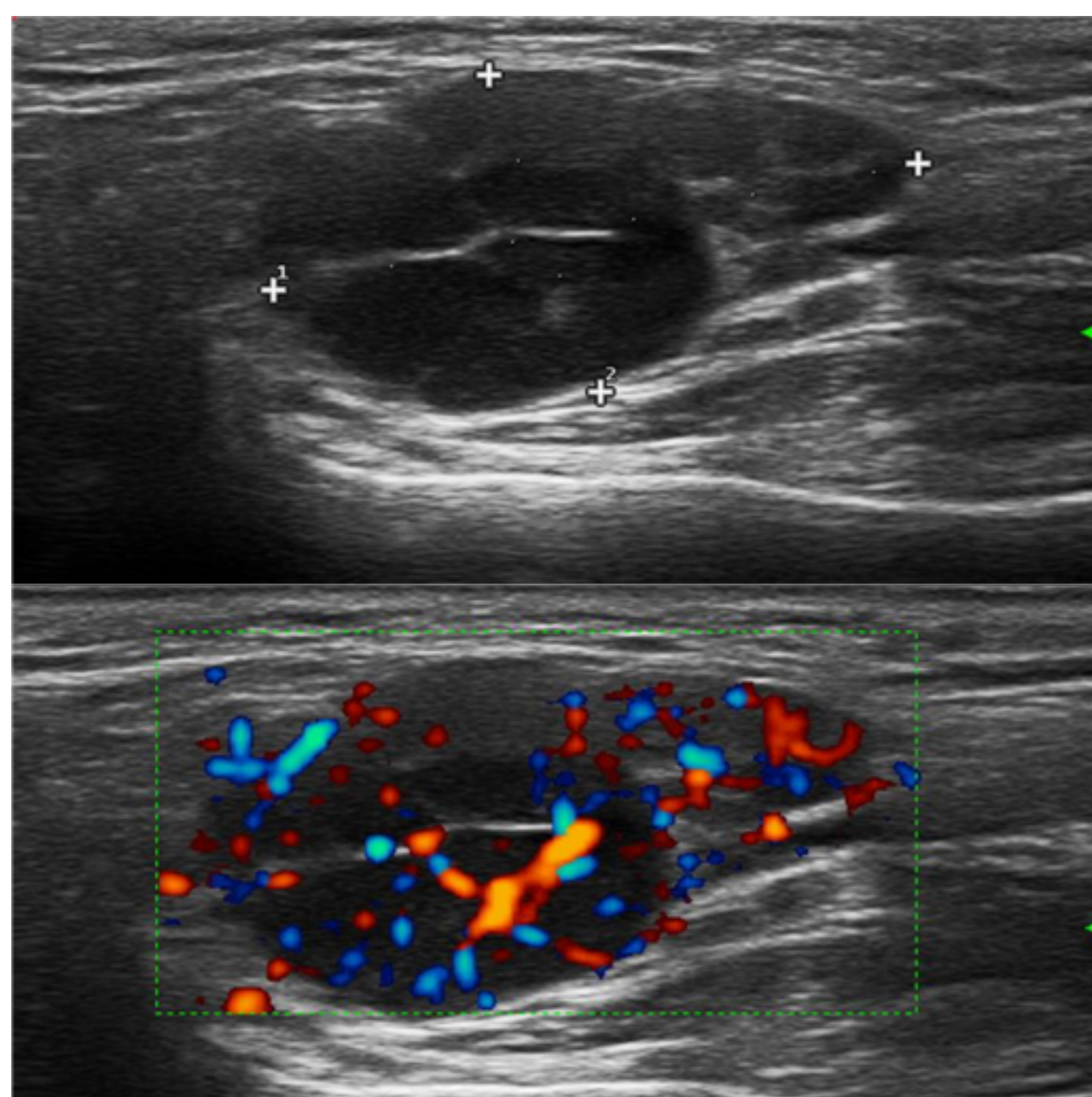
2 tipos de patología benigna:

1. Adenoma pleomorfo.
2. Tumor de Warthin.
3. Hemangioma.



Adenoma pleomorfo. Hallazgos radiológicos en ecografía, TC con contraste y RM (secuencia potenciada en T1 + saturación grasa + gadolinio).

Lesión hipoecoica / hipodensa bien delimitada en la glándula parótida derecha con realce homogéneo.



Tumor de Warthin. Ecografía y RM (secuencias potenciadas en T1 y DWI). Hiper en T1 (contenido proteináceo) y restricción de Difusión.

REVISIÓN DEL TEMA

12. Lesiones quísticas del tiroides.

Quistes verdaderos. Raros. Niños.

Hemorragia o degeneración \leftrightarrow BMN.

Hallazgos radiológicos:

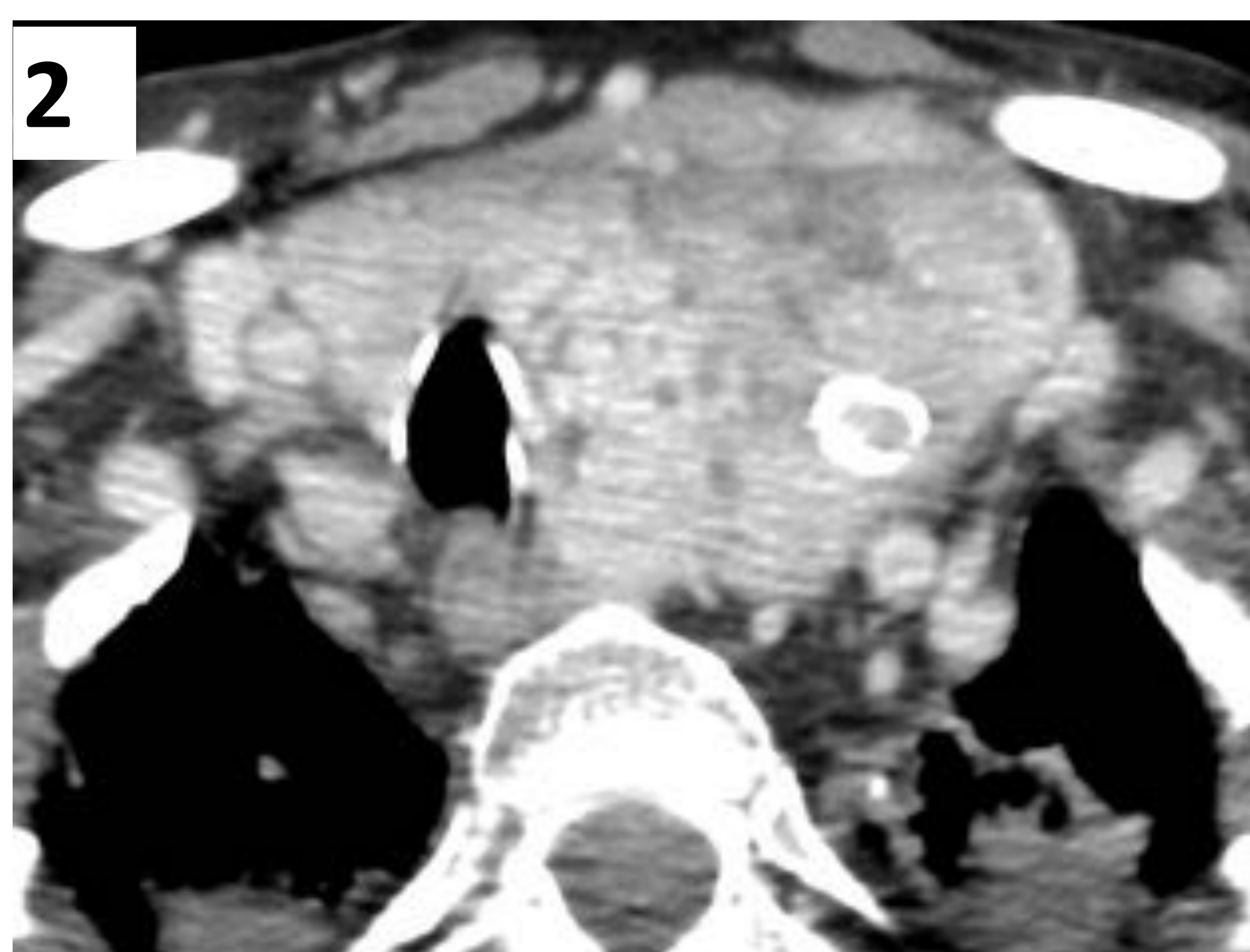
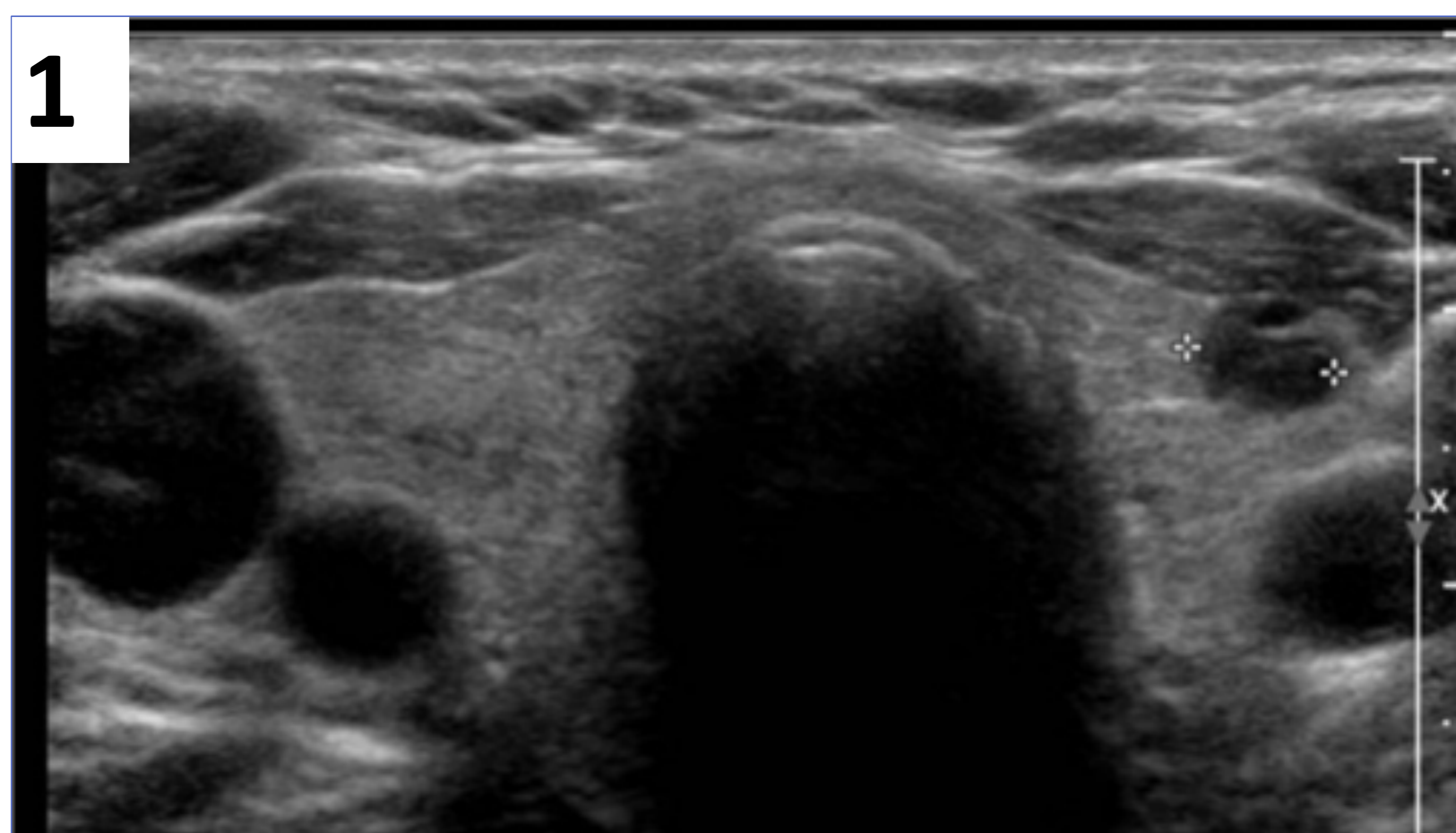
ECO \rightarrow lesiones quísticas con ecos y septos internos. Signo de la *cola de cometa*.

Tiroiditis supurativa con absceso, muy raro. Masa heterogénea e hipoecoica, mal delimitada, con debris en el interior.

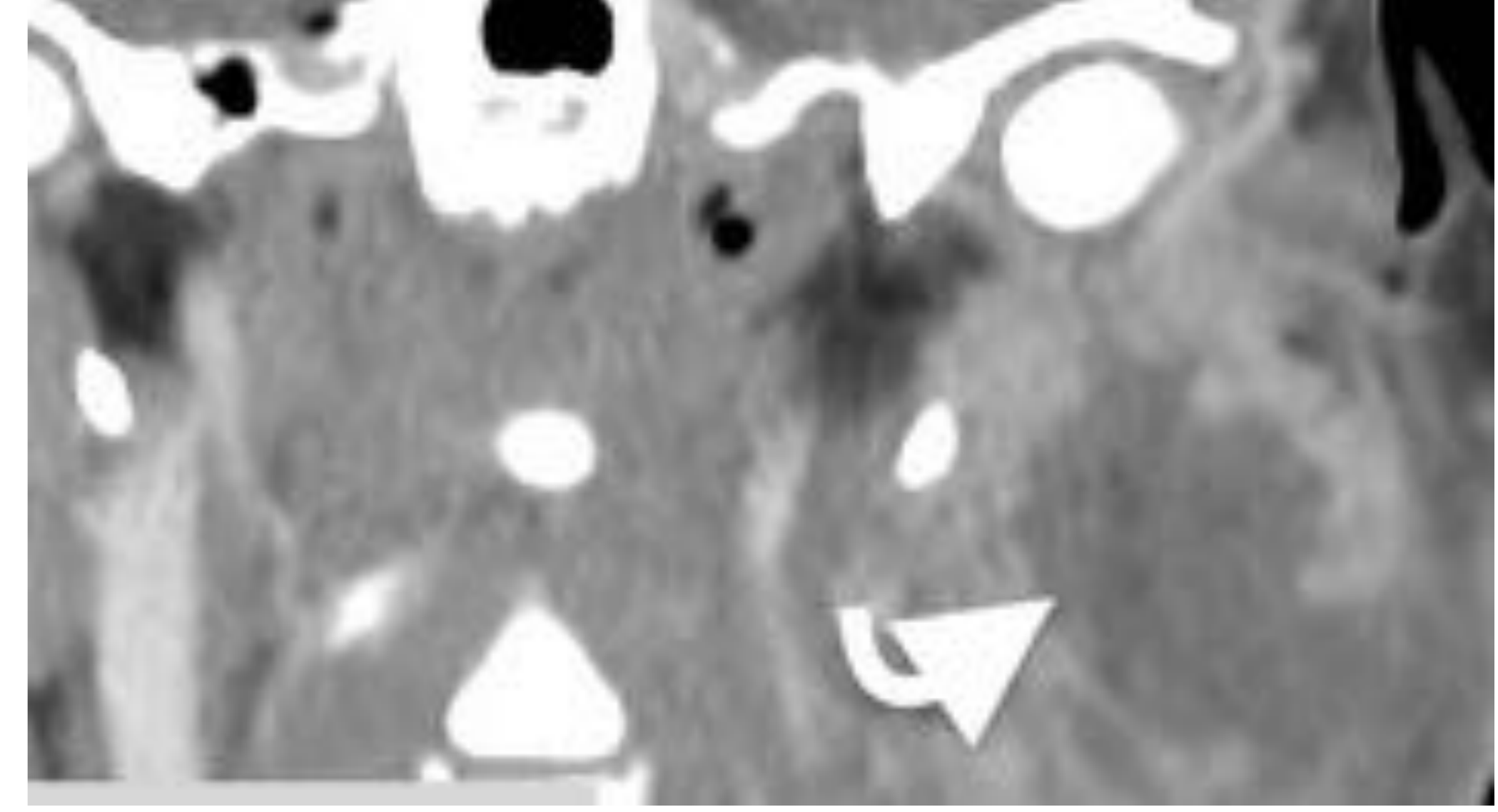
TC \rightarrow Masa simple o multiloculada, con atenuación baja (hipodensa), con realce periférico. Obstrucción de la grasa peritiroidea con adenopatías reactivas. Puede haber burbujas aéreas.

BMN \rightarrow causa muy frecuente de consulta por bulto en el cuello.

Tiroides nodular de normal tamaño con nódulos anecoicos, predominantemente quísticos o coloideos (TIRADS-2).



Bocio Multinodular (BMN) endotorácico con estenosis traqueal. Figs. 2 y 3.



Absceso parotídeo

REVISIÓN DEL TEMA

13. Infección e Inflamación

- Espacio periamigdalino, espacio parafaríngeo, espacio submandibular, espacio retrofaríngeo, espacio superficial, espacio visceral anterior, espacio vascular y la glándula parótida.

1. ABSCESOS.
2. CELULITIS ⇔ Angina de Ludwig.

14. Lesiones sólidas

Generalmente causa *inflamatoria o neoplásica*.

1. MALIGNIDAD → represented by ⇒ **NÓDULOS LINFOIDES NECRÓTICOS** ⇔ **Cáncer de Cabeza y Cuello (CyC)**.

Hay sitios específicos para metástasis de tumores primarios de CyC:

- **Faringe, laringe, esófago, carcinoma papilar de tiroides** metastatizan a lo largo de la **cadena yugular interna (niveles II y III)**.
- Tumores de la **cavidad oral** metastatizan en **espacio submandibular y regiones cervicales altas (niveles IB y VA)**. Aunque el **carcinoma de lengua** tiende a dar “**skip metástasis**” en la región baja del cuello.
- Primarios infraclaviculares (**mama o pulmón**) suelen metastatizar en la **fosa supraclavicular y en el triángulo posterior (niveles IV y VB)**.
- Carcinoma nasofaríngeo (**cavum**) normalmente se extiende a la **región cervical alta, espacio retrofaríngeo y a los triángulos posteriores (niveles II y VA)**.

2. HUESO / CARTÍLAGO.

- Osteocondromas (ostecondromatosis).
- Osteomas (osteoma solitario de la mandíbula).
- Displasia Fibrosa.
- Tumores óseos malignos (osteosarcoma maxilar) o metástasis óseas.
- Vasculitis / tóxicos con afectación / remodelación ósea (granulomatosis Wegener's / cocaína).

-
1. Metástasis
 2. Linfoma

REVISIÓN DEL TEMA

14. Lesiones sólidas

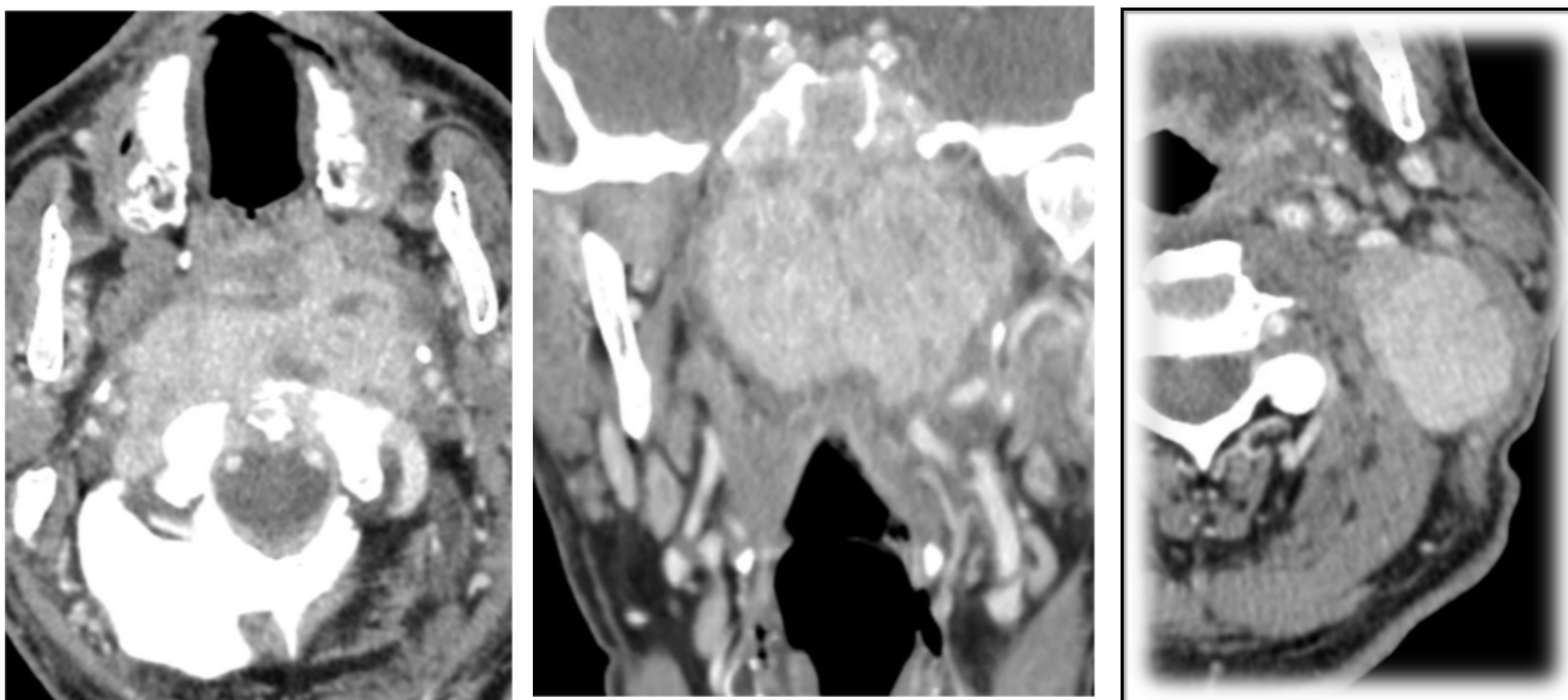
Generalmente causa *inflamatoria o neoplásica*.

- 1. Metástasis
- 2. Linfoma

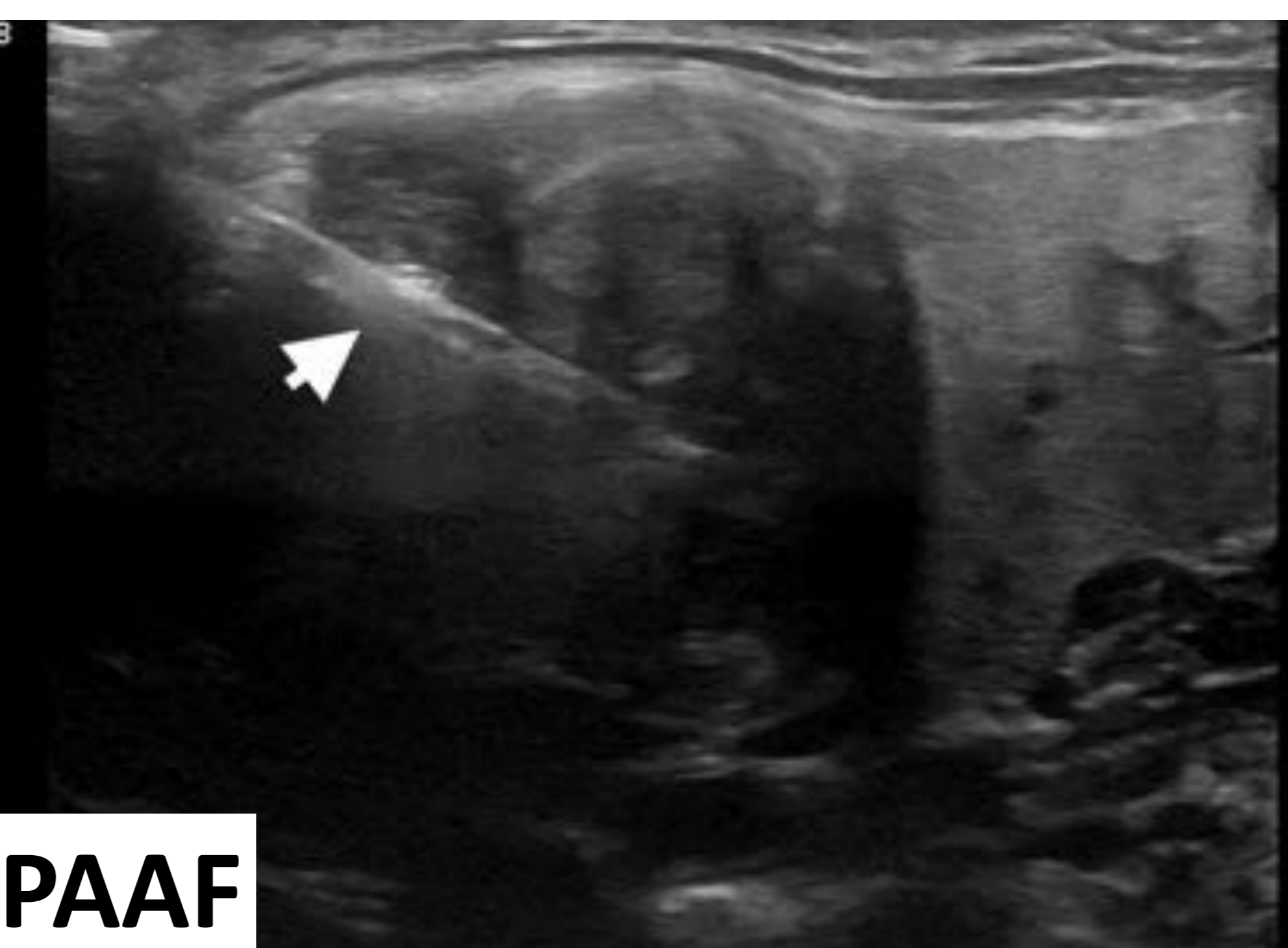
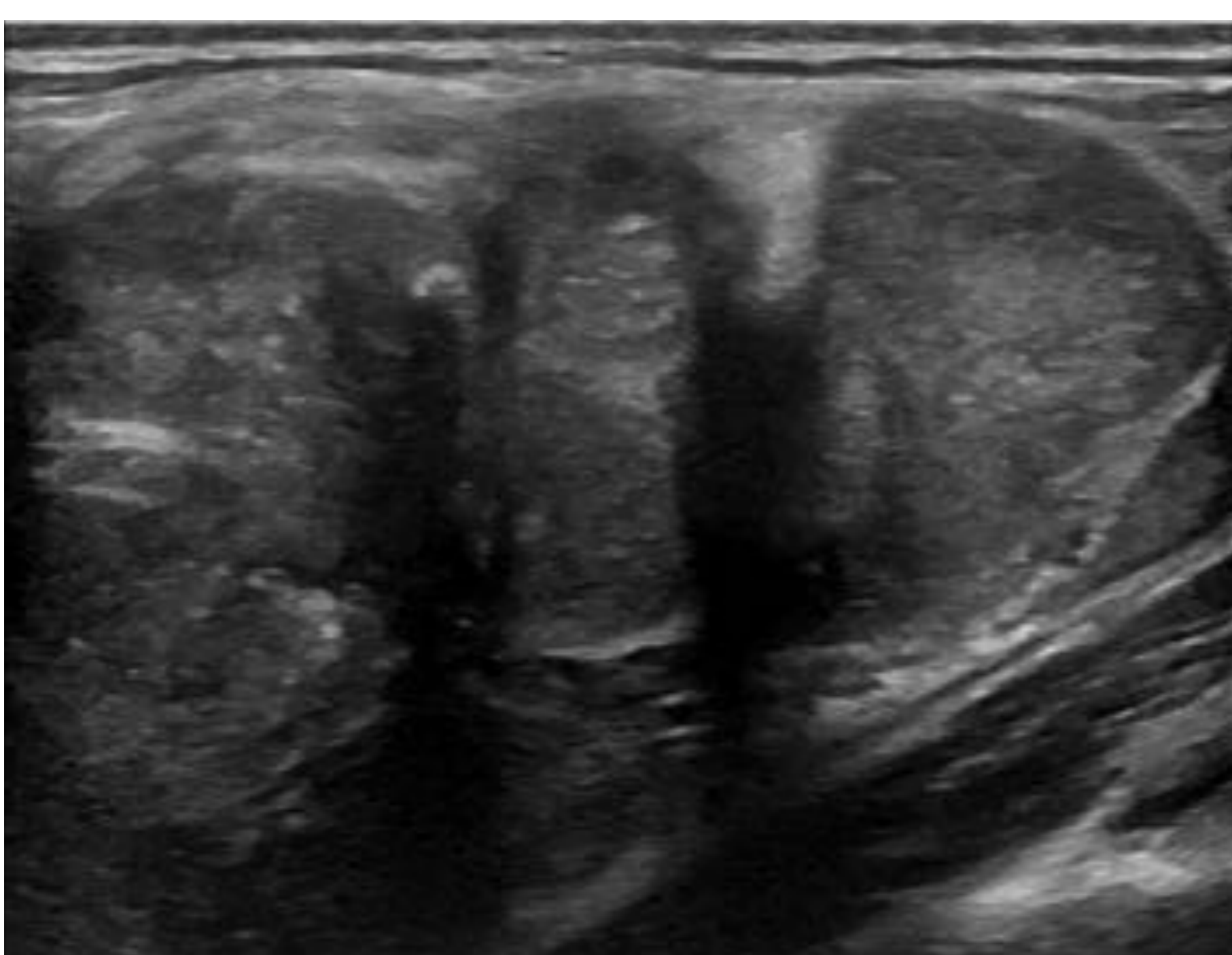
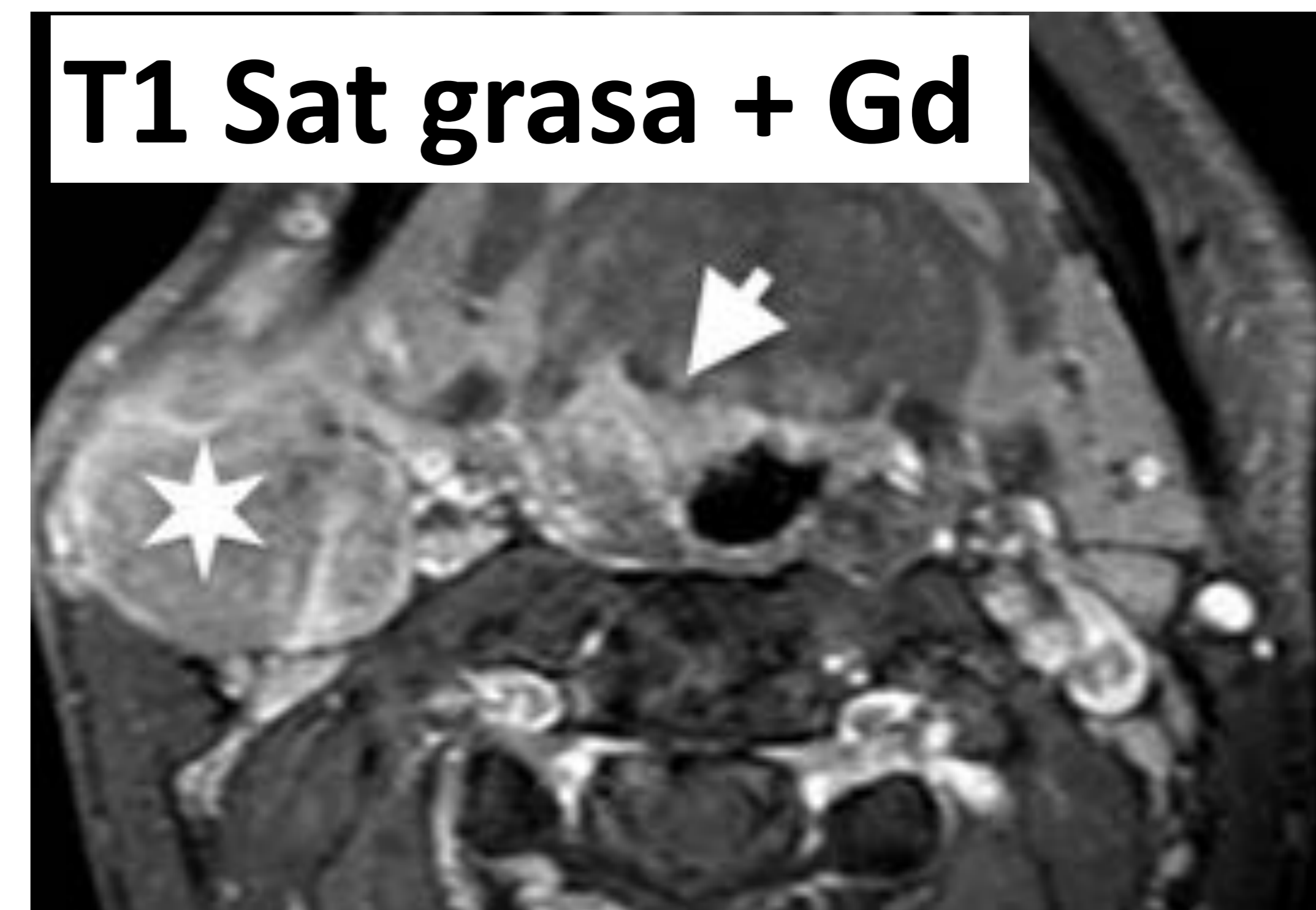
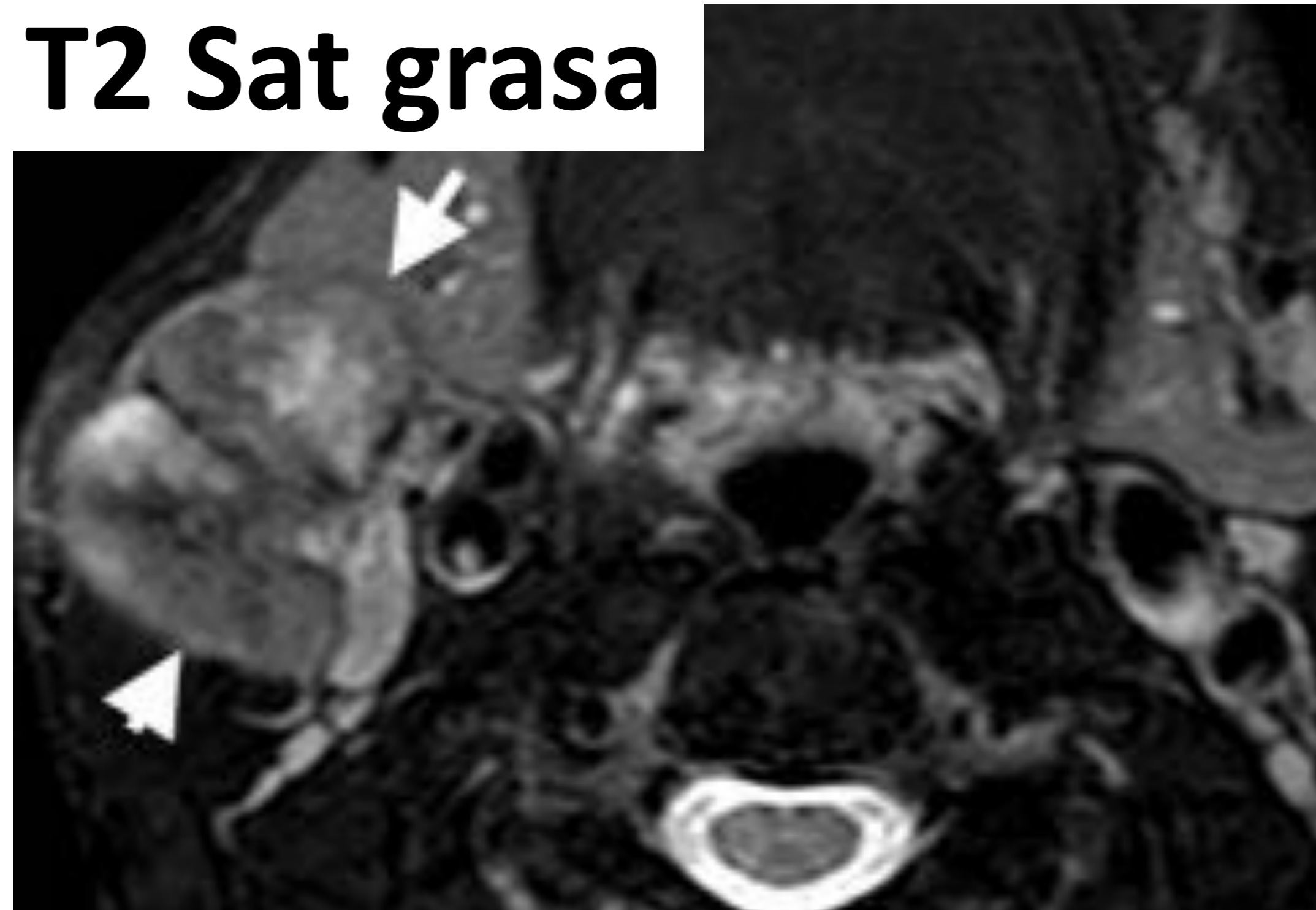
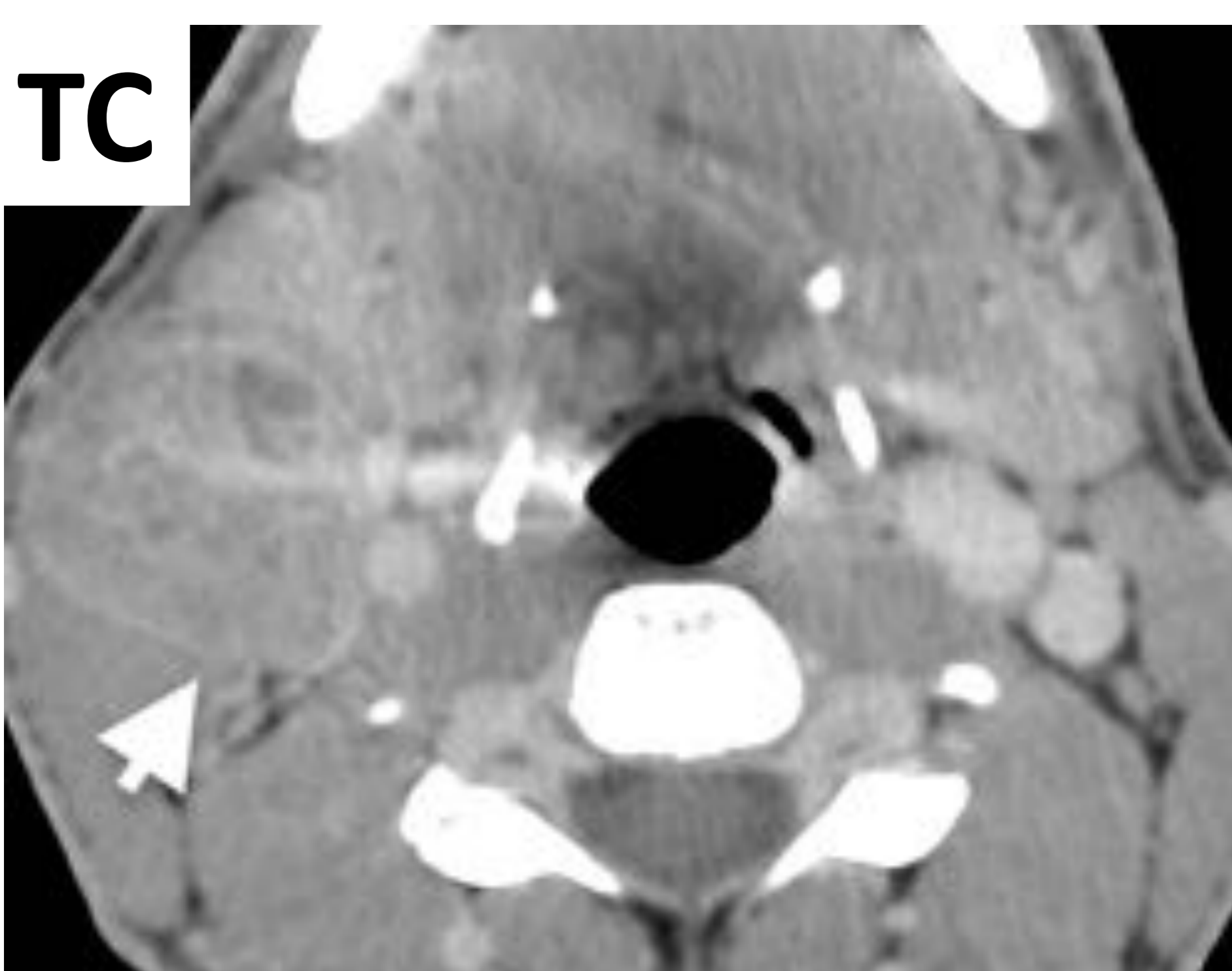
1. MALIGNIDAD ⇒ **NÓDULOS LINFOIDES NECRÓTICOS** ⇐ **Cáncer de Cabeza y Cuello (CyC)**.

Hay sitios específicos para metástasis de tumores primarios de CyC:

- **Faringe, laringe, esófago, carcinoma papilar de tiroides** metastatizan a lo largo de la **cadena yugular interna (niveles II y III)**.
- Tumores de la **cavidad oral** metastatizan en **espacio submandibular y regiones cervicales altas (niveles IB y VA)**. Aunque el **carcinoma de lengua** tiende a dar “**skip metástasis**” en la región baja del cuello.
- Primarios infraclaviculares (**mama o pulmón**) suelen metastatizar en la **fosa supraclavicular y en el triángulo posterior (niveles IV y VB)**.
- Carcinoma nasofaríngeo (**cavum**) normalmente se extiende a la **región cervical alta, espacio retrofaríngeo y a los triángulos posteriores (niveles II y VA)**.

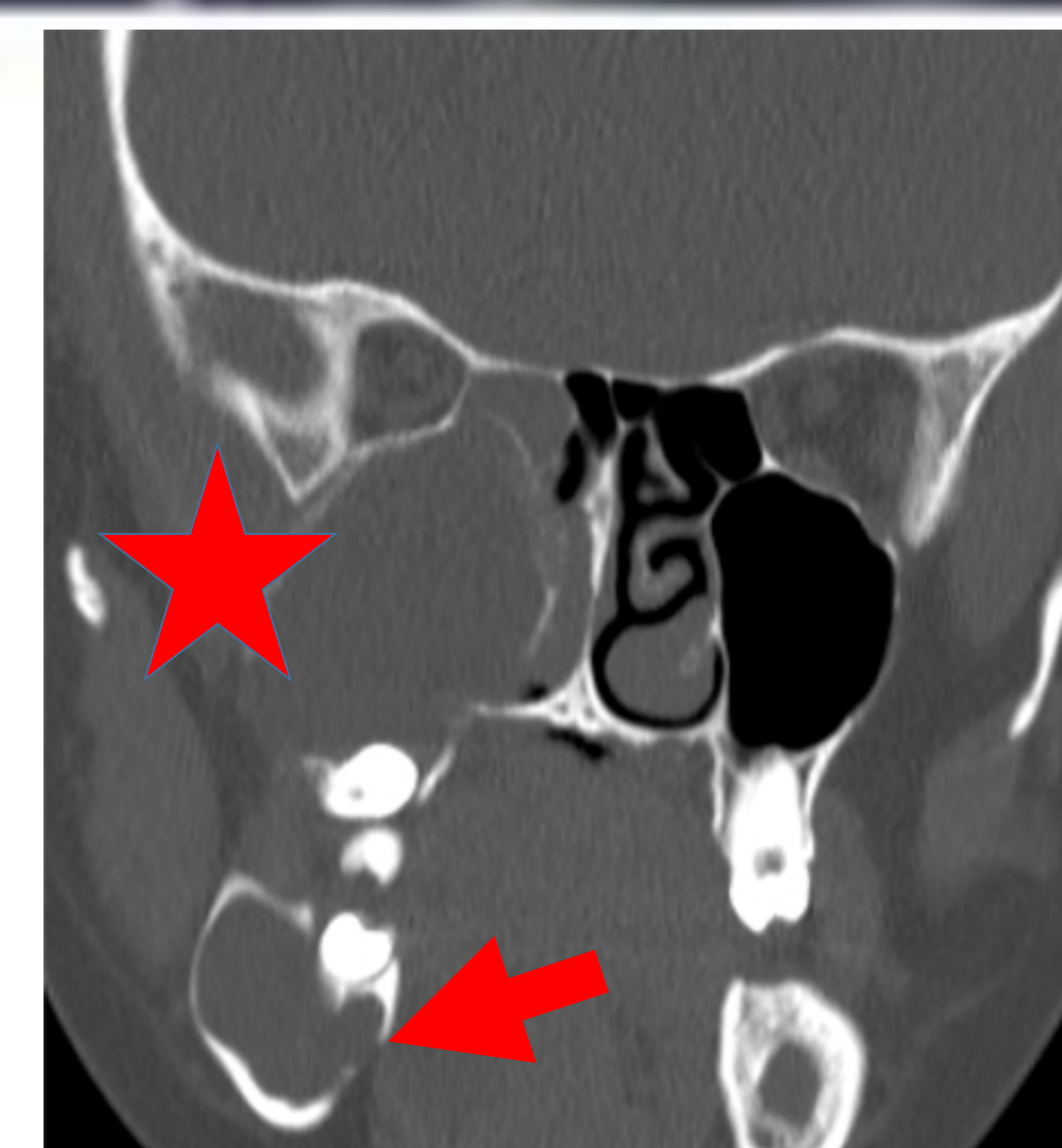


Carcinoma de cavum con adenopatía cervical alta (nivel IIB).



Adulto varón de 40 años. Ca. Epidermoide de amígdala derecha VPH +, P16+, con conglomerado adenopático en el nivel IIA.

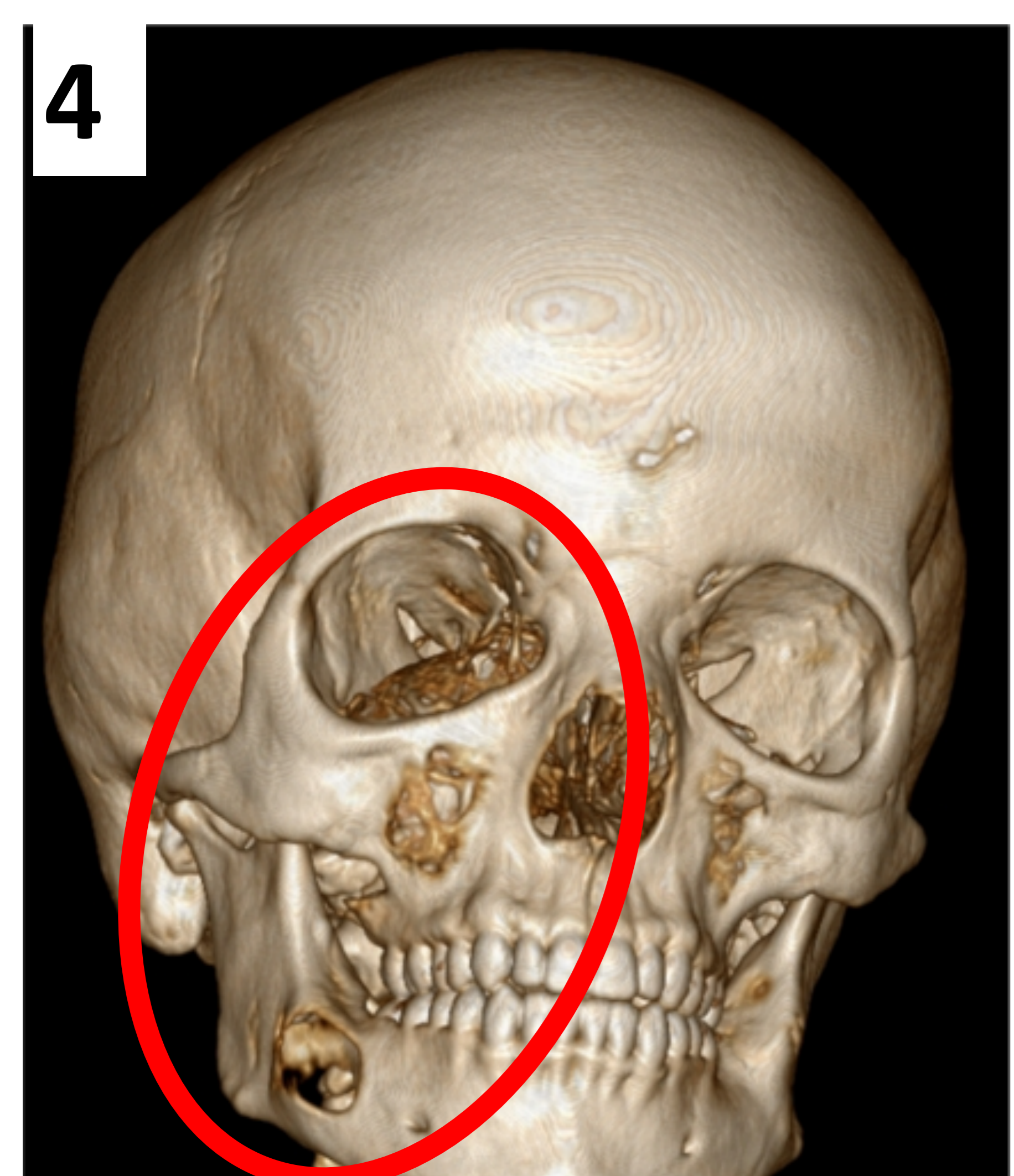
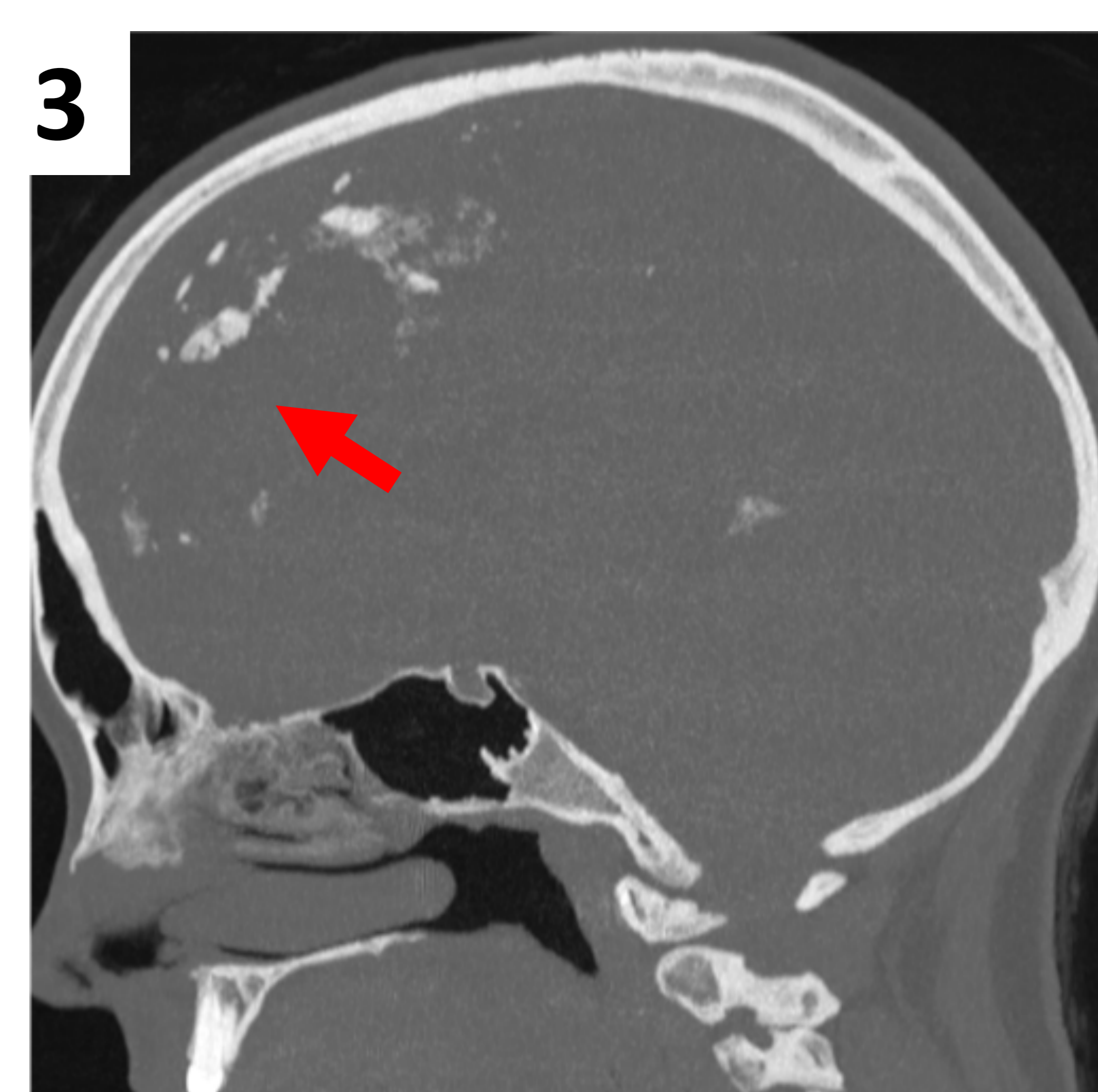
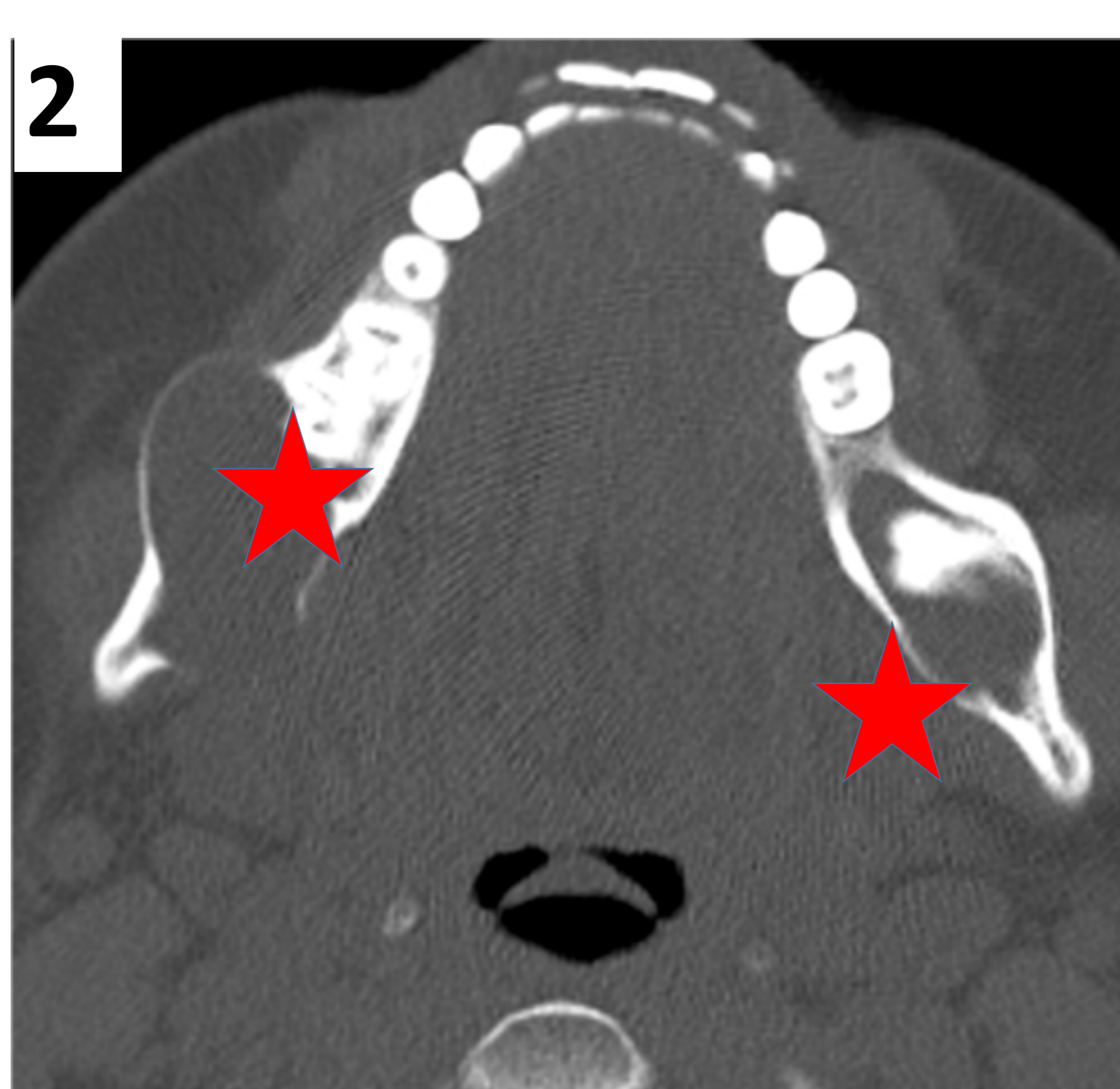
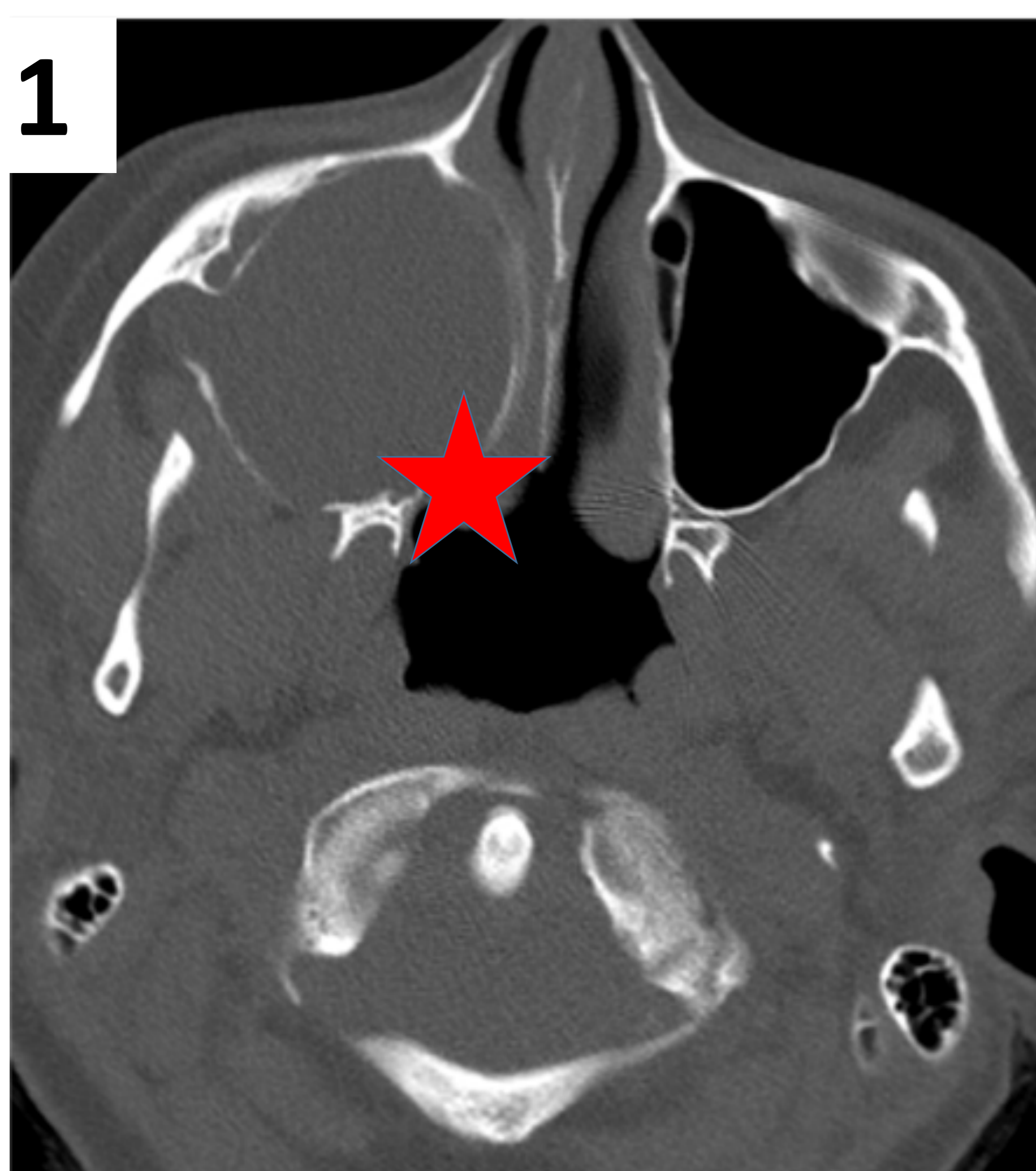
REVISIÓN DEL TEMA



14. Lesiones sólidas

➤ Síndrome de Gorlin-Gorliz (SCG) – síndrome de carcinoma basocelular facial.

- Trastorno hereditario *autosómico dominante* (AD).
- Predisposición a la proliferación de tumores → **carcinomas basocelulares y queratoquistes maxilares (Figs. 1-3).**
- *Mutación del gen Patched* localizado en el cromosoma 9.
- **Carcinomas basocelulares múltiples.**
- No predilección por el sexo → detección *edades precoces* de la vida.
- Zonas no expuestas a la luz solar.
- Clínica variable, a veces *agresivos, sobre todo a nivel facial.*
- Otras manifestaciones: hiperqueratosis palmoplantar, anomalías esqueléticas, calcificaciones intracraneales ectópicas (durales Fig. 4) y dismorfia facial (macrocefalia, fisura labiopalatina y anomalías oculares graves). Problemas oculares, genitourinarios y cardiovasculares. Déficit intelectual 5%.
- 5-10% → meduloblastomas malignos → causa potencial de muerte temprana.
- Dx: 2 criterios clínicos mayores o bien uno mayor y 2 menores.



Mujer de 18 años. Consulta por dolor ocular derecho y tumefacción maxilar superior y periorbitaria derecha. Antecedentes de IQ quistes epidérmicos.

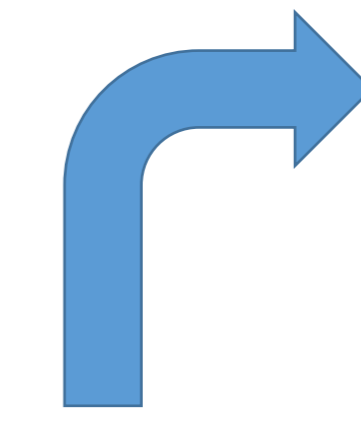
Figs. 1, 2. Queratoquistes odontogénicos múltiples (maxilar superior y ramas mandibulares). Masa expansivas, de densidad quística.

Fig. 3. Calcificaciones derales en la hoz y periféricas.

Fig. 4. Reconstrucción VR.

REVISIÓN DEL TEMA

1. Metástasis
2. Linfoma



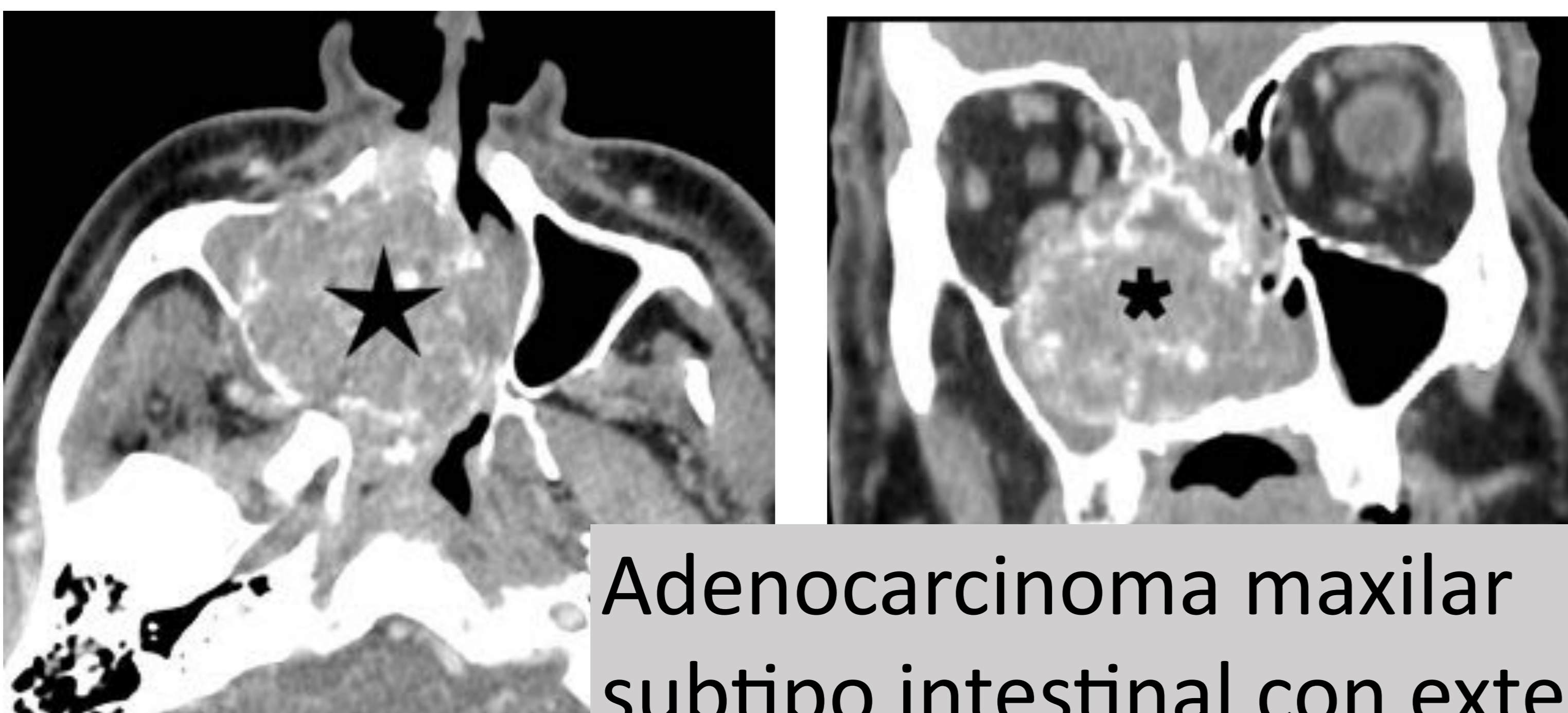
14. Lesiones sólidas

Generalmente causa *inflamatoria o neoplásica*.

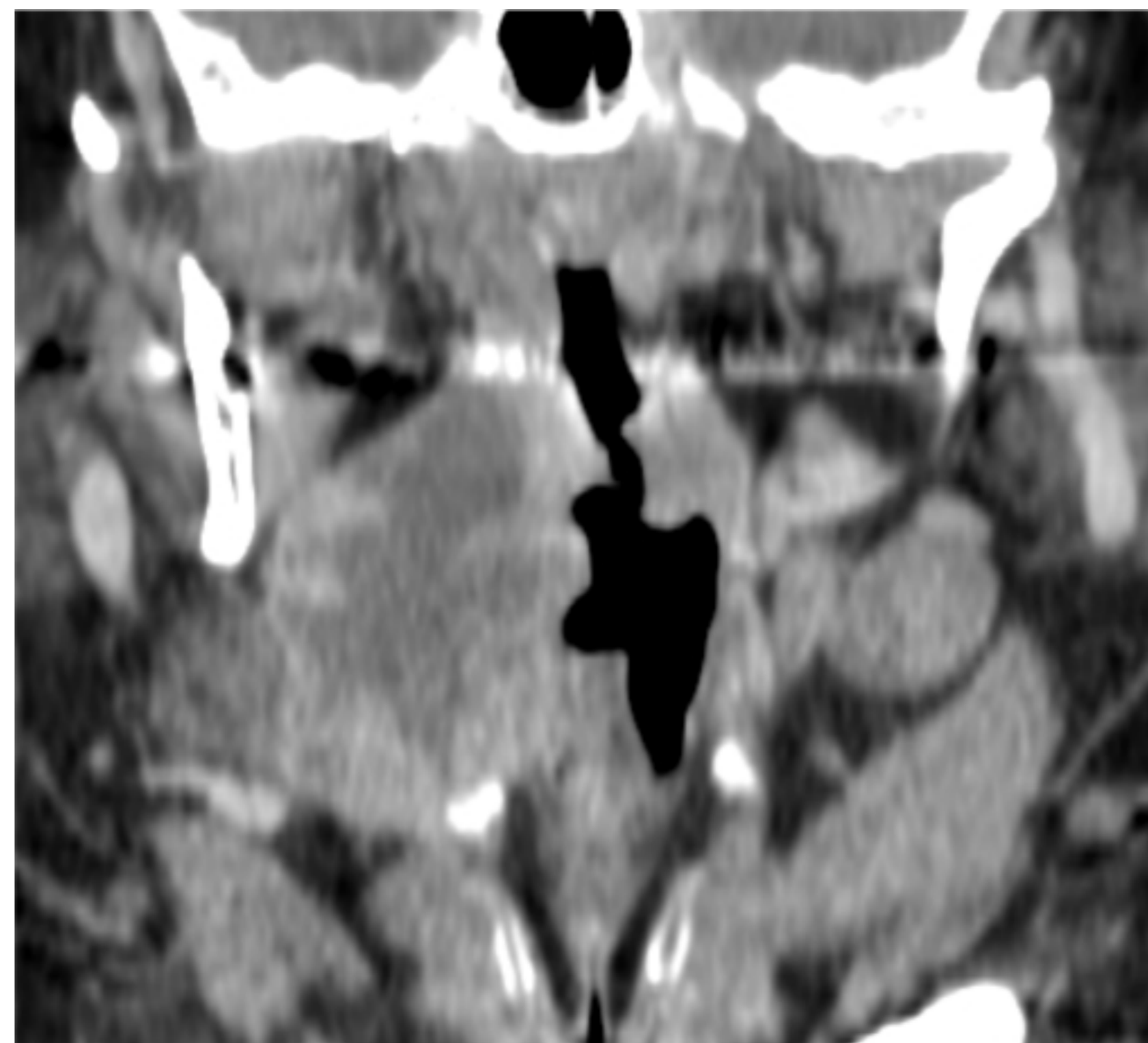
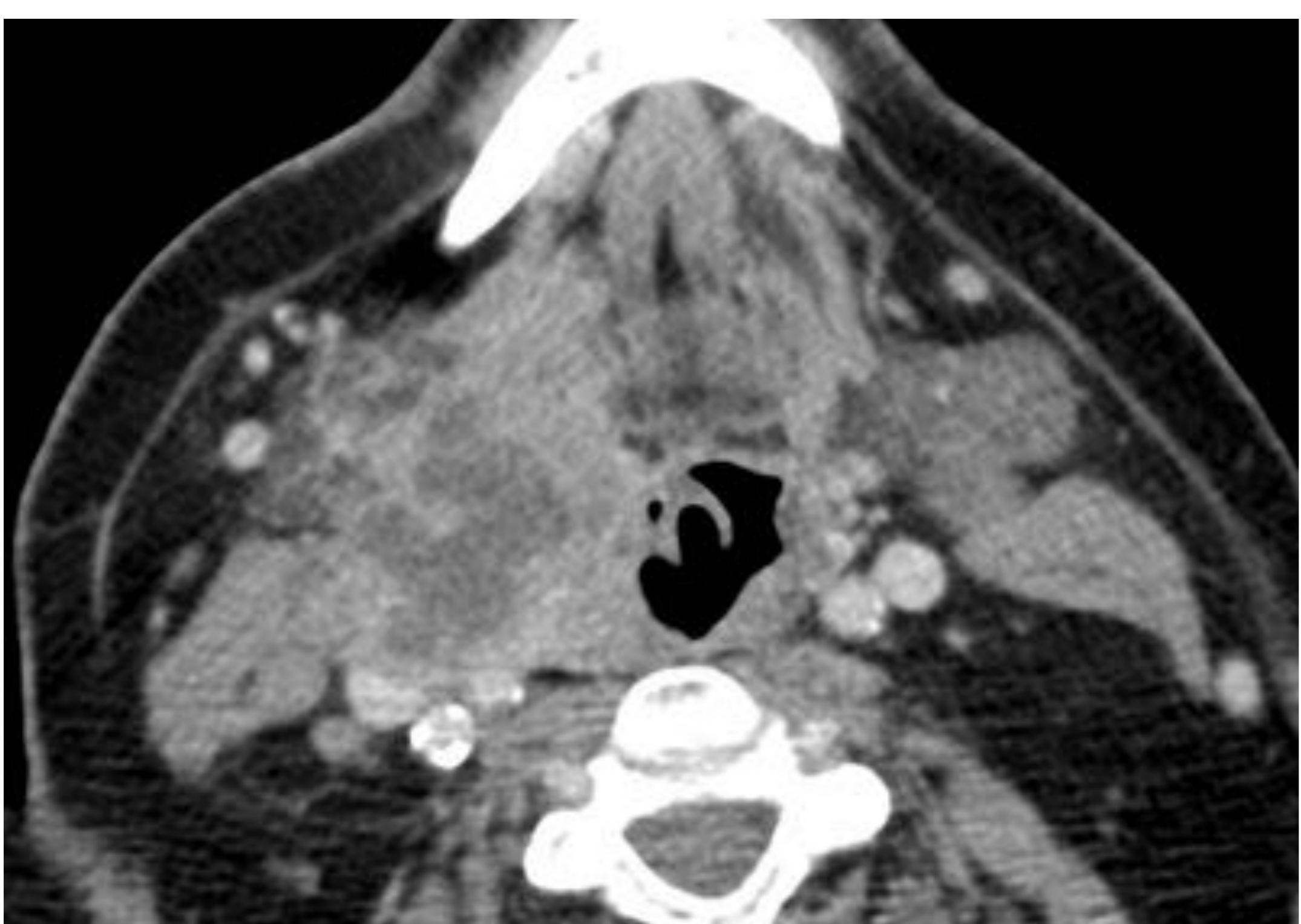
1. MALIGNIDAD → represented by ⇒ **NÓDULOS LINFOIDES NECRÓTICOS** ⇐
Cáncer de Cabeza y Cuello (CyC).

Hay sitios específicos para metástasis de tumores primarios de CyC:

- **Faringe, laringe, esófago, carcinoma papilar de tiroides** metastatizan a lo largo de la **cadena yugular interna (niveles II y III)**.
- Tumores de la **cavidad oral** metastatizan en **espacio submandibular y regiones cervicales altas (niveles IB y VA)**. Aunque el **carcinoma de lengua** tiende a dar “**skip metástasis**” en la región baja del cuello.
- Primarios infraclaviculares (**mama o pulmón**) suelen metastatizar en la **fosa supraclavicular y en el triángulo posterior (niveles IV y VB)**.
- Carcinoma nasofaríngeo (**cavum**) normalmente se extiende a la **región cervical alta, espacio retrofaríngeo y a los triángulos posteriores (niveles II y VA)**.



Adenocarcinoma maxilar subtipo intestinal con extensión a las fosas nasales.

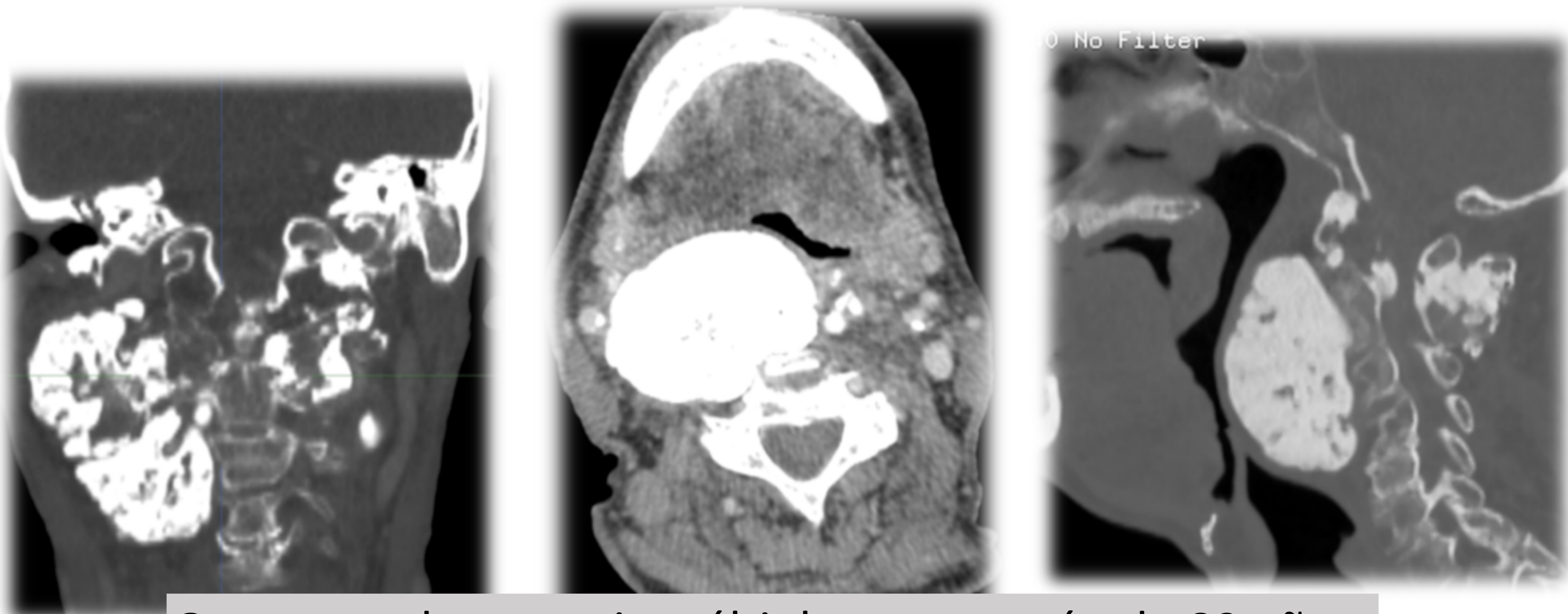


Adenocarcinoma mucoepidermoide de la glándula submaxilar derecha que se extiende al espacio parafaríngeo e hipofaringe (grasa preepiglótica) con gran conglomerado adenopático necrótico laterocervical derecho (niveles II y III).

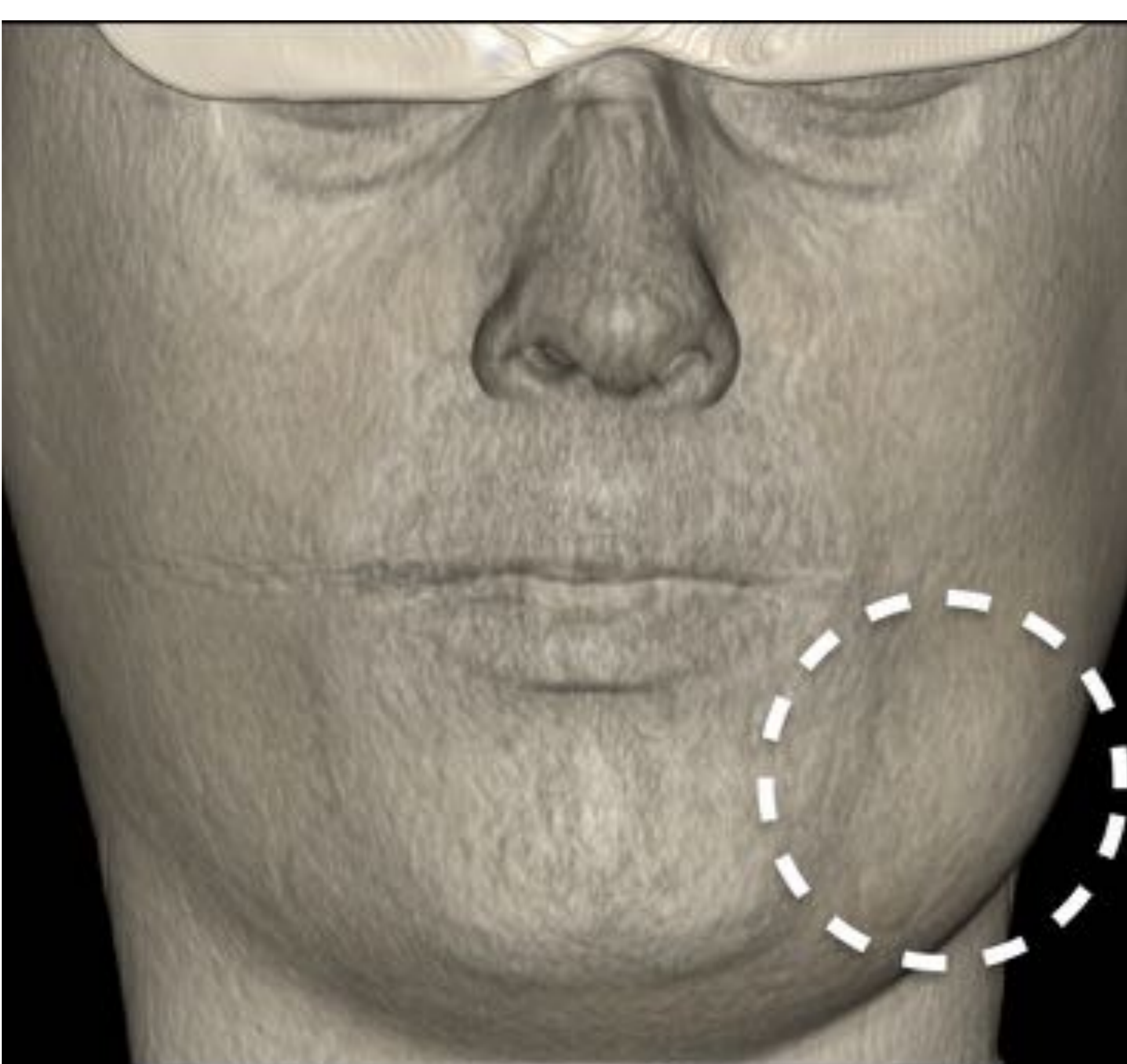
REVISIÓN DEL TEMA

2. HUESO / CARTÍLAGO.

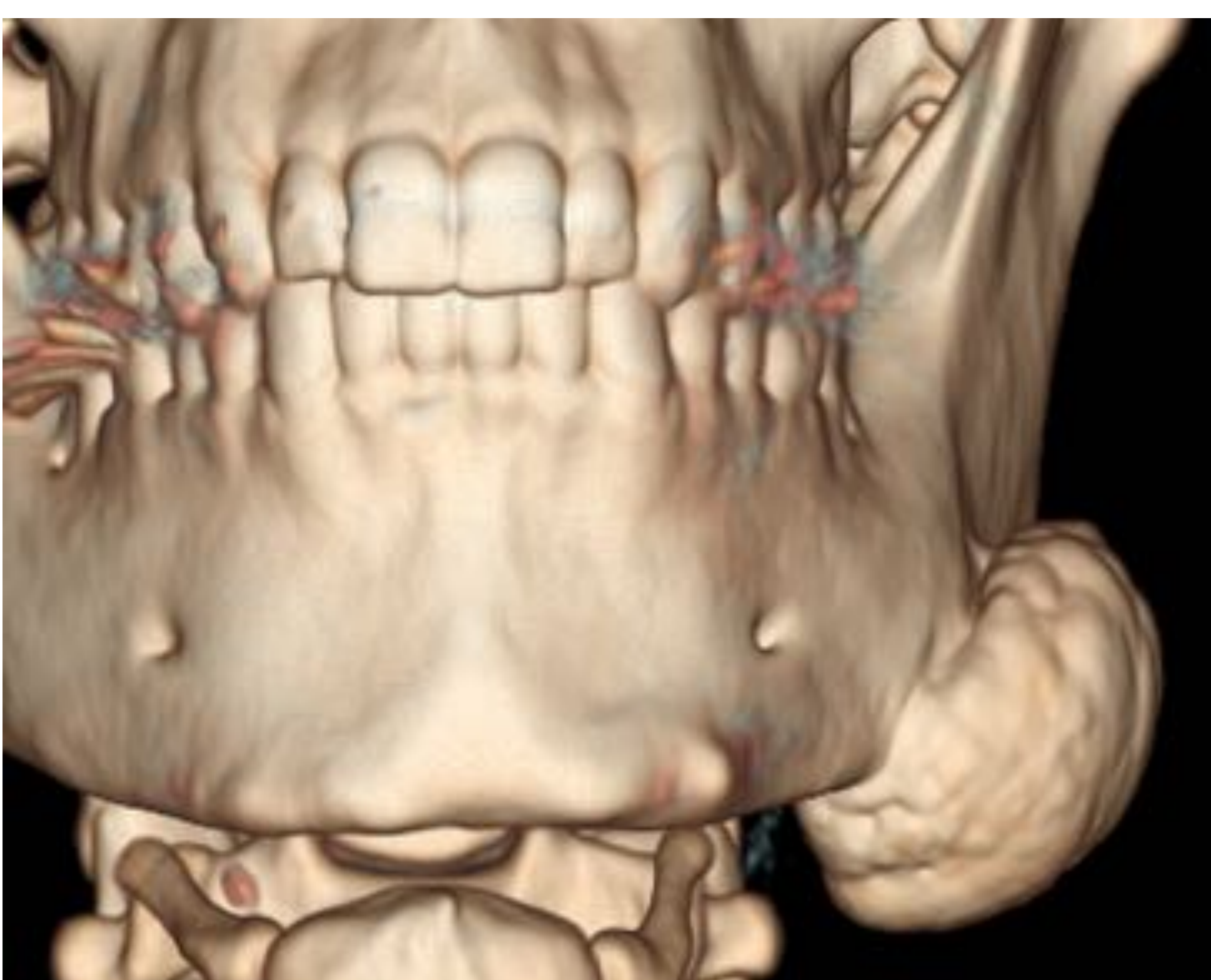
- Osteocondromas (osteocondromatosis).
- Osteomas (osteoma solitario de la mandíbula).
- Displasia Fibrosa.
- Tumores óseos malignos (osteosarcoma maxilar) o metástasis óseas.
- Vasculitis / tóxicos con afectación / remodelación ósea (granulomatosis Wegener's / cocaína).



Osteocondromatosis múltiple en un varón de 82 años. Consultó por disfagia y cervicalgia.



Osteoma solitario de la rama horizontal de la mandíbula izquierda. Es evidente el "bultoma" cervical.

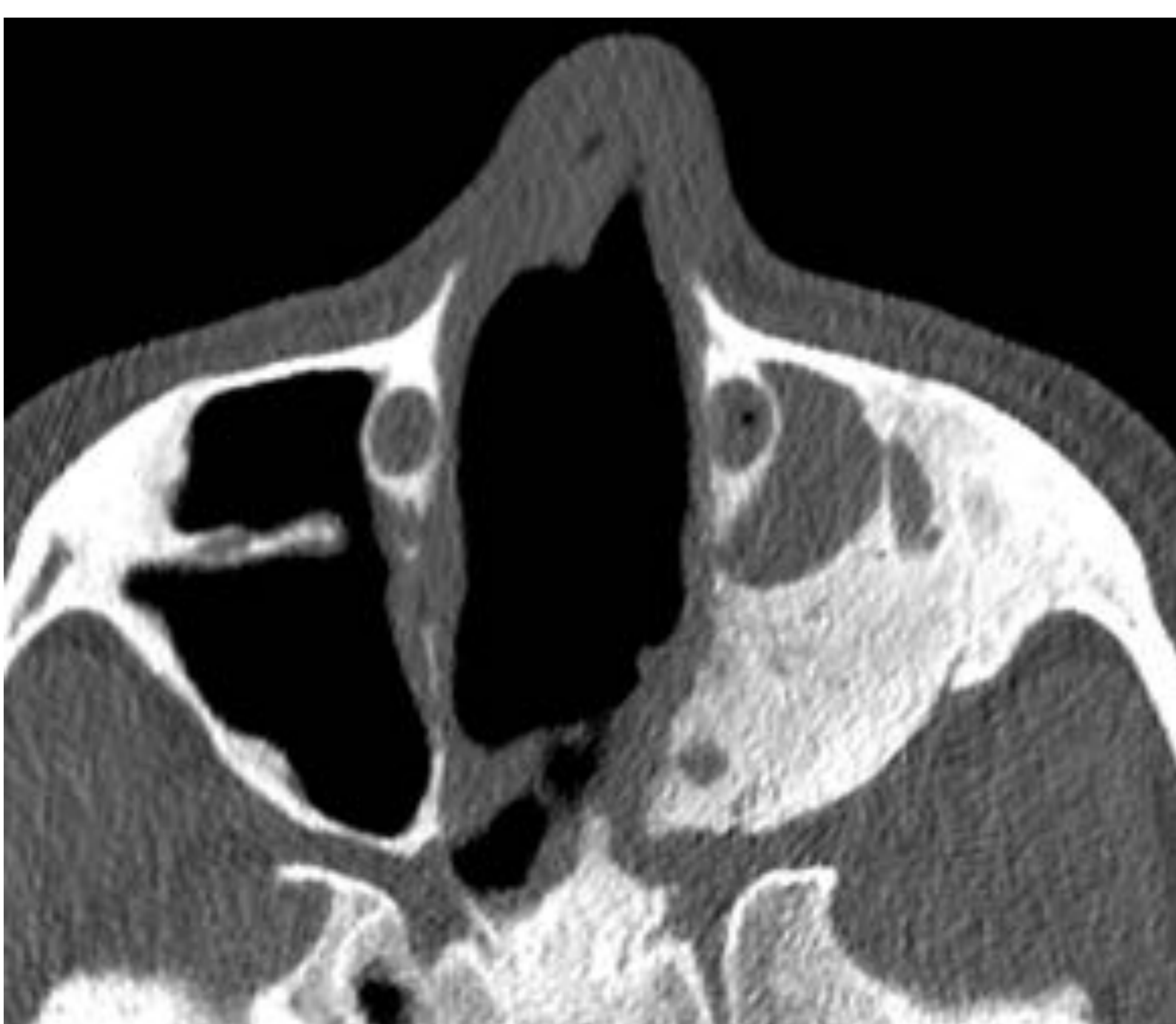
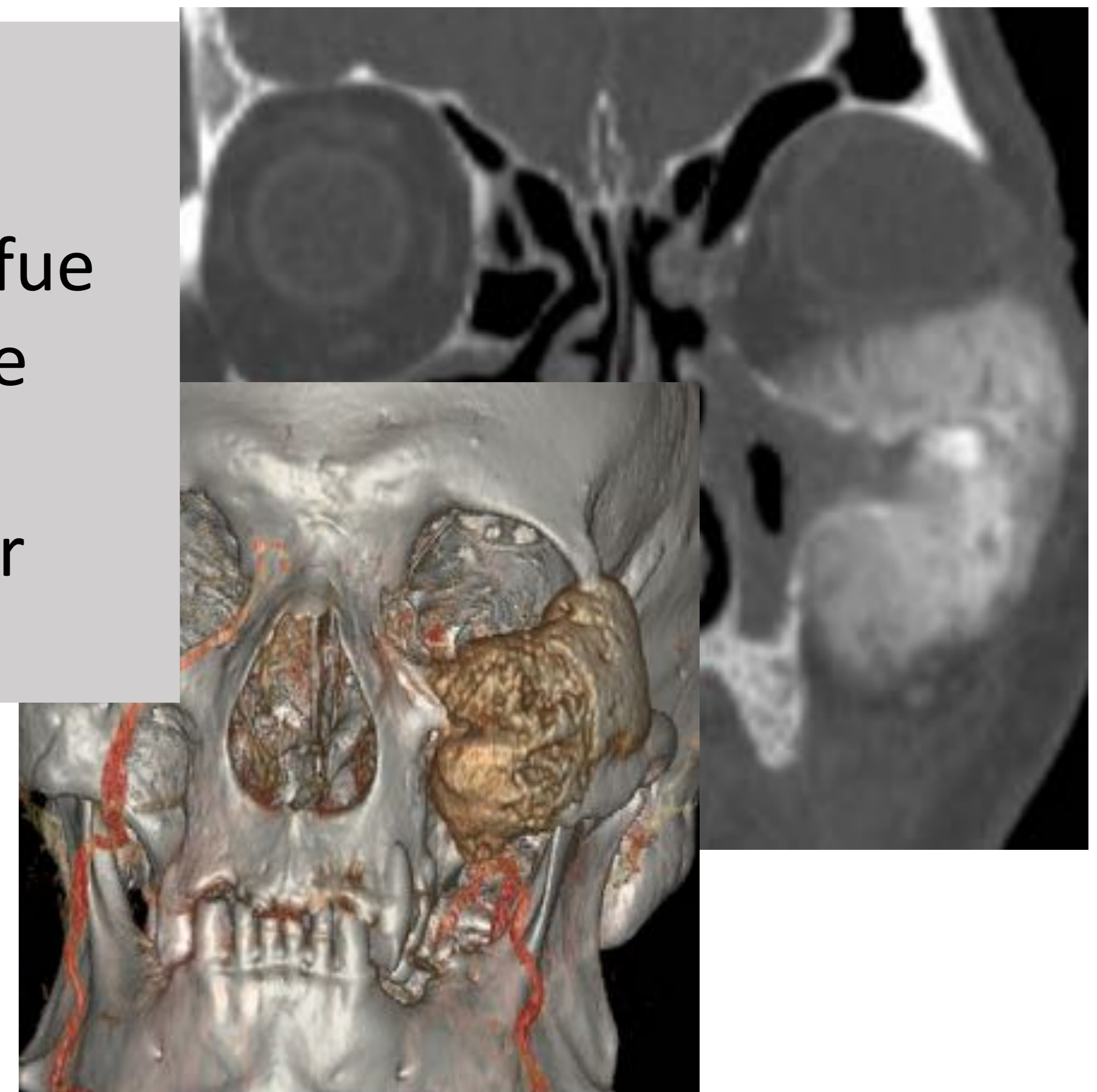


REVISIÓN DEL TEMA

2. HUESO / CARTÍLAGO.

- Osteocondromas (osteochondromatosis).
- Osteomas (osteoma solitario de la mandíbula).
- Displasia Fibrosa.
- Tumores óseos malignos (osteosarcoma maxilar) o metástasis óseas.
- Vasculitis / tóxicos con afectación / remodelación ósea (granulomatosis Wegener's / cocaína).

Metástasis de adenocarcinoma de próstata. Inicialmente, fue informado con probable osteosarcoma maxilar. El paciente consultó por deformidad facial.



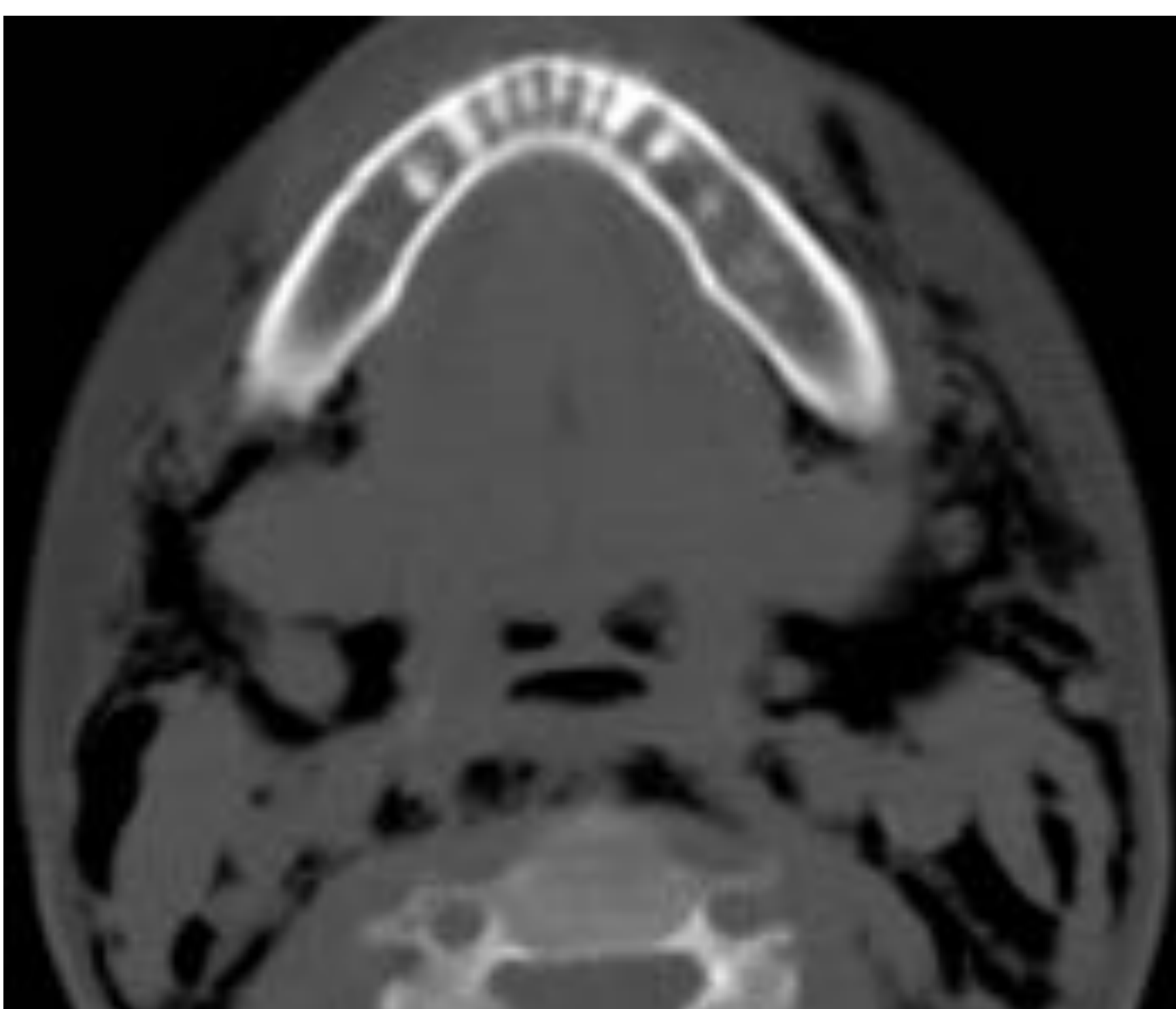
Enfermedad de Wegener. Destacar la perforación completa del tabique nasal y los fenómenos de resorción ósea en el antro maxilar. La mucosa del seno está engrosada y con tejido de granulación



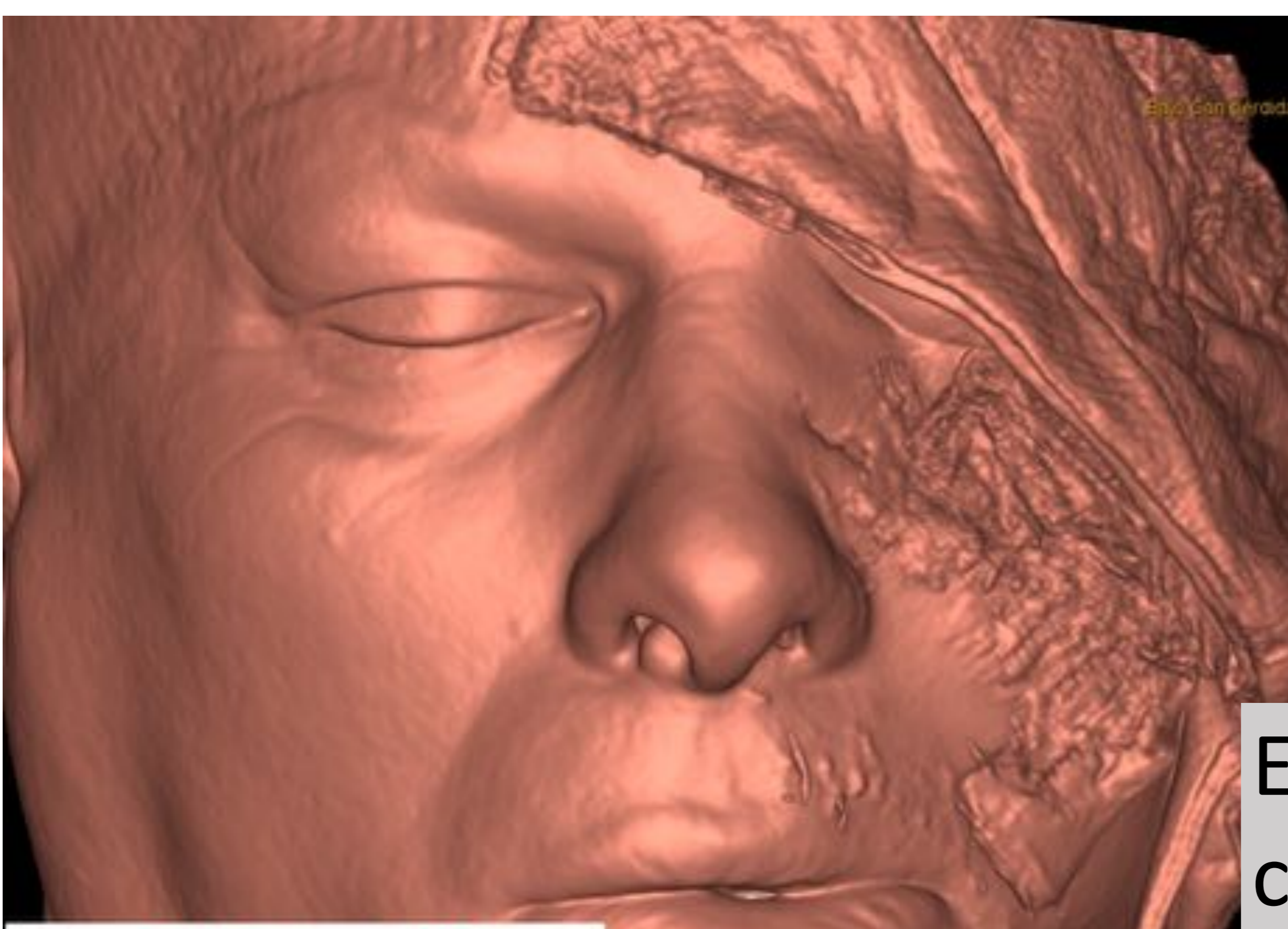
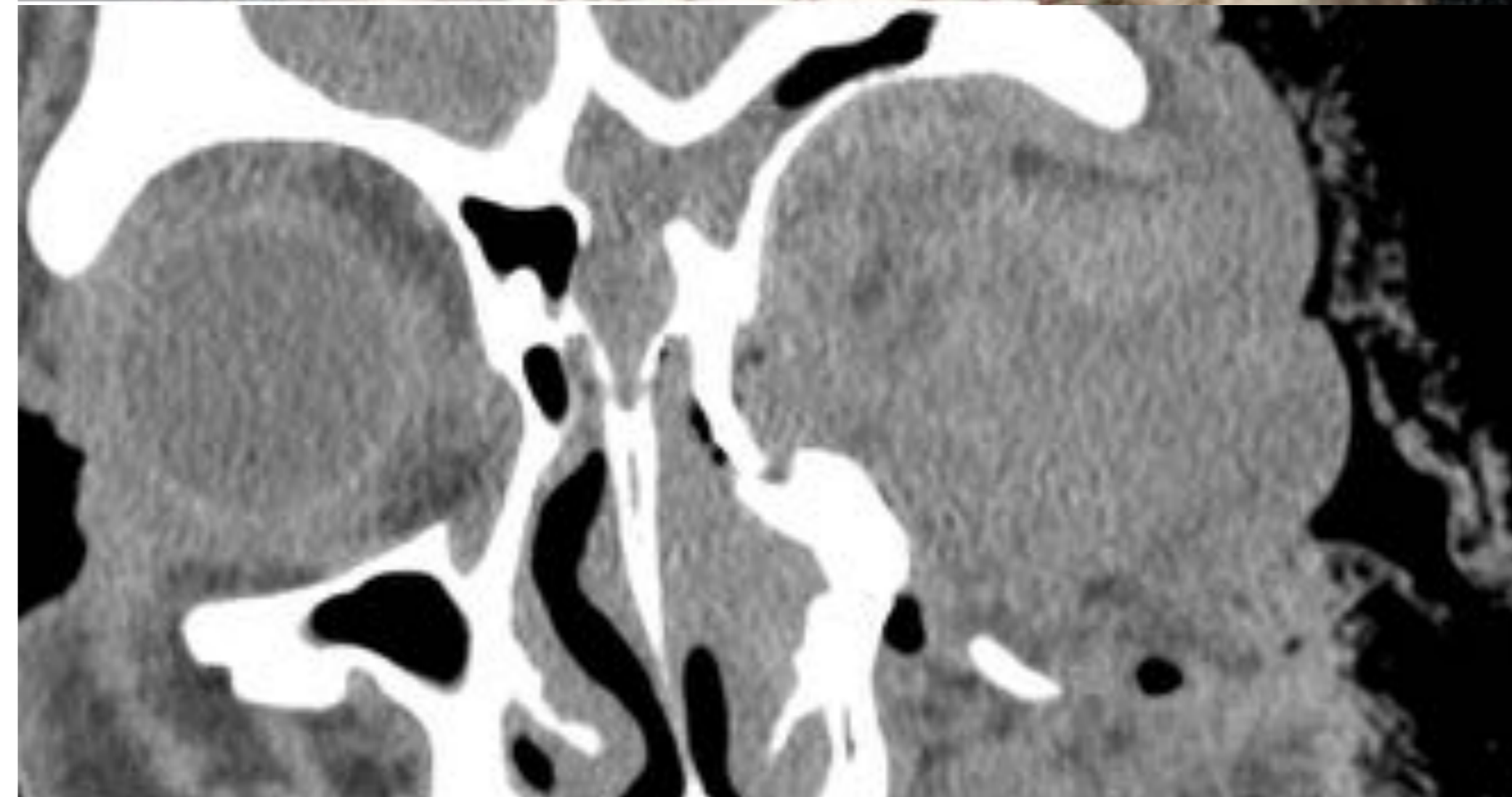
REVISIÓN DEL TEMA

2. HUESO / CARTÍLAGO.

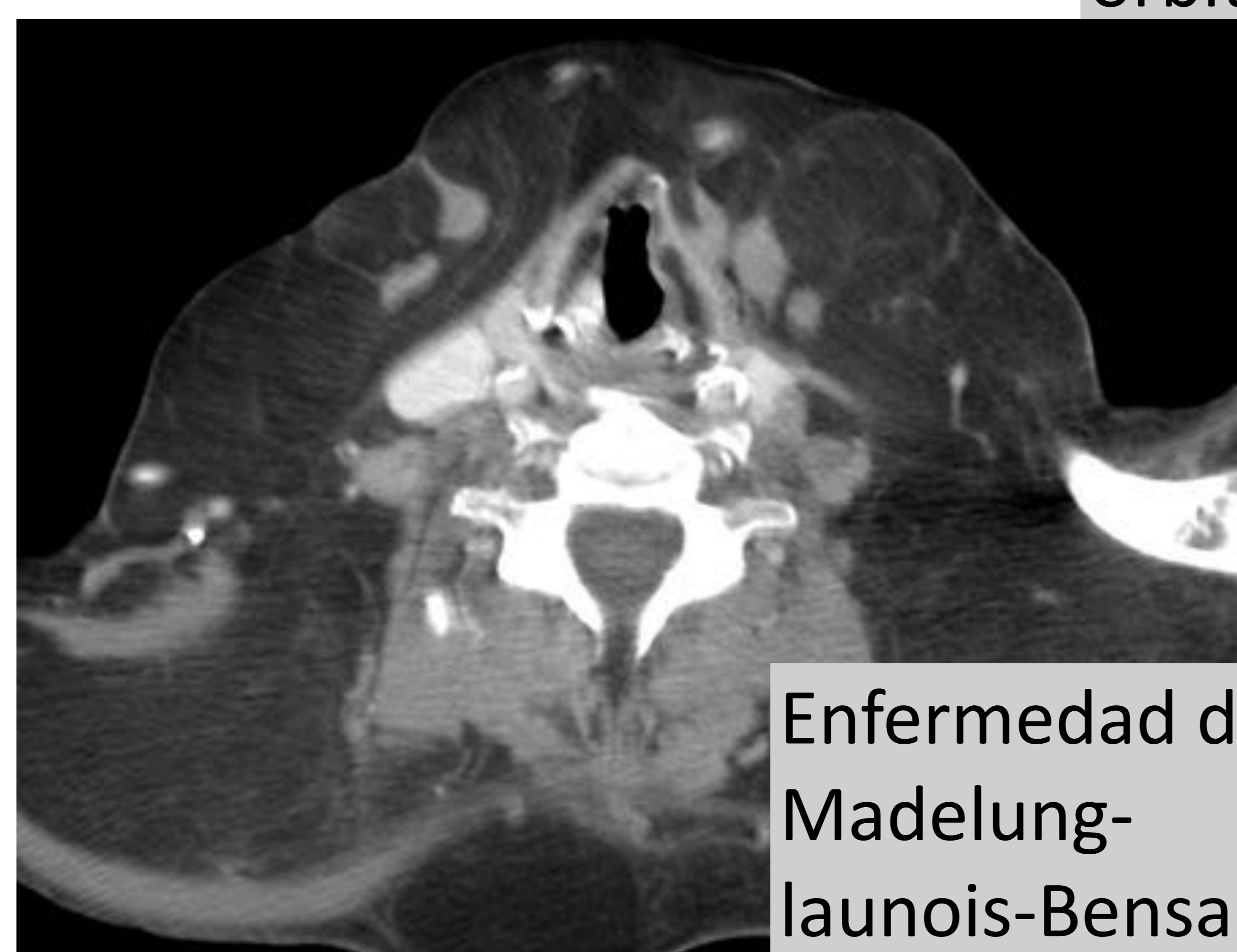
- Osteocondromas (osteochondromatosis).
- Osteomas (osteoma solitario de la mandíbula).
- Displasia Fibrosa.
- Tumores óseos malignos (osteosarcoma maxilar) o metástasis óseas.
- Vasculitis / tóxicos con afectación / remodelación ósea (granulomatosis Wegener's / cocaína).



Enfisema subcutáneo extenso, secundario a una perforación traqueal (causa traumática).



Estallido ocular con fractura conminuta de la órbita.



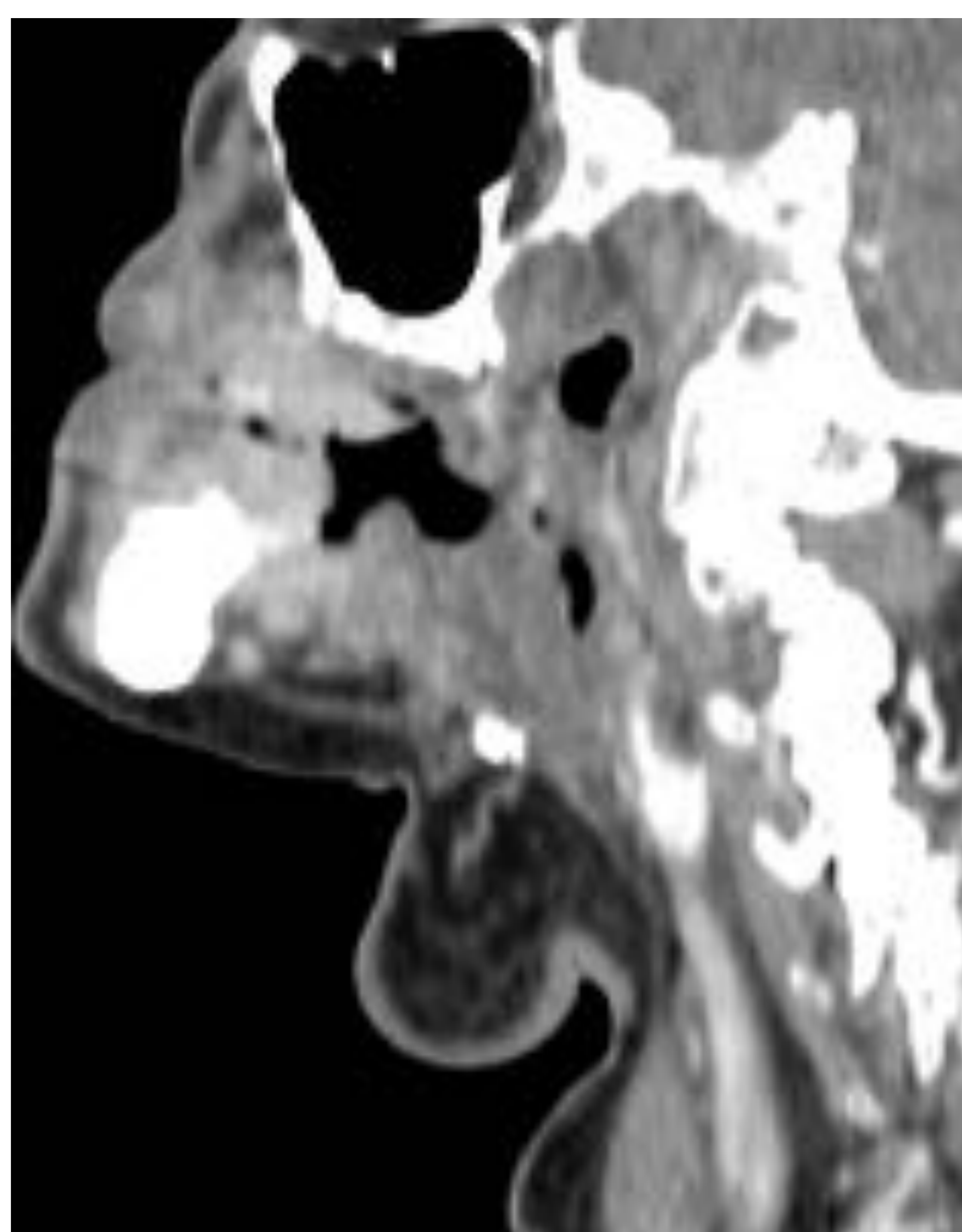
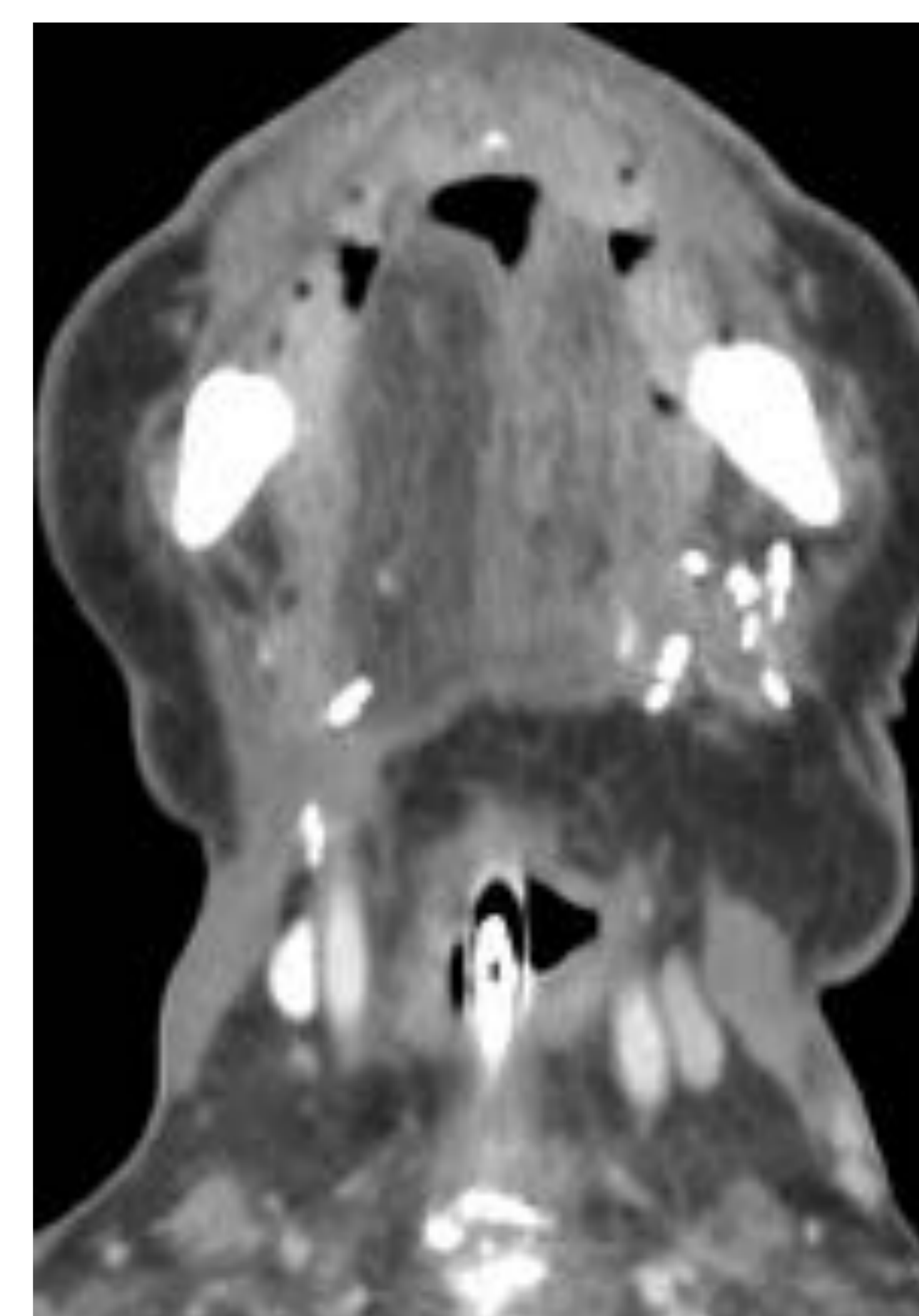
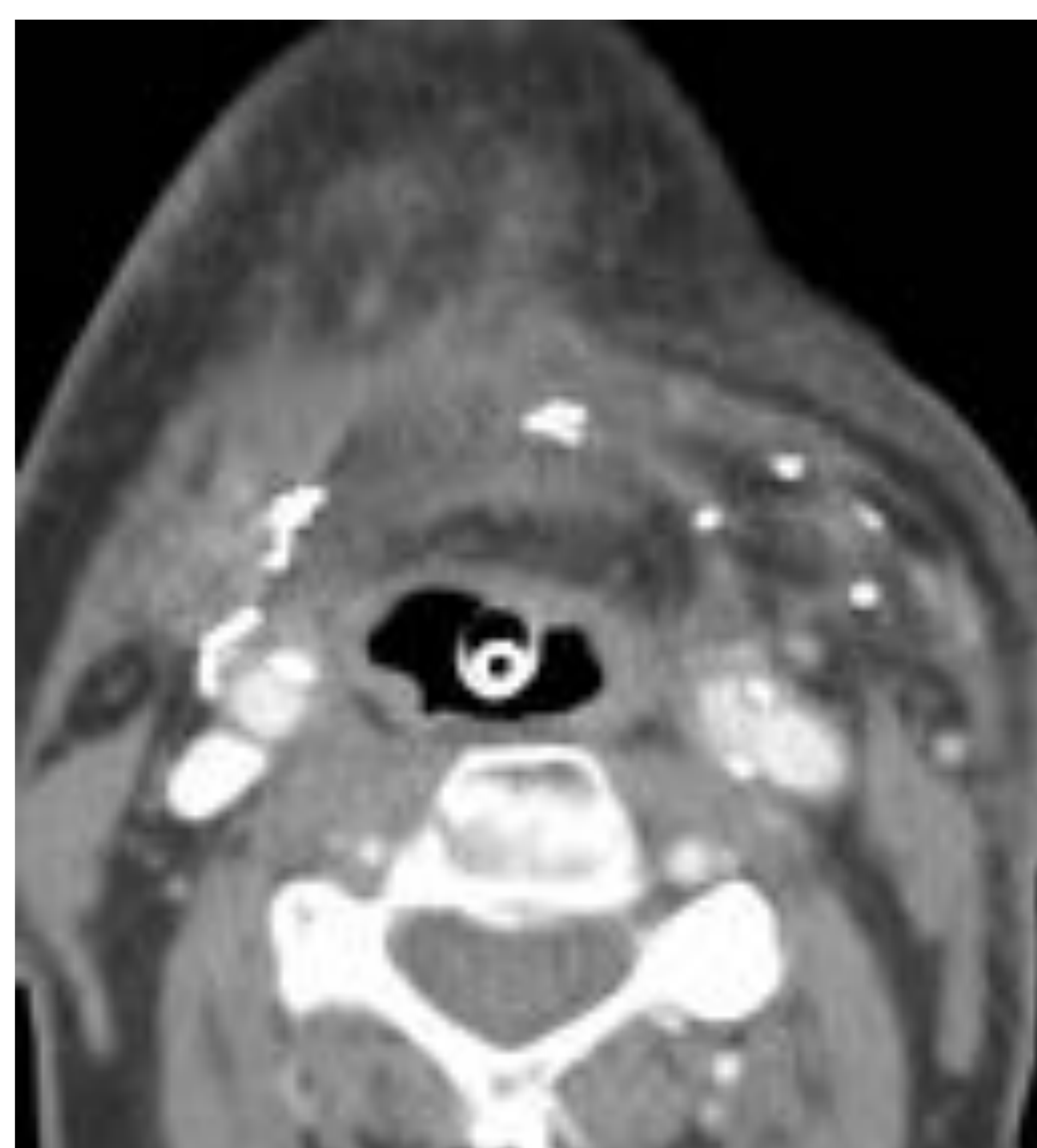
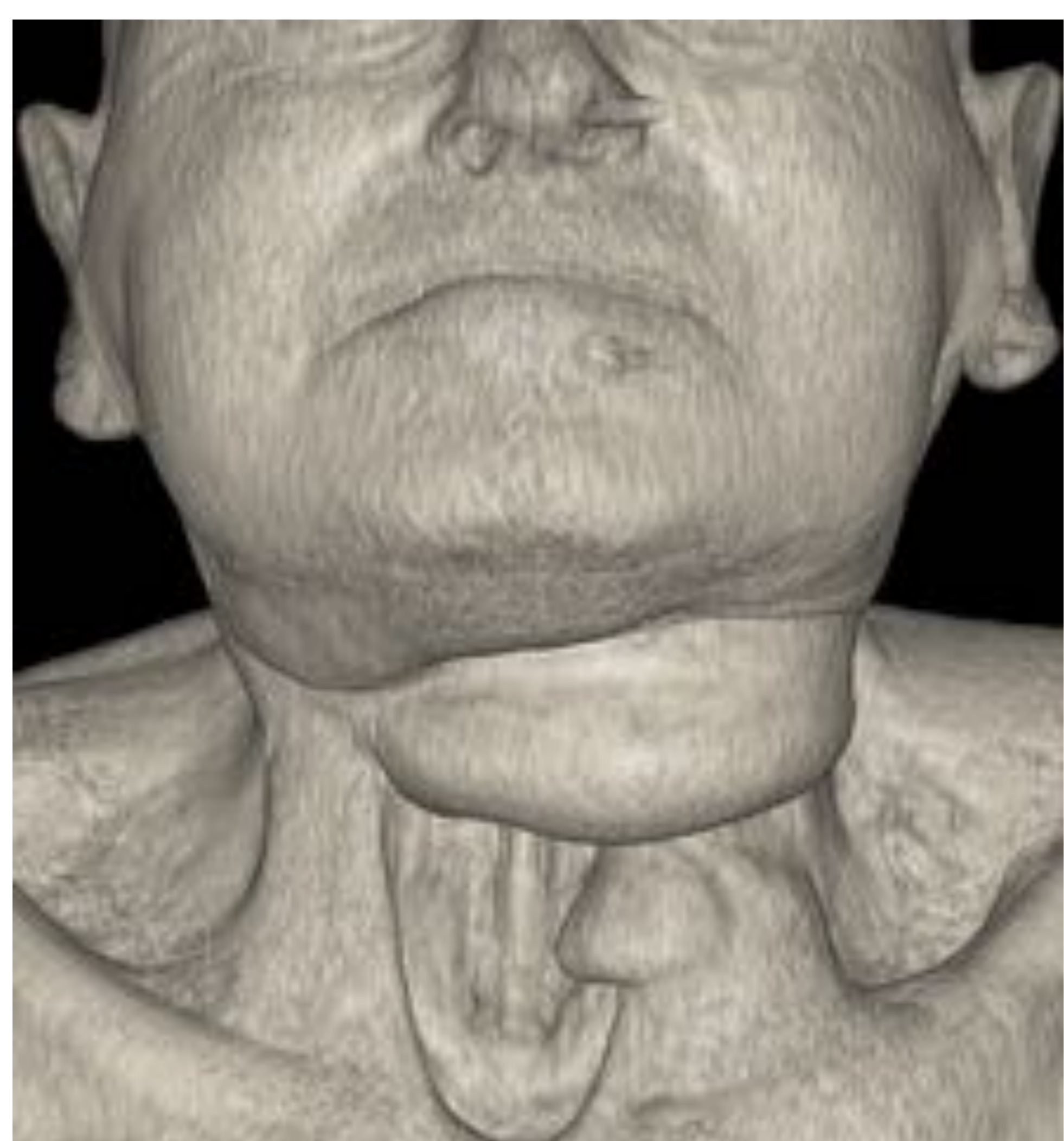
Enfermedad de Madelung-launois-Bensaude

Lipomatosis benigna simétrica (BSL) es un desorden caracterizado por la presencia de múltiples lipomas no-encapsulados en la cara, el cuello y otras áreas. Típicamente, esta entidad se ha relacionado con la presencia de bultos en la región anterior del cuello. El TC muestra la acumulación de grasa no encapsulada en los diferentes espacios (supra e infrahioideos), espacio submandibular y entre los planos musculares (ECM).

REVISIÓN DEL TEMA

15. MISCELÁNEA

1. TRAUMA: pseudosubluxación cervical, accidentes.
2. PARTES BLANDAS : Lipomas, liposarcomas, enfermedad de Madelung.
3. BOCIO ENDOTORÁCICO → causa muy común de consulta médica (bulto, disfagia, disfonía).
4. CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LA CABEZA Y EL CUELLO
Colgajo musculares → miocutaneos (o musculocutáneos).
Músculo + tejido celular subcutáneo + piel + fascia + vasos.
Útil para grandes defectos (defectos en la base de cráneo). Dos de los más frecuentemente utilizados son los colgajos miocutáneos con el recto abdominal y el músculo latissimus dorsi.



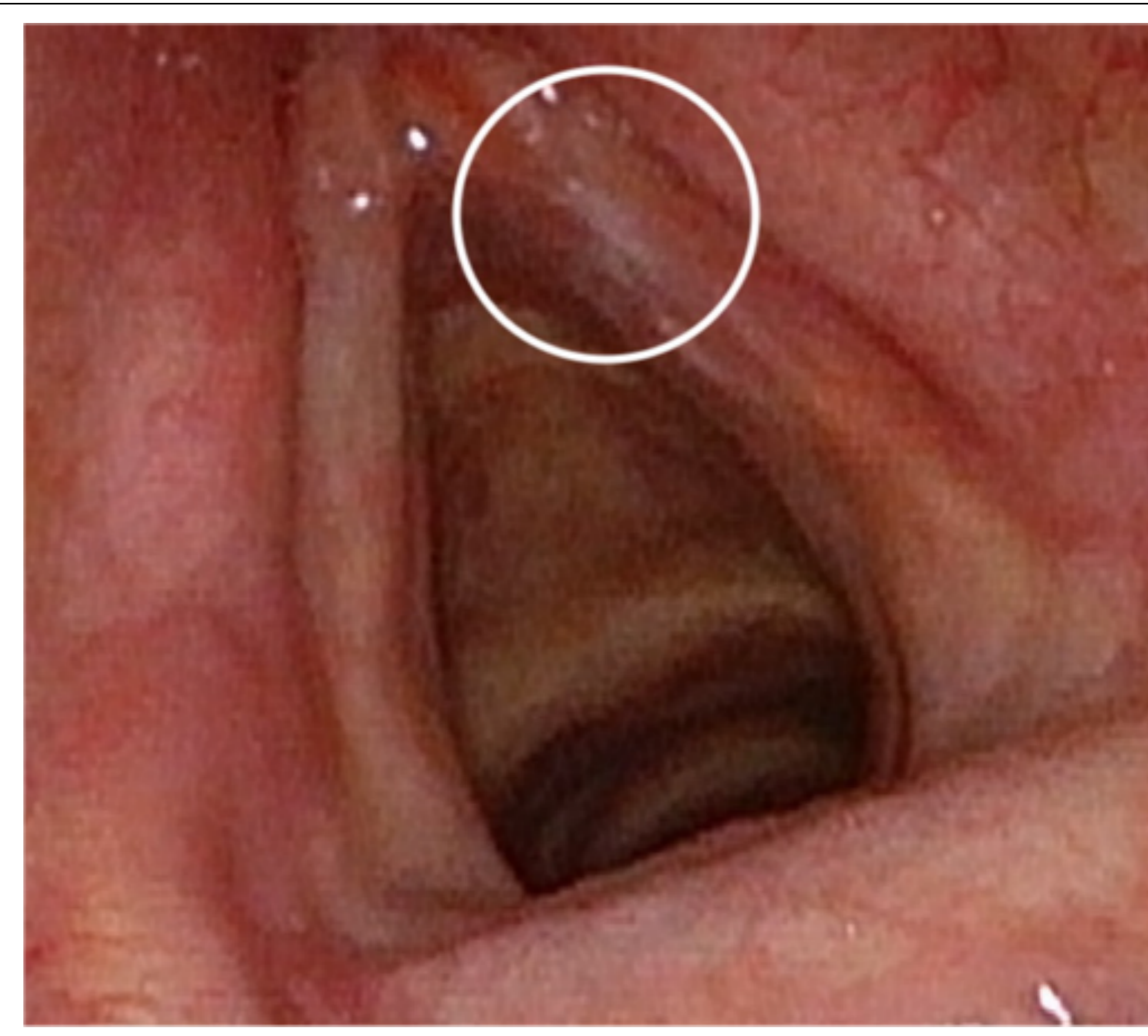
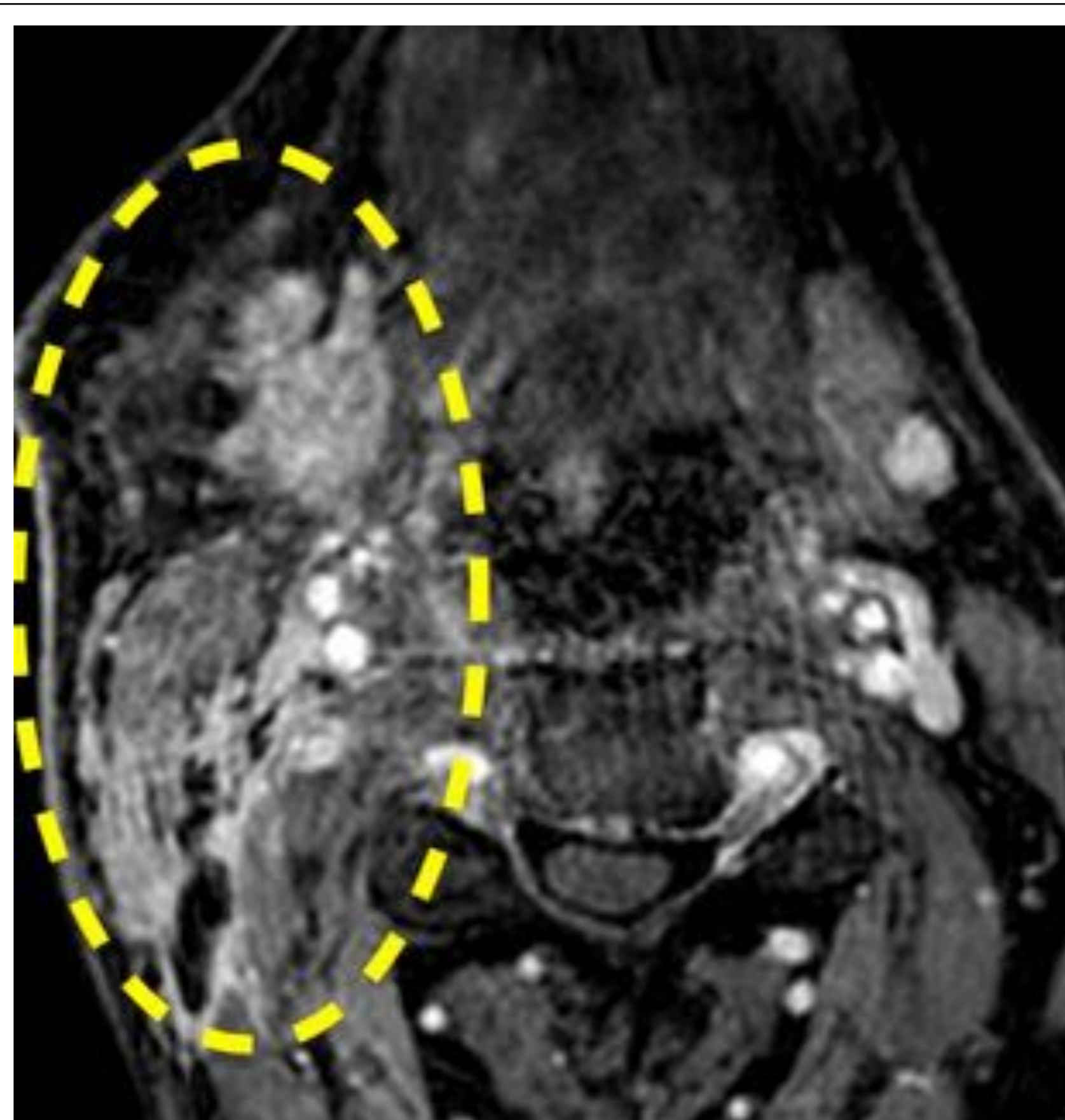
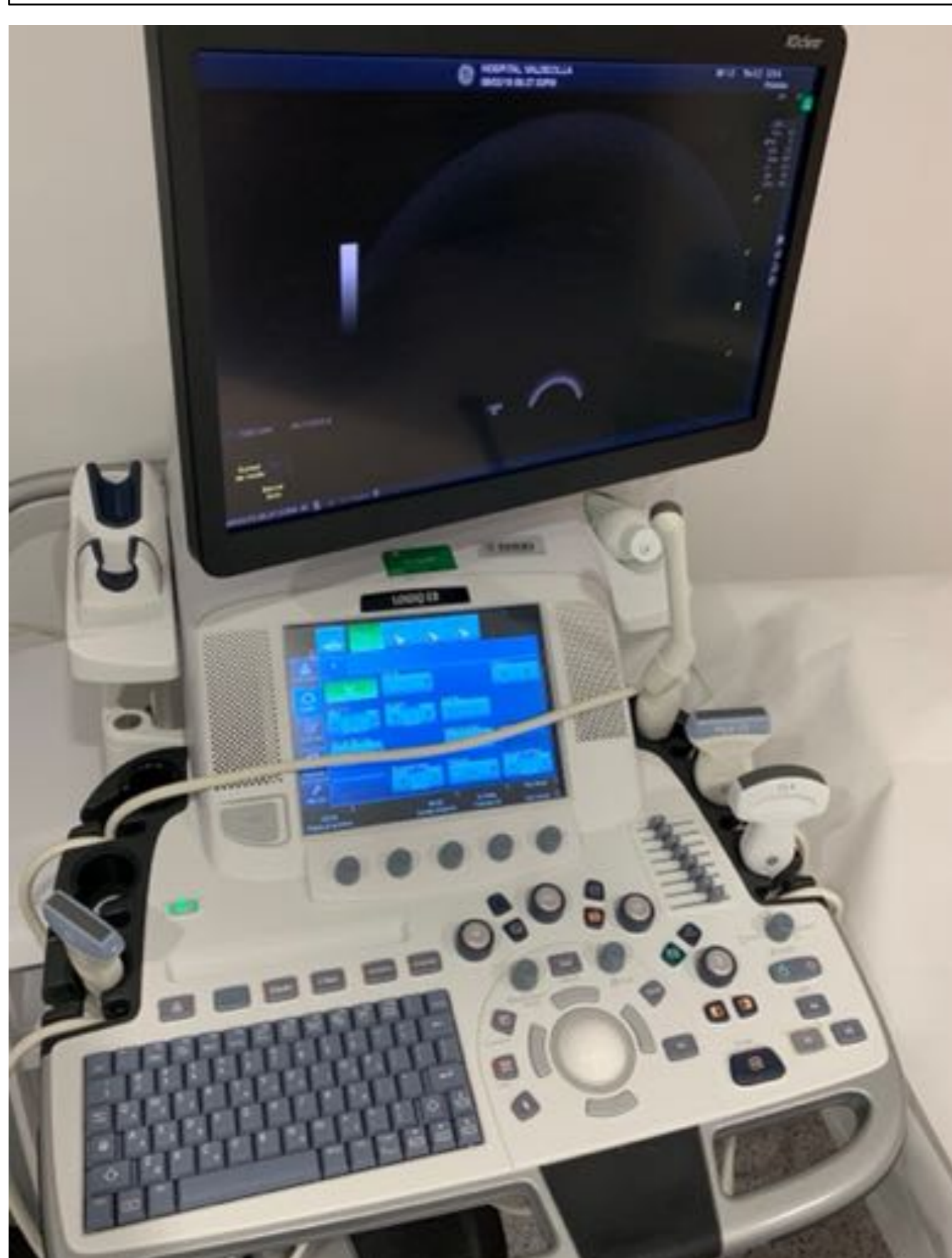
Reconstrucción quirúrgica con colgajo graso que causa una deformidad estética evidente en los planos sagital y coronal y en la imagen de Volumen Rendering (VR).

CONCLUSIONES

Las masas en el cuello que causan deformidades estéticas son extremadamente frecuentes y un motivo muy común de consulta médica (atención primaria o especializada).

La mayoría de las veces se atribuyen a **benignidad**, aunque una correcta anamnesis y exploración física son imprescindibles para su correcta caracterización.

- ✓ La **edad** es un factor importantes a considerar en el diagnóstico diferencial del bultoma cervical.
 - En la *infancia*, los bultos cervicales suelen corresponder a lesiones *congénitas o infecciosas*, y en menor proporción a causas neoplásicas.
 - Sin embargo, en el *adulto* las cosas cambian. Ante un adulto con un bulto latero-cervical, es importante descartar afectación *metastásica*. *Carcinomas de cabeza y cuello, de pulmón, de esófago y gástrico* son los que más frecuentemente metastatizan en el cuello.
- ✓ Los factores de riesgo y hábitos tóxicos son importantes también en el “rule-out” de masas cervicales.
 - El consumo de **alcohol** y el **hábito tabáquico** son los factores de riesgo que más común ente se relacionan con cáncer primario en de la C yC.
 - Actualmente, la detección de **virus del papiloma p16 positivo (VPH +)** está cambiando las estadísticas del carcinoma en la cabeza y el cuello , sobre todo de la orofaringe. Estos pacientes suelen ser adultos jóvenes, sin relación con el tabaco o el alcohol y que debutan con la aparición de una masa cervical.
- ✓ La **clínica** es **variada**; desde pacientes *asintomáticos*, que solo consultan por *deformidad estética* hasta pacientes con *disfagia, disfonía, dolor, cervicalgia*, etc.
- ✓ La *exploración* clínica debe ser cuidadosa y dirigida a la evaluación en primer lugar del bulto propiamente dicho y después dirigida al área **otorrinolaringológica**, la piel, el esófago en pulmón, en función de la historia clínica recogida.
 - El *exámen directo* y la **exploración ORL** con *naso-fibroendoscopia* y técnica de *laringoscopia flexible* se emplean a menudo en la caracterización de masas cervicales que han sido etiquetadas como posibles adenopatías.
- ✓ En cuanto a las *pruebas de imagen*, la **ecografía** se utiliza para identificar lesiones que en principio impresionan de **superficiales**, para caracterizar su naturaleza (sólida o quista) y como *herramienta diagnóstica (PAAF / BAG)*.
- ✓ El **TC** es la técnica de imagen *de elección*. Proporciona el estudio rápido del bulto cervical, dando amplia información sobre los límites, la extensión local, las relaciones anatómicas con otras estructuras y tejidos en vecindad, otorgando un diagnóstico certero.



REFERENCIAS

- Todd, N. (2019). *Common Congenital Anomalies of the Neck: Embryology and Surgical Anatomy*.
- McCarty, J., Corey, A., El-Deiry, M., Baddour, H., Cavazuti, B. and Hudgins, P. (2019). *Imaging of Surgical Free Flaps in Head and Neck Reconstruction*.
- Lee, H. (2019). *Congenital Malformations of the Head and Neck*.
- Anmol Gupta Bansal , Rebecca Oudsema, Joy A. Masseaux, Henrietta Kotlus Rosenberg. *US of Pediatric Superficial Masses of the Head and Neck RadioGraphics*. Jul 11 2018. doi/abs/10.1148/rg.2018170165.
- Kawaguchi, M., Kato, H., Tomita, H., Mizuta, K., Aoki, M., Hara, A. and Matsuo, M. (2019). *Imaging Characteristics of Malignant Sinonasal Tumors*.
- Roland N, Bradley PJ; Neck swellings. *BMJ*. 2014 Jan 23348:g1078. doi: 10.1136/bmj.g1078.
- Rosenberg TL, Brown JJ, Jefferson GD; Evaluating the adult patient with a neck mass. *Med Clin North Am*. 2010 Sep94(5):1017-29.
- Sinha IP, Stickland A, John CM; A child with neck swelling. *BMJ*. 2012 May 8344:e3171. doi: 10.1136/bmj.e3171.
- Ahuja, A. (2008). *Ultrasound of malignant cervical lymph nodes*.
- Filston, H. (1989). *Common Lumps and Bumps of the Head and Neck in Infants and Children*.