

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MASAS DE CUELLO
NO TIROIDEAS

(Revisión de 82 Casos durante los años 1975 – 1980
en el Hospital Roosevelt)

ERIC HUMBERTO PAZ SOSA

PLAN DE TESIS

- I. PRESENTACION
- II. INTRODUCCION
- III. OBJETIVOS
- IV. JUSTIFICACIONES
- V. MATERIAL Y METODOS
- VI. GENERALIDADES
- VII. PRESENTACION DE RESULTADOS
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES
- X. RESUMEN
- XI. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El extraordinario progreso científico experimentado por la medicina en estas últimas décadas no ha disminuido el sentido humano y tradicional de la profesión médica. La enseñanza, siem- pre en transformación, ha sufrido cambios recientemente sustan- ciales, que ha originado formas y enfoques diversos.

El presente estudio de las masas no tiroideas en cuello se ha motivado por la frecuencia de consultas a los departamentos de cirugía y por los pocos estudios realizados de esta patología.

No se encontraron trabajos de tesis similares, en diez años, en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Esta investigación se llevó a cabo en el Hospital Roosevelt; con la ayuda de el Departamento de Cirugía y el Departamento de Registros Médicos, y me propongo establecer la incidencia de las masas del cuello de origen no tiroideo, por sexo, edad más afectada y área de población más frecuentemente involucrada, patología encontrada y los procedimientos quirúrgicos efectuados. La investigación comprende desde 1975 a 1980.

En el desarrollo de este trabajo de tesis, conforme la guía del método científico de investigación, doy a conocer los objetivos alcanzados, el material, métodos y recursos, los resultados obtenidos y la revisión bibliográfica, como también las conclusiones y recomendaciones.

OBJETIVOS

GENERALES

- 1.- Aportar al conocimiento, el estudio efectuado en el Hospital Roosevelt, de masas no tiroideas en cuello.
- 2.- Lograr una experiencia más en el uso del Método Científico para el logro de mejores investigaciones futuras.
- 3.- Lograr que médicos se interesen por efectuar estudios similares en próximas investigaciones.

ESPECIFICOS

- 1.- Dar a conocer la incidencia de Masas no Tiroideas en Cuello en el Hospital Roosevelt.
- 2.- Informar sobre las técnicas quirúrgicas empleadas en el tratamiento de las Masas no Tiroideas en Cuello, en el Hospital Roosevelt.
- 3.- Conocer las complicaciones más frecuentes en el tratamiento quirúrgico de las Masas de Cuello no Tiroideas en el Hospital Roosevelt.
- 4.- Informar sobre la población que más frecuentemente consulta por Masas de Cuello no Tiroideas, al Hospital Roosevelt.

JUSTIFICACIONES

Considero que el presente estudio queda justificado porque:

1. Porque con esta investigación se trata de dar a conocer la incidencia de masas de cuello no tiroideas y su manejo en el Hospital Roosevelt.
2. Porque es un requisito indispensable para la formación del futuro médico y cirujano.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

- 1.- Casos de Masas no Tiroideas en Cuello, encontrados durante los cinco años investigados.
- 2.- Operaciones efectuadas de Masas no Tiroideas de Cuello en pacientes mayores de trece años.

METODOS

- 1.- Revisión de Libro de Operaciones.
- 2.- Revisión de Registros Médicos.
- 3.- Acumulación de Datos por cuadros específicos.
- 4.- Revisión de Artículos Bibliográficos.

RECURSOS

- 1.- Personal del Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt.
- 2.- Departamento y Personal de Registros Médicos.

- 3.- Libro de Operaciones.
- 4.- Registros Médicos.
- 5.- Artículos Científicos.
- 6.- Fotografías como ilustración.
- 7.- Biblioteca de Hospital Roosevelt.

GENERALIDADES

Previo al conocimiento de la patología de cuello, doy a conocer sus arterias, venas e inervación, para tener una ideasobre la localización de las masas.

ARTERIAS

Tronco Braquiocefálico: Tiene su origen en la convexidad del cayado de la aorta, precisamente en la unión de la porción ascendente con la horizontal. A partir de este lugar, toma una dirección oblicua hacia arriba y afuera para terminar al nivel de la articulación esternoclavicular derecha, donde se divide y origina la carótida primitiva derecha y la subclavia del mismo lado.

Arterias Carótidas Primitivas: La carótida primitiva izquierda tiene su origen en el cayado aórtico, por detrás del tronco braquiocefálico, asciende luego hacia arriba y afuera y termina a la altura del borde superior del cartilago tiroides, donde se bifurca, originando la carótida externa y la carótida interna.

Arteria Tiroidea Media o de Neubauer: Nace del cayado aórtico, entre el tronco braquiocefálico y la carótida primitiva izquierda y a veces de uno de estos troncos; asciende luego por la cara anterior de la tráquea y va a terminar al itmo del cuerpo del tiroides. Es inconstante.

Arteria Carótida Externa: Se halla comprendida entre la bifurcación de la carótida primitiva y el cuello del cóndilo del maxilar inferior, lugar en el cual emite sus ramas terminales: la maxilar interna y la temporal superficial.

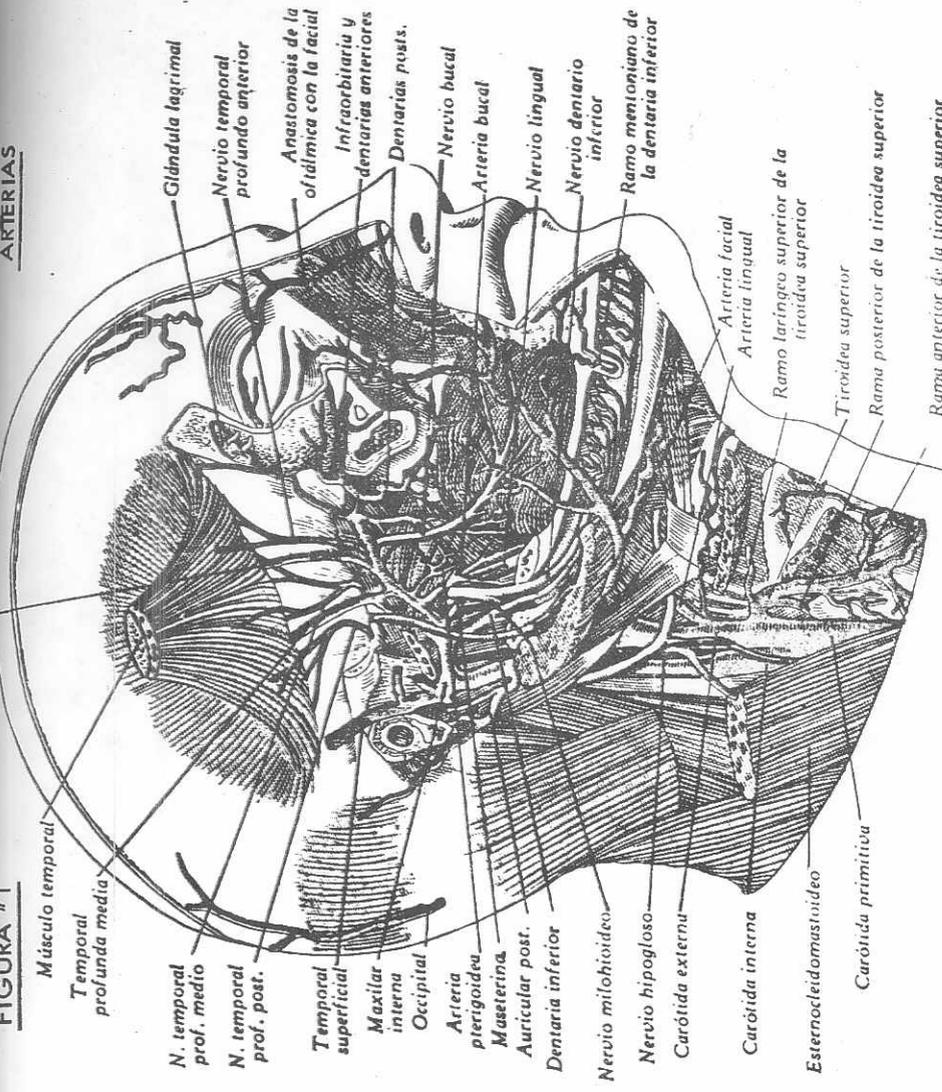
Ramos Colaterales: Tiroidea Superior o Tirolingual
Lingual
Facial
Occipital
Auricular posterior
Faríngea inferior.

Arteria Subclavia: La subclavia derecha tiene su origen en el tronco braquicefálico, y la izquierda en el cayado de la aorta. Ambas se dirigen hacia fuera, pasando por encima de la primera costilla, entre el escaleno anterior y el medio, hasta llegar al borde inferior del músculo subclavio, donde se continúa con la arteria axilar. La subclavia derecha forma una curva de concavidad inferior que abarca la cúpula pleural y la primera costilla, en tanto que la subclavia izquierda asciende primero por dentro de la pleura y del pulmón izquierdos para formar después el mismo arco que la derecha.

Ramas Colaterales: Arteria Vertebral
Tiroidea inferior
Mamaria interna
Intercostal superior
Escapular superior
Escapular posterior
Cervical profunda.

(1) Fig. #1 y #2

FIGURA #1



Músculo temporal
Temporal
profunda media

N. temporal
prof. medio
N. temporal
prof. post.

Temporal
superficial
Maxilar
interna
Occipital

Arteria
pterigoidea
Maseterina
Auricular post.
Dentaria inferior

Nervio milohioideo
Nervio hipogloso
Carótida externa
Carótida interna

Esternocleidomastoideo
Carótida primitiva

Glandula lagrimal
Nervio temporal
profundo anterior

Anastomosis de la
ofidmica con la facial
Infraorbitaria y
dentarias anteriores
Dentarias postis.

Nervio bucal
Arteria bucal

Nervio lingual
Nervio dentario
inferior

Ramo mentoniano de
la dentaria inferior

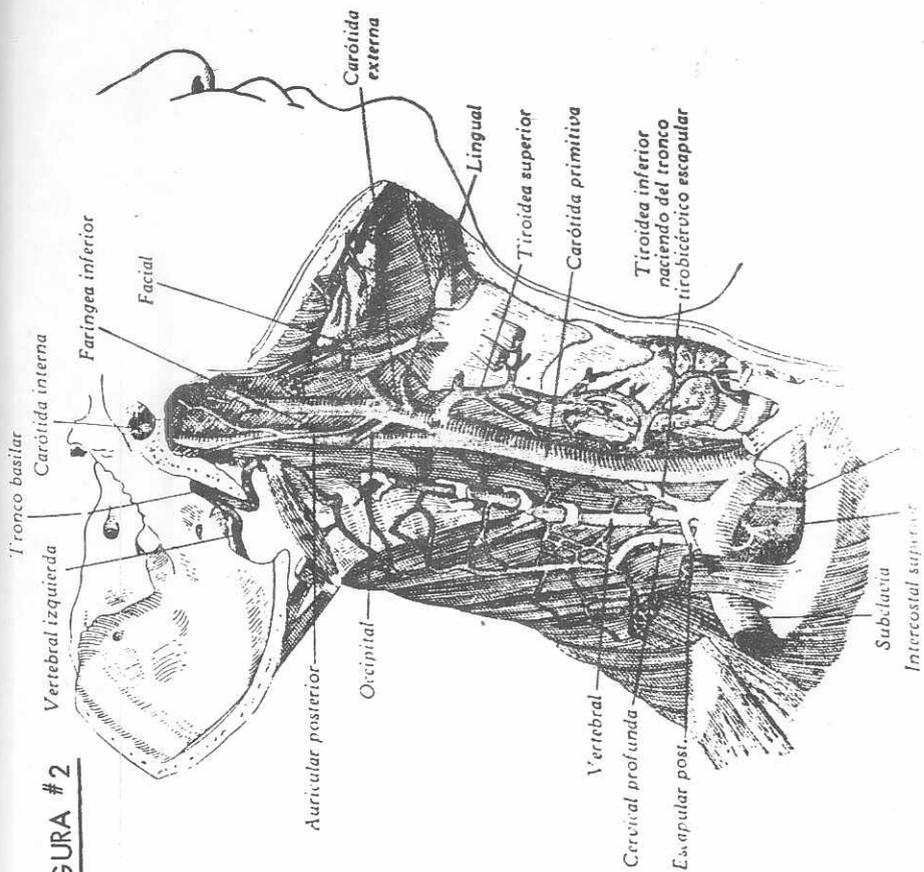
Arteria facial
Arteria lingual

Ramo laringeo superior de la
tiroidea superior

Tiroidea superior
Ramo posterior de la tiroidea superior

Ramo anterior de la tiroidea superior

FIGURA # 2



Venas afluentes de la Yugular Interna: Son afluentes de la yugular interna las venas acompañadas de las ramas arteriales de la carótida externa. Muestra variaciones individuales, pero por lo común forman tres troncos venosos que desembocan en la yugular interna, a saber:

- El tronco tirolinguofacial
- El temporomaxilar
- El auriculooccipital

Tronco Tirolinguofacial:

- Vena tiroidea superior
- Vena tiroidea media
- Vena tiroidea inferior
- Venas linguales
- Vena facial

Tronco Temporomaxilar:

- Temporal superficial
- Maxilar interna

Venas Superficiales del Cuello:

- Vena yugular externa
- Vena yugular anterior.

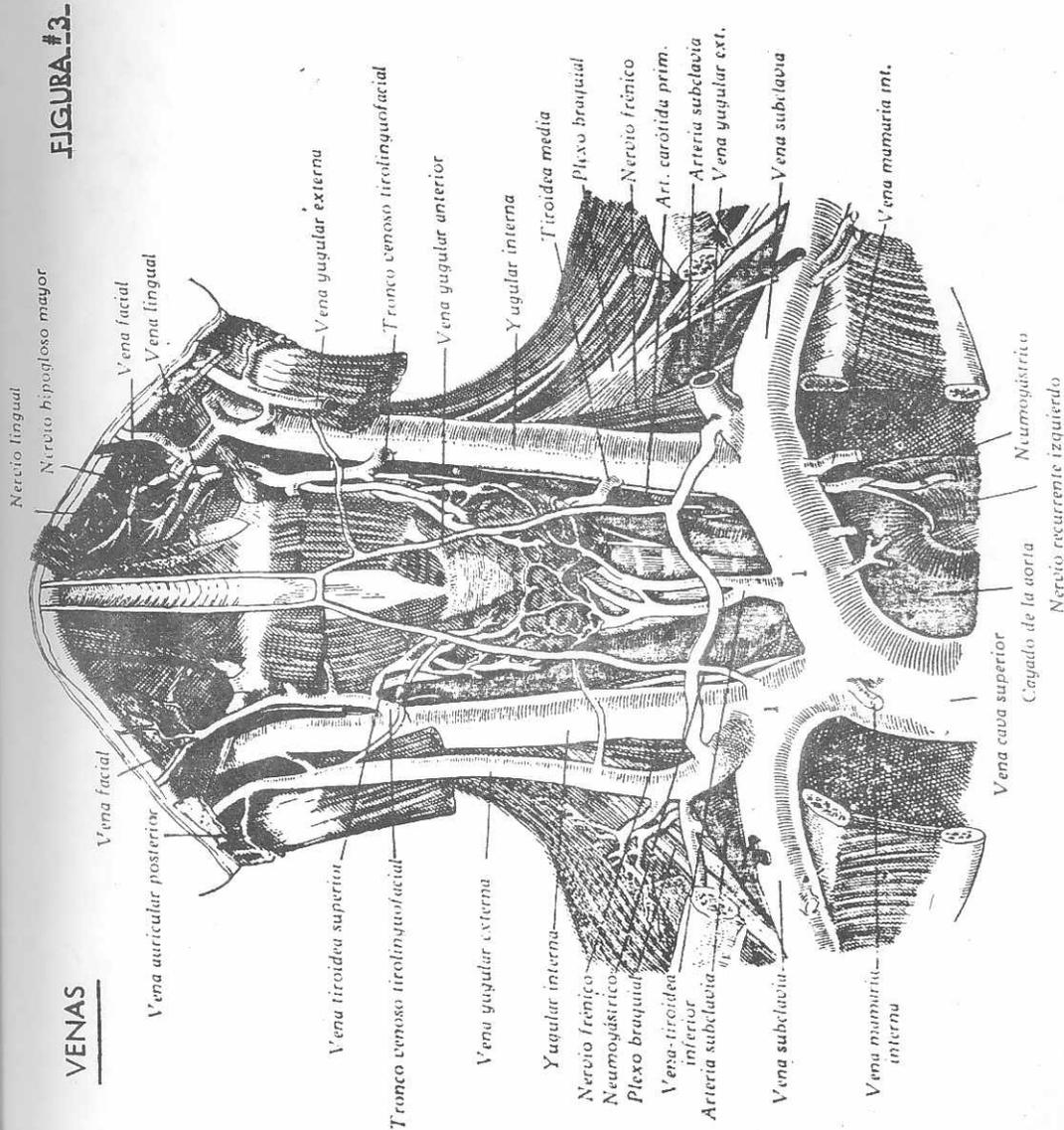
Desde su comienzo la yugular externa corre hacia abajo, atravesando la parótida; desciende por la cara externa del esternocleidomastoideo, perfora las aponeurosis cervicales superficiales

les y media y desemboca por fin en la subclavia.

La vena yugular anterior, tiene su origen en la región suprahioides, desde la cual baja verticalmente cerca de la línea media. Antes de alcanzar la horquilla esternal, se dirigen hacia fuera y se vierte en la subclavia, muy cerca de la yugular externa.

(1) Fig. #3 y #4

VENAS



Linfáticos del Cuello:

Cadenas Carotídeas:

- Cadena yugular interna
- Cadena del Nervio Espinal
- Cadena Cervical transversa.

La cadena yugular interna, comprende ganglios externos situados en la cara externa de la yugular interna, desde el vientre posterior del digástrico hasta el vientre intermedio del omohiideo; el ganglio más inferior se halla colocado por dentro del nervio frénico y por delante del músculo escaleno anterior. Los ganglios anteriores están separados en un grupo superior, situado en el espacio comprendido entre el vientre posterior del digástrico y el tronco tirolinguofacial; un grupo medio que se encuentra situado entre el tronco tirolinguofacial y el omohiideo y que a menudo solo posee un ganglio sobre el tendón del omohiideo, denominado ganglio supraomohiideo; y un grupo inferior, compuesto de uno o dos ganglios situados abajo del omohiideo.

La cadena del nervio espinal, va de la parte superior del esternocleidomastoideo hasta la cara profunda del trapecio, y está formada por ocho o diez ganglios que se alojan por fuera de la rama externa del nervio espinal.

La cadena de la arteria cervical profunda, comienza al nivel de la cadena del nervio espinal y se extiende hasta el confluente venoso de la yugular interna y la subclavia; com-

prende esta cadena de dos a diez ganglios.

Cadenas Accesorias:

- cadena yugular externa
- cadena cervical anterior superficial
- cadena cervical anterior
- cadena recurrente

(1) Fig. #5 y #6

FIGURA # 5

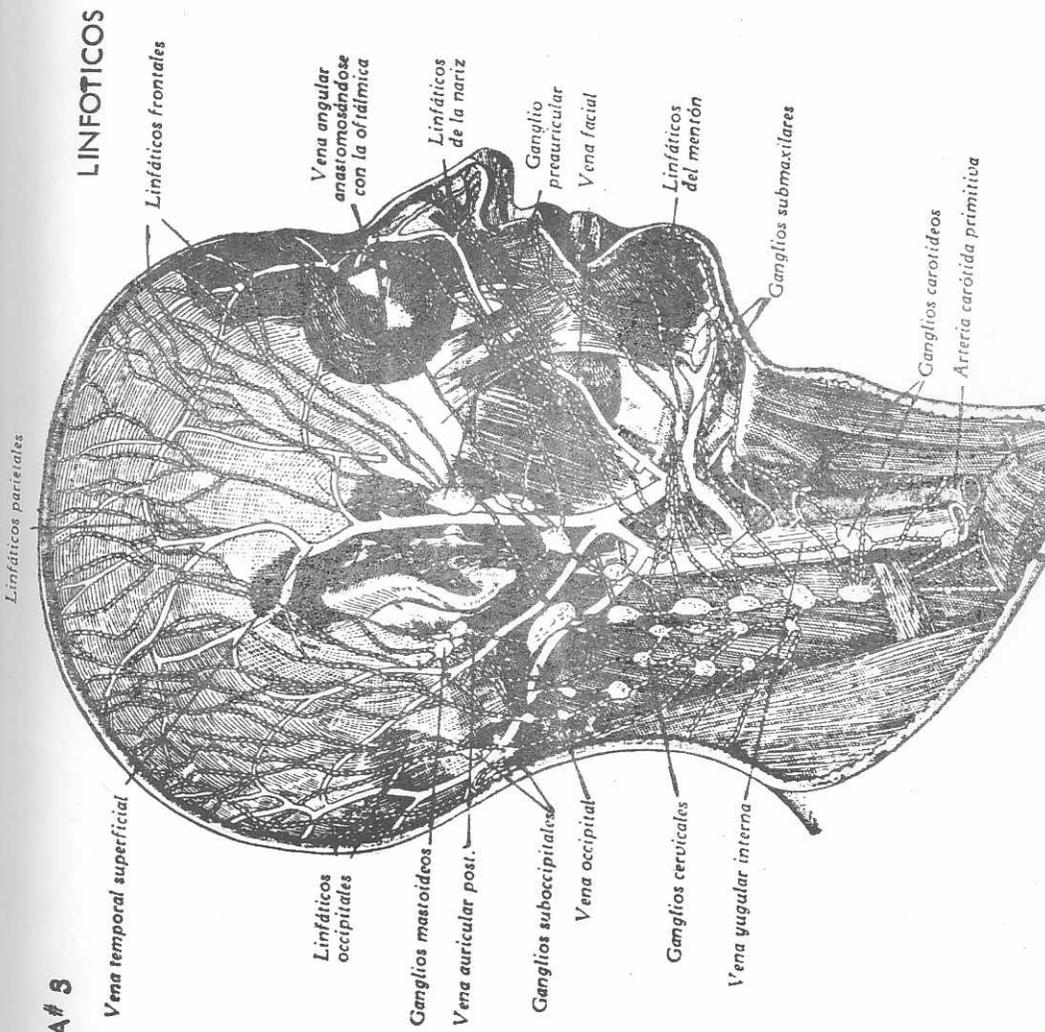


FIGURA # 6

Ganglios submentonianos o supratiroides

Conductos profundos del piso de la boca

Ganglios submaxilares

Ganglios mastoideos

Tronco venoso tiroloinguofacial

Yugular interna
Cadena carotídea o yugular interna
Cayado del conducto torcístico
Arteria subclavia

Desembocadura del cayado del conducto torcístico en el ángulo venoso de Pirogoff izquierdo

Ganglios subclavios

Cadena yugular externa

Yugular externa

Carótida primitiva
Yugular interna

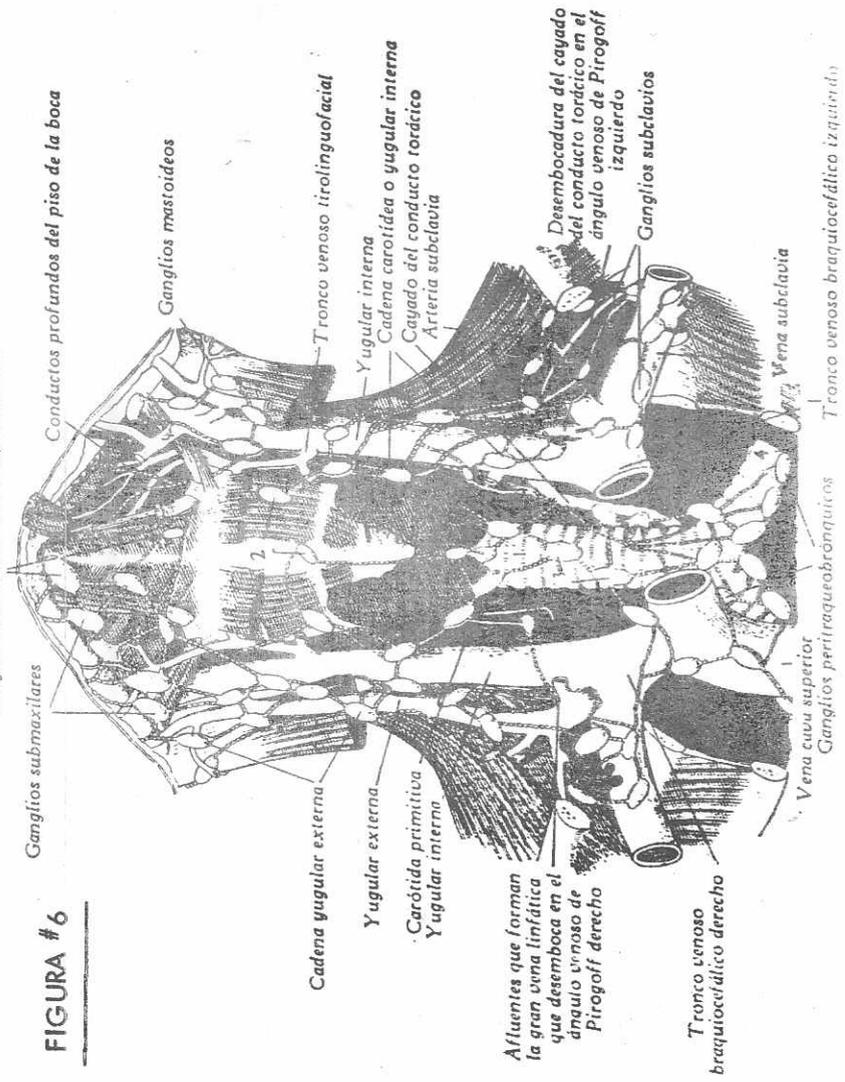
Afluentes que forman la gran vena linfática que desemboca en el ángulo venoso de Pirogoff derecho

Tronco venoso braquiocéfálico derecho

Vena subclavia

Tronco venoso braquiocéfálico izquierdo

Vena cuou superior
Ganglios peritiraqueobronquicos



INERVACION

Plexo Cervical: El plexo cervical está formado por las ramas anteriores de los cuatro primeros nervios cervicales. La rama anterior del segundo nervio cervical se divide en una rama ascendente que se anastomosa con la rama anterior del primer nervio cervical, formando el asa del atlas, y otra inferior, que se une al tercer nervio cervical, formando el asa del axis.

La rama anterior del tercer nervio cervical da un ramo ascendente para el segundo, y emite un ramo descendente que se anastomosa con el ramo ascendente del cuarto. Este último, además del ramo ascendente, origina otro ramo descendente para el quinto nervio cervical. El plexo cervical resultante se halla situado entre los músculos prevertebrales y la inserción del esplenio y del angular del omóplato y está cubierto por la aponeurosis prevertebral.

Ramas Cutáneas:

Plexo cervical superficial

Ramas Profundas:

plexo cervical profundo.

Plexo Cervical Superficial:

auricular
mastoideo
supraclavicular
supraacromial
cervical transverso

Plexo Cervical Profundo:

nervio del recto lateral
nervio del recto anterior menor

descendente interna
 asa del hipogloso
 frénico

Ramas internas del plexo cervical:

nervio del recto anterior mayor
 nervio del largo del cuello

Ramas Externas: Del esternocleidomastoideo, del romboides, trapecio.

Ramas externas del plexo cervical:

Nervio del angular.

Fig. #7 y #8

INERVACION

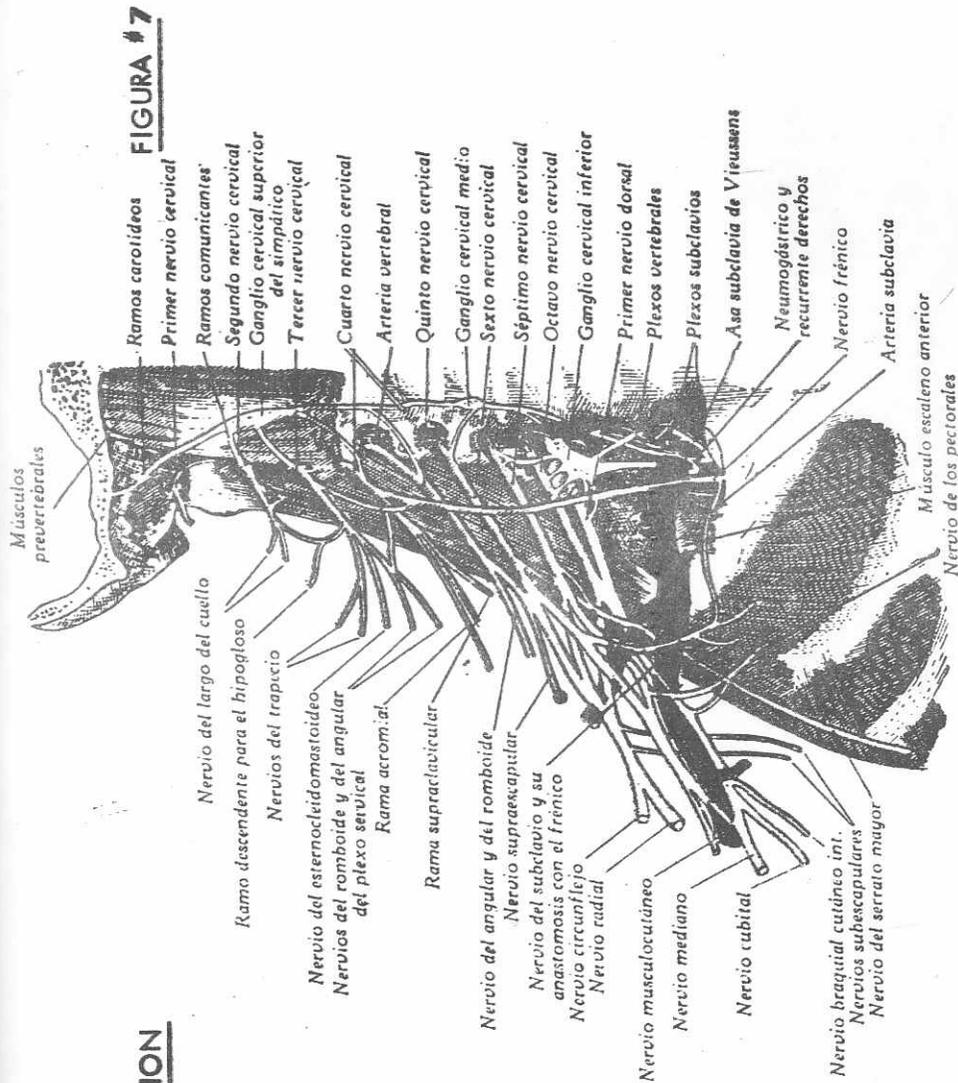
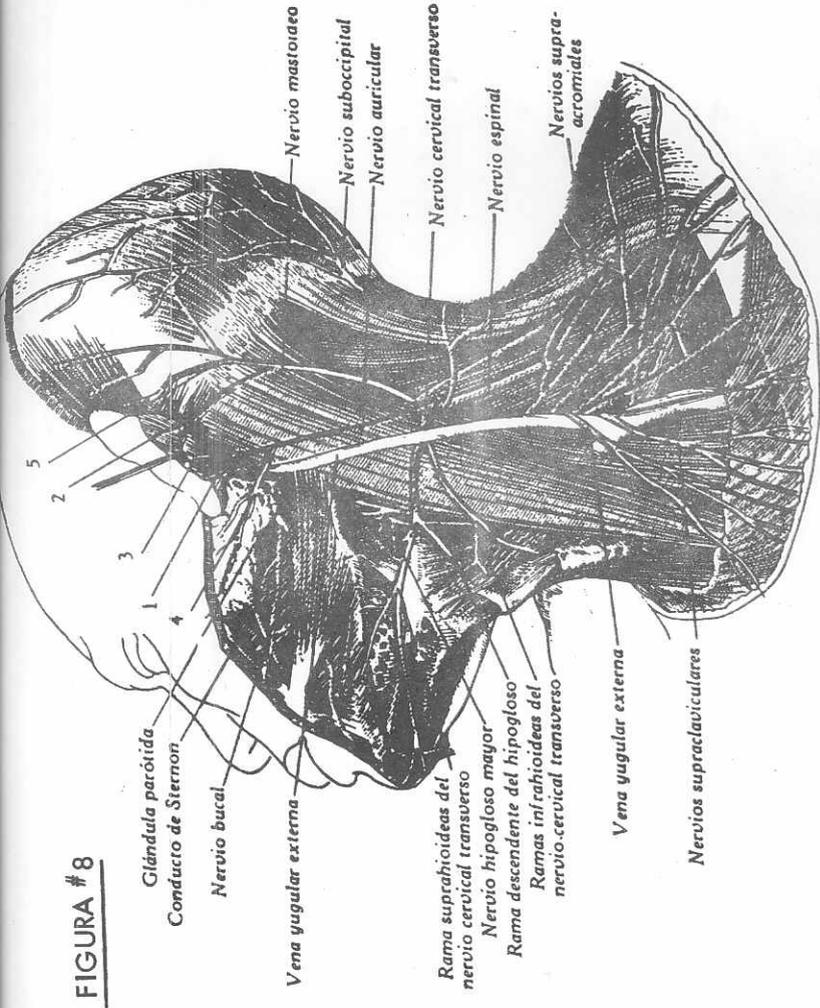


FIGURA #8



Glándula parótida
Conducto de Stenon

Nervio bucal

Vena yugular externa

Rama suprahioides del
nervio cervical transverso
Nervio hipogloso mayor
Rama descendente del hipogloso
Ramas infrahioides del
nervio cervical transverso

Vena yugular externa

Nervios supraclaviculares

Nervio mastoideo
Nervio suboccipital
Nervio auricular

Nervio cervical transverso
Nervio espinal

Nervios supra-
acromiotes

1, ramas anteriores del nervio auricular; 2, ramas anteriores del nervio mastoideo; 3, ramas posteriores del nervio auricular, que se anastomosan con el facial; 4, ramas del nervio mastoideo, que se anastomosan con el facial; 5, ramas posteriores del nervio mastoideo.

TUMORES DEL CUELLO

Son bastante comunes las tumoraciones cervicales visibles o palpables. Del 2 al 3 por ciento de todas las admisiones a los servicios quirúrgicos hospitalarios son por este motivo. Aproximadamente la mitad de estas lesiones ocurre en la glándula tiroidea; el resto son debidas a un amplio espectro de afecciones malignas, congénitas, o inflamatorias. Skandalakis y col., revisando 1616 masas no tiroideas del cuello, encontraron que solo 3.2 por ciento eran inflamatorias, mientras que el 84 por ciento eran neoplásicas y el 12 por ciento congénitas o de etiología diversa. Solo dos pacientes de toda la serie presentaban adenitis tuberculosa (escrófula).

Cerca del 80 por ciento de todas las tumoraciones neoplásicas, son metastásicas a partir de algún otro sitio, mientras que el resto consiste en lesiones primarias del cuello. Los neoplasmas cervicales primarios ocurren en las glándulas salivales principales (40 por ciento) o son linfomas primarios en los ganglios linfáticos cervicales (60 por ciento).

Sólo cuando aparecen grandes ganglios linfáticos en el área supraclavicular, es dable pensar en metástasis provenientes de un área por debajo de la clavícula. Los ganglios supraclaviculares-izquierdos se encuentran frecuentemente afectados por tumores metastásicos malignos provenientes del abdomen (ganglio de Virchow). El adenocarcinoma avanzado del estómago, el páncreas, el árbol biliar, e incluso del intestino grueso dan metástasis a este sitio.

Si una cuidadosa búsqueda de todas las posibles localizaciones no revela una posible lesión primaria, generalmente se efectúa una biopsia del ganglio cervical.

Si se han explorado cuidadosamente todas las posibilidades y no se ha encontrado ninguna lesión primaria, queda aún el problema del tratamiento local. Si se escoge la operación, debe ser una disección radical de cuello; si se emplea radioterapia, deberá ser un curso completo.

Si un grupo de estos pacientes tratados sin una lesión primaria conocida es seguido durante 5 años, el 80 por ciento de los pacientes manifestarán a la postre la lesión primaria. Unos cuantos pacientes pueden morir durante este período sin demostrar nunca la fuente de la lesión metastásica, e incluso en el examen post mortem puede resultar imposible localizarla. Lo que es aún más interesante, cerca del 20 por ciento de los pacientes sobreviven 5 años o más con aparente curación de sus lesiones metastásicas aunque la sospechada lesión primaria no haya sido localizada o tratada. En aquellos pacientes que recibieron radioterapia ya sea junto con operación, o sola, puede ser que la puerta de entrada haya incluido también a la lesión primaria.

Varios otros tumores se encuentran con escasa frecuencia — en el área del cuello que presentan problemas de diagnóstico diferencial. Los dermoides se asientan en la línea media, más comúnmente en el área submentoniana y a veces a lo largo de la línea de la clavícula. Son comunes los quistes sebáceos, especialmente en los hombres, y probablemente guardan relación con el traumatismo que provoca el rasurarse. (2)

Las masas subcutáneas en la región del cuello están consideradas como los problemas diagnósticos y técnicos más difíciles en el campo de la cirugía. En realidad, las posibilidades son demasiado numerosas para ser enumeradas en este capítulo. El ámbito de las lesiones va desde los simples quistes benignos de origen embrionario y tejido glandular aberrante hasta aneurismas y malignidades primarias y metastásicas. Los tumores de esta zona

suelen requerir una preparación exhaustiva y una destreza y un elemento de juicio quirúrgicos máximos en el quirófano.

Quiste sebáceo: Estos son quistes por retención que nacen de una glándula sebácea taponada, tienen una gran predisposición a la infección, usualmente por estafilococos.

Quiste epidérmico por implantación: Pequeñas porciones de epitelio son llevadas a una posición subcutánea como resultado de un traumatismo; después, el crecimiento subsiguiente produce un pequeño nódulo duro. Estos quistes pueden escindir-se si causan síntomas o desfiguración estética.

Lipoma: Los lipomas son tumores grasos subcutáneos encapsulados blandos, benignos y comunes. Pueden encontrarse en todos los lugares del cuerpo, pero su incidencia es mayor en la parte superior de la espalda. Los lipomas son típicamente móviles, pero están ligeramente adheridos a las estructuras circundantes. Deben escindir-se los lipomas que aumentan de tamaño y son estéticamente desfigurantes, o los que interfieren con la función normal de una parte del cuerpo debido a su ubicación.

Neurofibroma: El neurofibroma puede darse como un tumor subcutáneo único aislado o, más usualmente, en forma de tumores múltiples de tamaño variables acompañados de manchas de color café con leche en la piel (enfermedad de Recklinghausen). Son tumores blandos, libremente móviles y a menudo pedunculados, con facilidad deformables por presión.

Linfangioma: Los linfangiomas se presentan en diversas formas: como un nódulo único (linfangioma simple), como nódulos verrugosos, opalescentes difusos (linfangioma circunscrito) y como grandes masas cavernosas deformantes (linfangioma cavernoso).

Cuando un linfangioma cavernoso está ubicado en el cuello, recibe en el nombre de Higroma Quístico.

Quiste Dermoide: Los quistes dermoides suelen producirse como una masa subcutánea. Su ubicación usual son los tejidos periorbitales, y la mayor parte de los pacientes son niños. Los quistes dermatoides nunca están adheridos a la piel, pero a menudo lo están al hueso o se extienden a través de él.

Sarcomas: Estas lesiones se encuentran a veces como nódulos subcutáneos, especialmente en las extremidades inferiores. Los sarcomas varían grandemente en su composición histológica, incluso dentro del mismo tumor, pero todos se originan a partir del tejido mesenquimatoso y la mayor parte de tumores malignos subcutáneos resultan fibrosarcomas fusocelulares. Aparecen como nódulos pequeños, firmes, generalmente indoloros, que crecen lentamente durante largos períodos de tiempo y pueden adquirir un gran tamaño antes que el paciente requiera asistencia médica. Pueden enmascararse como hematomas, quistes sebáceos, lipomas o fibroma. (3).

Remanentes del conducto tirogloso: La glándula tiroidea se forma a partir de una invaginación del piso de la faringe primitiva, entre el primer par de bolsas faríngeas, durante la cuarta semana de gestación. Si el primordio del tiroidea no desciende normalmente, la glándula puede formarse en la lengua o permanecer como una masa en cualquier parte de la línea media del cuello desde la fosa submaxilar hasta la región pretraqueal. Si el conducto tirogloso persiste, el trayecto forma un quiste que generalmente se comunica con el agujero ciego de la lengua. El conducto tirogloso desciende a través del primordio del segundo arco branquial, el hueso hioides, antes de fusión en la línea media. Debido a esto, el trayecto de un conducto tirogloso persistente por lo general se extiende a través del hueso hioides.

El dato más común es una masa quística redondeada, de tamaño variable, en la línea media del cuello, justamente abajo del hueso hioides. Los quistes y la glándulas tiroideas aberrantes en la línea media se mueven la deglución y la prociencia de la lengua. Sólo los ganglios linfáticos, los quistes demoides y los ganglios de Delfos* que contienen metástasis son confundidos con los restos del conducto tirogloso en la línea media del cuello.

Linfadenitis: La infección de las vías respiratorias altas, cuero cabelludo, oído o cuello produce grados variables de linfadenitis secundaria. La mayor parte de los organismos causantes son estreptococos y estafilococos. Las infecciones del cuero cabelludo o del oído producen afección de los ganglios pre, postauriculares y suboccipitales; las infecciones submaxilares, bucales amigdalinas y faríngeas afectan a los ganglios yugulares submaxilares y yugulares profundos.

Melanoma: Aunque todos los melanomas surgen de un melanocito común, pueden reconocerse 3 lesiones diferentes desde el punto de vista clínico: (1) melanoma superficial diseminante; (2) melanoma nodular, y (3) melanoma lentiginoso maligno.

A. Melanoma superficial diseminante: Es el tipo más común y habitualmente representa un cambio en un lunar de existencia previa que aparece en cualquier parte del cuerpo como una lesión parduzca elevada, con nódulos discretos pequeños de tonalidad negra, gris, azul o rosada.

B. Melanoma nodular: El melanoma nodular se desarrolla sin signos de advertencia de un cambio en un lugar previamente existente. Puede desarrollarse en el sitio de un nevo de entronque, pe-

* Ganglios linfáticos encapsulados en la aponeurosis de la línea media, anteriores al istmo del tiroidea.

ro rápidamente se vuelve un nódulo elevado palpable. Puede ser de color negro denso o puede tener un color rojizo, o azul-negro. Ocasionalmente se desarrollan nódulos amelanocíticos.

C. Melanoma lentiginoso maligno: Esta forma de melanoma ocurre por lo general en ancianos sobre una superficie expuesta del cuerpo. Se observa con mayor frecuencia como una gran peca melanótica sobre la región molar o temporal ("peca de Hutchinson"). La lesión crece con gran lentitud, desarrollándose a menudo durante muchos años.

Etapas del Melanoma Maligno. (según Clark)

-
- Nivel 1 = Melanoma in situ por arriba de la membrana basal
 - Nivel 2 = A través de la membrana basal hacia el nivel papilar pero no hacia la capa reticular de la dermis.
 - Nivel 3 = Llena la capa capilar y se extiende al entronque de las capas papilar y reticular pero no penetra en la capa reticular.
 - Nivel 4 = Penetra en la capa reticular de la dermis.
 - Nivel 5 = Tejido subcutáneo afectado.
-

Cuadro # 1.

Abscesos: Un absceso constituye una colección circunscrita de pus. Los términos divieso, furúnculo y carbúnculo se refieren a abscesos en la piel y tejido subcutáneo. Un divieso se refiere a la colección de pus que se halla dentro del tejido subcutáneo. Un furúnculo es un absceso que se origina en las glándulas sudoríparas o en los folículos pilosos. Un carbúnculo se refiere a un absceso que se ha extendido hacia el tejido subcutáneo y está mul-

tiloculado con compartimientos individuales formados por adherencias anatómicas aponeuróticas de la piel a la aponeurosis profunda. Los sitios comunes para un carbúnculo incluyen la nuca y la pulpa de los dígitos. Los abscesos del tegumento son causados generalmente por estafilococos; no obstante, pueden infectarse en forma secundaria por organismos gramnegativos. También pueden ser el resultado de la contaminación de heridas penetrantes (por ejemplo, las que se observan en los toxicómanos). (4)

Tumores de la Parótida: Los tumores de la parótida tienen un interés considerable, y pueden ser simples o malignos.

El tumor parotídeo simple más frecuente es el llamado tumor mixto, que se caracteriza por la presencia de espacios que contienen un material semejante al cartílago. Virchow sugirió que el llamado cartílago se formaba por un proceso de metaplasia a partir del tejido conjuntivo, y Conhnhem afirmó que se trataba de un resto de los arcos branquiales desplazado durante la vida fetal. Sin embargo, en el presente momento la opinión general es que la inmensa mayoría de los llamados tumores mixtos son de naturaleza completamente epitelial.

Los tumores mixtos son igualmente frecuentes en ambos sexos y no se observa una frecuencia especial en determinadas edades; puede afectar los mismos a los niños que a los ancianos. Estos tumores muestran una manifiesta tendencia a la recidiva, incluso después de intervalos prolongados, y por ello muchos cirujanos consideran como potencialmente malignos.

Los tumores malignos de la parótida se observan en forma de sarcomas o carcinomas y a veces son secundarios a un tumor benigno, cuyo cambio de características se traduce por un momento rápido de crecimiento y del dolor. Aparece pronto metástasis en los ganglios linfáticos vecinos o en las vísceras y el pa-

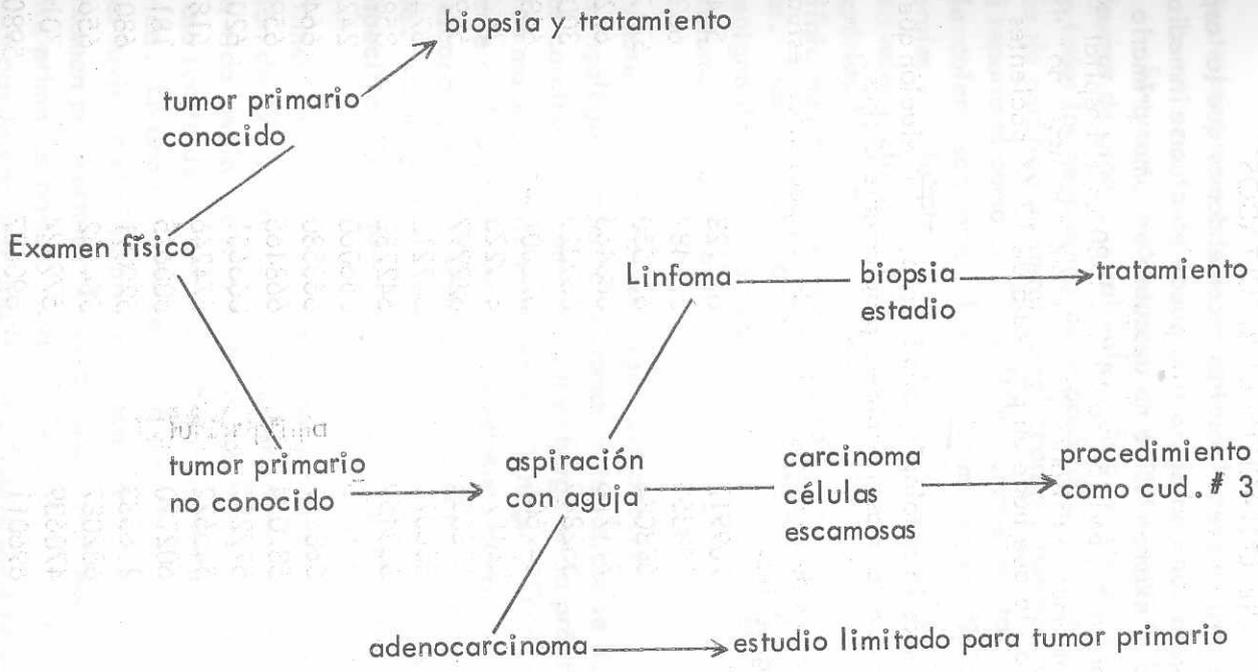
ciente pasa a un estado de caquexia maligna. (5)

El tumor mixto benigno es el más común de todos los neoplasmas de glándulas salivales. Esto ocurre en un 75 por ciento de todos los neoplasmas de la parótida. No obstante, la incidencia de parótida bilateral complicada por tumores de Warthin está reportada como un 5% a 10%, tumores mixtos benignos multiglandulares son raros. Los tumores mixtos son típicamente unilaterales y unifocales. No se han reportado series de neoplasmas salivales incluyendo más que un aislado caso de tumor mixto de parótida bilateral. De todos estos casos, fueron pacientes que clínicamente manifestaron desarrollo simultáneo de ambas glándulas. Nosotros reportamos un paciente quien tuvo un tumor mixto benigno de la glándula parótida 10 años después de resección de un tumor mixto en la glándula contralateral. (9).

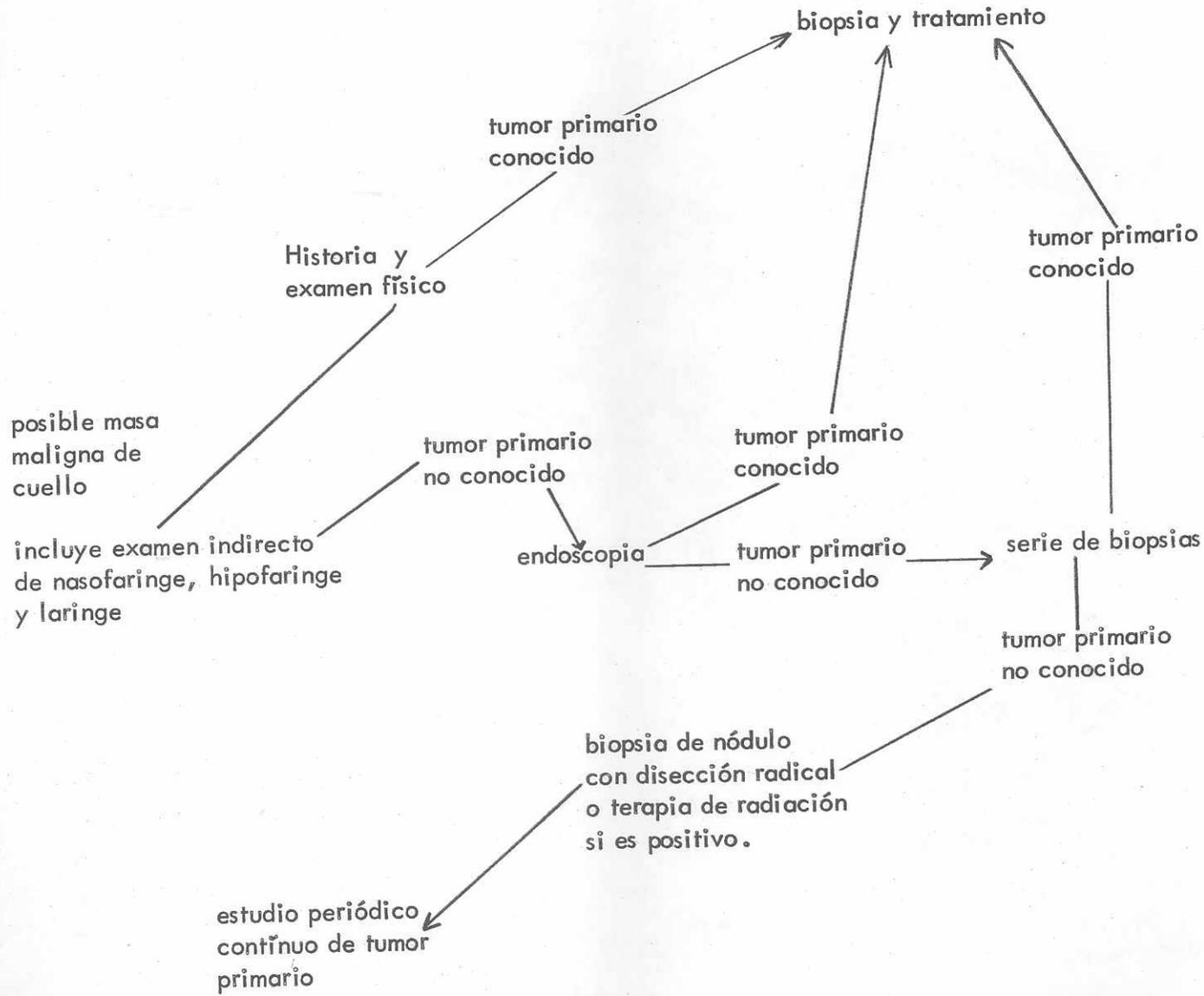
Tumores metastásicos de origen desconocido: En la literatura Otolaringológica, adenocarcinomas metastásicos se han agrupado con los carcinomas escamosos, sin embargo en la práctica actual han sido manejados diferentemente. Winegr y Griffin revisaron una serie de 106 pacientes con metástasis a cuello de sitios primarios desconocidos. 70 (16%) de sus pacientes tuvieron adenocarcinoma. La necesidad de conocer el sitio primario para tratamiento específico tiene que estar equilibrado contra tres factores.

Primero, la supervivencia es frecuentemente corta. En una revisión de 49 pacientes con adenocarcinoma de origen desconocido, la vida media fue solamente de dos meses. Segundo, hay una escasa suerte de encontrar el adenocarcinoma primario durante la vida. En una reciente serie, solamente 22 (8%) de 266 pacientes tuvieron el sitio primario localizado. Esto mejoró a 48% en examen postmortem. Tercero, una investigación para posibles sitios primarios no solo corre el riesgo de ser infructuoso pero también puede encubrir una lesión primaria para lo cual la terapia -

efectiva no es disponible. Nosotros recomendamos que la aspiración para biopsia con una aguja fina puede efectuarse inmediatamente cuando el examen físico no descubra un tumor primario. -



Cuadro # 3 Procedimiento para carcinoma de células escamosas



(6)

Definición y clasificación histológica de linfoma:

El linfoma maligno es un tumor primario de tejido linforeticular, compuesto de derivados linfocíticos e histiocíticos en varios grados de diferenciación. Esto puede ser una proliferación homogénea de un singular tipo de célula o la combinación de componentes histiocíticos y linfocíticos. La más vieja y clasificación popular consistía de linfosarcoma, sarcoma de células reticulares y linfoma folicular. Más recientemente, Rappaport revisó la clasificación que está basada sobre tipo de célula y patrón histológico. El patrón histológico consistente de patrones nodulares o difusos en el interior de un tipo de célula dada. (Cuadro # 4)

Correlación de la antigua y nueva clasificación de linfoma maligno

Sistema antiguo	Sistema de Rappaport
Linfosarcoma linfocítico	1. Linfoma maligno, linfocítico, tipo bien diferenciado
Linfosarcoma linfoblástico	2. linfoma maligno, linfocítico, pobremente diferenciado
Sarcoma de células reticulares	3. linfoma maligno, no diferenciado
ninguno	4. linfoma maligno, histiocítico
Linfoma folicular	5. linfoma maligno, celular mixto.

Cuadro # 4

(7)

Tuberculosis cervical:

Todas las infecciones tuberculosas en el hombre implican desarrollo linfático. Cerca del 90% de las infecciones primarias sanan al permitir una reacción positiva de tuberculina y tal vez una pequeña calcificación pulmonar como resultado solamente. - Hay, de cualquier modo, complicación de nódulos regionales de áreas drenando el foco primario de infección y frecuentemente diseminación hematogena de bacilo tuberculoso resultando en más amplio desarrollo en el sistema linfático. El cuadro patológico - en el nódulo linfático varía de una reacción hiperplásica a la completa caseificación y necrosis. En muchos casos la enfermedad ha sido oculta; sin embargo, una vez que el bacilo ha penetrado al cuerpo humano y la lesión ha sido establecida, no es necesario una exposición amplia para el desarrollo de lesiones destructivas entre un corto tiempo o después de un considerable período de mantenerse oculto.

En una serie de 133 pacientes con un diagnóstico de tuberculosis primaria admitidos en el Centro Médico regional naval de San Diego California, durante un período de 4 años de julio 1967 a julio 1971, 29 (16.7%) tuvieron linfadenitis extrapulmonar. La región cervical fue involucrada en 20 (68.7%) de estos pacientes. (10).

PRESENTACION DE RESULTADOS

En la presente revisión de 1975 a 1980 en el hospital Roosevelt, encontramos registrados 82 pacientes con masas no tiroideas en cuello, lo que hace un promedio de 13.66 pacientes por año.

Analizamos la patología, edad, sexo, y la relación que tiene en número con las masas tiroideas propiamente dichas.

Los números de registros médicos de los pacientes estudiados son los siguientes:

718835	709917	612128	534867
795501	708853	572489	663580
717907	698084	631550	671764
717841	711776	668465	672500
213779	552849	669329	300401
702495	547604	672001	668030
704670	261072	619225	242688
697934	123052	622297	559501
692538	566071	647215	674246
691411	563459	642782	358611
654576	591406	656060	242688
233171	568167	663580	664778
697224	587034	668465	659839
690960	577297	306601	620719
687985	545622	674246	618351
308802	602790	500675	181146
684117	256533	529091	680942
683622	602087	534632	656070
329302	478639	579924	701004
448189	696011	690827	598080
	572229	653602	

GRUPO ETAREO	No.	%
13 a 20	25	30.5
21 a 30	14	17.1
31 a 40	9	10.9
41 a 50	12	14.6
51 a 60	9	10.9
61 a más	13	15.9
TOTALES	82	100.0

En esta gráfica No. 1, se representa el grupo etáreo más afectado por Masas no Tiroideas de Cuello, correspondiendo a la población de 13 a 30 años, con un número de 39 casos, que representan un 47.6%, de un total de 82 casos; y el grupo etáreo menos afectado, que corresponde a la población de 51 a 60 años y de 31 a 40 años, con 9 casos que corresponden a un 10.9% cada grupo.

POBLACION	No.	%
RURAL	50	61
URBANA	32	39
TOTALES	82	100

En esta gráfica No. 2, se representa la población más afectada y que más consulta efectuó a el Hospital Roosevelt por Masas no Tiroideas en Cuello, correspondiéndole a el área rural un No. de 50 casos, que representan un 61%.

SEXO	No.	%
FEMENINO	42	51
MASCULINO	40	49
TOTALES	82	100

En esta gráfica No. 3, se representa a el sexo que más frecuentemente es afectado por Masas no Tiroideas en Cuello, siendo el sexo femenino con un No. de 42 casos que representan el 51%.

DIAGNOSTICO	No.	%
ADENITIS TB*	17	21
METASTASIS	11	13
LIPOMA	8	10
INFLAMACION	8	10
HODGKIN	6	7
LINFOMA	6	7
T**PAROTIDA	4	5
LIPOSARCOMA	4	5
QUISTE TG***	3	4
QUISTE Epd ¹	2	2
ABSCESO	2	2
TOTALES	--	--

DIAGNOSTICO	No.	%
LINFANGIOMA	3	4
MASAS ET. ? ¹¹	2	2
ADENOMEGALIA	1	1
AMIGDALA Ht ¹¹¹	1	1
LINFOSARCOMA	1	1
HIGROMA Qt	1	1
SARCOMA	1	1
COSTILLA CERVICAL	1	1
----	82	100

*TB = tuberculosa
 **T = tumor
 ***TG = tirogloso
 Qt = quístico

¹ Epd = epidémico
¹¹ no determinada
¹¹¹ Ht = hipertrófica

En esta gráfica No. 4, se representan los diagnósticos de Masas no Tiroideas en Cuello siendo el más frecuente Adenitis Tuberculosa, con un No. de 17 casos que constituyen el 21% de un total de 82 casos, secundado por Metástasis de Tumores en otros sitios primarios, con el No. de 11 casos que corresponden a un 13%.

EVOLUCION ^{por} Mes	No.	%
0 a 1	16	19.5
2 a 6	25	30.5
7 a 12	16	19.5
13 a 60	15	18.3
61 a 120	7	8.5
121 a 180	3	3.7
181 a más	0	0
TOTALES	82	100.0

En esta gráfica No. 5, se representa el tiempo de evolución desde el apareamiento de la masa no Tiroidea en cuello hasta la primera consulta efectuada a el Hospital Roosevelt, siendo la mayor frecuencia de 2 a 6 meses, en un No. de 25 casos, que constituyen el 30.5%.

SITIO PRIMARIO	No.	%
TIROIDES	2	18
SEMINOMA	2	18
NO DETERMINADO	2	18
MELANOMA	1	9
ESTOMAGO	1	9
ALA NASAL DER.	1	9
ESOFAGO	1	9
LARINGE	1	9
PROSTATA	0	0
PULMON	0	0
INTESTINO	0	0
TOTALES	11	100

En esta gráfica No. 6, se representan los sitios primarios - de cáncer con metástasis a cuello, como Masas no Tiroideas en cuello, exponiéndose 3 sitios como posibles de los no determinados.

MASAS	No.	%
NO TIROIDEAS	82	55
TIROIDEAS	68	45
TOTALES	150	100

En esta gráfica No. 7, se representa una relación entre las masas no tiroideas y las masas tiroideas en cuello, siendo las más frecuentes las masas no tiroideas con una diferencia de 10 casos y de un 10%.

REGION	No.	%
IZQUIERDA	51	62
DERECHA	23	28
POSTERIOR	5	6
ANTERIOR	3	4
TOTALES	82	100

En esta gráfica No. 8, se representa la región de cuello - más afectada por masas no tiroideas, predominando la región izquierda con un No. de 51 casos que constituyen un 62%, y la región anterior representa la menor frecuencia con un No. de 3 casos, que constituyen un 4%.

COMPLICACION	No.	%
INFECCION	2	2
PARALISIS MSI	2	2
TOTALES	4	4

En esta gráfica No. 9, se representan las complicaciones encontradas en el tratamiento de Masas no Tiroideas en Cuello, constituyendo la infección de herida operatoria en un No. de 2 casos (2%) y parálisis de miembro superior izquierdo con 2 casos (2%).

CONCLUSIONES

1. La mayor incidencia de Masas no Tiroideas en Cuello, de pacientes que consultan al Hospital Roosevelt, se observó en el grupo etáreo de 13 a 30 años, que constituyeron un 47.6% con 39 casos.
2. La población rural fue la que más frecuentemente presentó Masas no Tiroideas en Cuello, con un 61% que constituyeron 51 pacientes.
3. No existe una gran diferencia de susceptibilidades por sexo de padecer Masas no Tiroideas en Cuello, el femenino constituyó el 51% y el masculino el 49%.
4. El diagnóstico más frecuente de Masa no Tiroidea en Cuello lo constituyó la Adenitis Tuberculosa con 17 casos (21%) seguido de Metástasis de tumores primarios en otros sitios con 11 casos (13%) y Lipomas con 8 casos (10%).
5. La evolución de Masas no Tiroideas en Cuello, desde el inicio de los síntomas hasta el primer examen físico, tuvo un promedio de 4 meses.
6. Los sitios primarios de tumores con metástasis a cuello, más frecuentes fueron el Tiroides, el testículo y no determinados con 2 casos (18%) cada uno.

7. La región de cuello más afectada de Masas no Tiroideas, lo constituyó la región Izquierda con 51 casos (62%), seguido de la región derecha con 23 casos (28%).
8. Del total de Masas en Cuello, las masas tiroideas representaron un total de 68 casos (45%) y las masas no tiroideas presentaron un total de 82 casos (55%).
9. Las complicaciones más frecuentemente encontradas fueron la infección de herida operatoria y la parálisis de miembro superior izquierdo con un No. de 2 casos (2%) cada uno.

RECOMENDACIONES

1. Efectuar un estudio completo para detectar Tuberculosis en todos los pacientes que consultan por masas en cuello, en todos los hospitales de la república.
2. Efectuar un estudio completo del paciente que padece de masas de cuello metastásicas para lograr localizar el tumor primario, para un mejor seguimiento en el tratamiento.
3. Hacer conciencia en la población rural y urbana de la necesidad de consultar a un hospital o centro de salud, a inicio de los síntomas de masas en cuello.
4. Efectuar buenas técnicas quirúrgicas pre, trans y post-operatoriamente, para evitar las complicaciones en el tratamiento de masas de cuello.
5. Recomendar a médicos y estudiantes, para que efectúen mejores estudios sobre masas de cuello, en otros hospitales nacionales y departamentales para conocer la verdadera incidencia en toda la república.
6. Hacer un estudio prospectivo sobre masas de cuello, para conocer las causas y factores que predisponen a ellas.
7. Hacer conciencia a los estudiantes y médicos de la importancia que tiene efectuar un correcto llenado de las hojas de los libros de operaciones, para obtener datos exactos.

RESUMEN

El estudio de Masas no Tiroideas en Cuello, se efectuó en el Hospital Roosevelt, efectuando una revisión de 6 años, con la colaboración del Departamento de Cirugía y Registros Médicos, - encontrándose un total de 82 casos, los cuales se relacionaron con 68 casos de Masas Tiroideas.

Se encontró que la causa más frecuente fue la Adenitis Tuberculosa con un 21%, la población rural constituyó un 61%, la evolución promedio de los síntomas fue de 4 meses y que no tienen susceptibilidad definida con respecto al sexo.

No se pudo determinar la mortalidad en este estudio, por el ausentismo presentado por paciente en el control post-operatorio por consulta externa.

Los tumores de sitios primarios desconocidos, no se logró un estudio completo de estos pacientes, debido a que tuvieron un egreso voluntario.

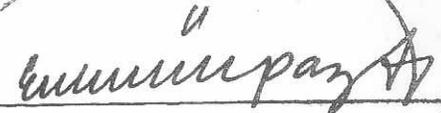
Las complicaciones encontradas fueron 2 infecciones de herida operatoria y dos parálisis de miembros derechos izquierdos, las infecciones se presentaron en las patologías siguientes: Hodgkin y *Ca. metastásico. Las parálisis se presentaron secundariamente a resección del liposarcomas. Las operaciones efectuadas consistieron en resección de las masas y los diagnósticos se determinaron por biopsia.

* Carcinoma.

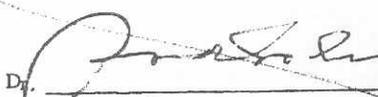
BIBLIOGRAFIA

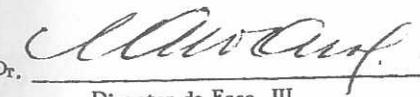
1. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez
Tratado de Anatomía Humana
Aparato Circulatorio, Sistema Nervioso Central y periférico
Tomo II
Vigésima edición
Editorial Porrúa, S.A.
México, D.F.
1979.
2. Seymour I Schwartz D.
Patología Quirúrgica
Primera Reimpresión
La Prensa Médica Mexicana
México D.F.
1976.
3. Robert E. Condon, MD
Lloyd M Nyhus, MD
Manual de Terapéutica Quirúrgica
Tercera Edición
Salvat Editores, S.A.
Mallorca, 41 - Barcelona
España, 1979.
4. Dr. J. Englebert Dumphy
Dr. Lawrence W. Way
Diagnóstico y Tratamientos Quirúrgicos
Segunda Edición
Editorial El Manual Moderno, S.A.
México, D.F.
1979.

5. Sir Cecil Wakeley
Manual de Cirugía
Salvat Editores, S.A.
Segunda Edición
Imprenta Hispanoamericana, S.A.
Barcelona, España, 1970.
6. Jerry Templer, MD
Michael C. Perry, MD
William E. Davis, MD
Archives of Otolaryngology
January 1981
Volume 107
7. Maj Charles M. Luetje, MC, USAF
Col Clark Erickson, MC, USAF
Archives of Laryngology-Ot.
January 1975
Volume 101
8. John Conley, MD
Archives of Otolaryngology
November 1980
Volume 106
9. Thomas A. Welmert, MD
Walter P. Work, MD
Archives of Otolaryngology
November 1976
Volume 102
10. Robert W Cantrell, MD
John H. Jensen, MD
Donal Ried, MD
Archives of Otolaryngology
January 1975
Volume 101

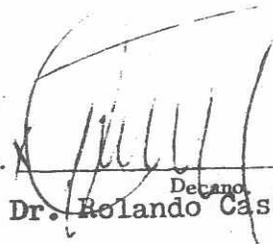
B. 
Eric Humberto Paz Sosa

Dr. 
Asesor
Dr. Silvio E. Pazzetti G.

Dr. 
Revisor.
Dr. Rodolfo Solís H.

Dr. 
Director de Fase III
Dr. Carlos A. Waldheim C.

Dr. 
Secretario
Dr. Raúl A. Castillo

Dr. 
Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo