

No toda masa cervical es una adenopatía: serie de 4 casos clínicos

A. MORIANO GUTIÉRREZ

Residente de Pediatría de 2.º año. Hospital Universitario La Fe (Valencia)

PUNTOS CLAVE

- Ante un lactante con una masa cervical se debe realizar el diagnóstico diferencial entre tumoración adenopática (inflamatoria o neoplásica) o no adenopática (congénita o neoplásica).
- En los lactantes menores de un año, la posibilidad de que una masa cervical no sea una adenopatía es mayor que en otros rangos de edad pediátrica.
- El teratoma es el tumor congénito más frecuente en los primeros meses de vida y se presenta más en niñas.
- Es importante esperar a tener un diagnóstico definitivo para informar a los padres.
- Los exámenes de salud deben realizarse con una sistemática rigurosa y que integre la totalidad de la exploración clínica de los niños.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

- **Motivo de consulta.** Paciente de 8 años de edad que consulta por tumoración cervical que en la última semana ha aumentado de tamaño, afebril y asintomática en todo momento, salvo ligera odinofagia y dolor cervical.
- **Antecedentes familiares y personales.** Sin interés para el proceso actual.
- **Exploración física.** Todo normal, salvo orofaringe ligeramente hiperémica y masa de localización laterocervical izquierdo, tamaño de unos 4 cm, rodadera y dolorosa, con escasa movilidad y adenopatías asociadas de pequeño tamaño a nivel cervical izquierdo y menos en el derecho.

Caso 2

- **Motivo de consulta.** Paciente de 7 años que consulta por tumoración cervical dolorosa con odinofagia y fiebre e incremento del tamaño de la misma a pesar de tratamiento antibiótico desde hace 7 días.
- **Antecedentes familiares y personales.** Sin interés para el proceso actual.
- **Exploración física.** Todo normal, salvo orofaringe ligeramente hiperémica sin exudados y región laterocervical de consistencia dura, dolorosa a la palpación sin reacción eritematosa acompañante.

Caso 3

- **Motivo de consulta.** Paciente de 11 años que consulta por presentar adenopatía laterocervical derecha de 2 días de evolución dolorosa sin fiebre y con tratamiento antibiótico desde hace 1 día.
- **Antecedentes familiares y personales.** Sin interés para el proceso actual.
- **Exploración física.** Orofaringe congestiva con exudado purulento a nivel de amígdala derecha, se palpa borde esplénico sin hepatomegalia y tumefacción laterocervical derecha de gran tamaño sin reacción inflamatoria sobre la piel adyacente.

Caso 4

- **Motivo de consulta.** Lactante de 4 meses que consulta por rechazo de tomas sin otra sintomatología acompañante.
- **Antecedentes familiares y personales.** Sin interés para el proceso actual.
- **Exploración física.** Todo normal, salvo que en fosa supraclavicular izquierda aparece una lesión indurada, petrosa, que se extiende en región cervical y adherida a planos profundos con adenopatías <1 cm acompañantes en dicha región.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y JUICIO CLÍNICO

Todos los casos fueron remitidos al hospital de referencia para completar el estudio. La sospecha diagnóstica inicial fue de masa adenopática de etiología infecciosa y como prueba complementaria inicial se solicitó una analítica con serología vírica y una ecografía cervical de la masa.

Caso 1

Aparece en el hemograma una leucocitosis con desviación izquierda y aumento de reactantes de fase aguda. Los hallazgos ecográficos son sugestivos de quiste complicado del 2.º arco branquial (**figura 1**).

Se programa ingreso para antibioterapia intravenosa que cubra gérmenes grampositivos y anaerobios. Buena evolución clínica, con resolución de la complicación infecciosa; posteriormente requirió extirpación quirúrgica de la malformación adyacente.



FIGURA 1

Caso 2

Hemograma con leucocitosis y desviación izquierda; en la ecografía, dada la complejidad de la lesión, requiere de la realización de un TAC laterocervical para esclarecer el diagnóstico. Aparece en la región laterocervical izquierda una zona de flemonización/abscesificación que desplaza la vía área asociada a una probable fístula del seno piriforme (**figura 2**).

Se programa ingreso para antibioterapia intravenosa que cubra gérmenes grampositivos y anaerobios. Buena evolución clínica, resolución de la complicación infecciosa.

Se programa una vez resuelto el proceso agudo un estudio contrastado de vía aero-digestiva superior que confirma sospecha diagnóstica; requiere de cirugía correctora de la malformación para evitar eventos similares en el futuro.

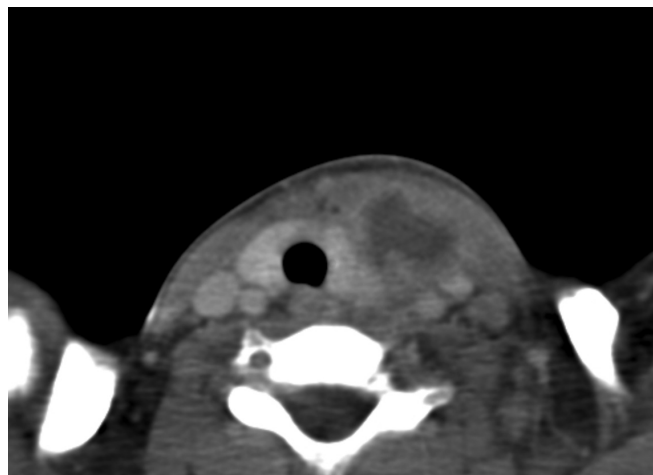


FIGURA 2

Caso 3

En el hemograma destacada una linfomonocitosis con linfocitos activados en sangre periférica y una serología vírica positiva para el Ac VCA IgM del VEB con Ac heterófilos también positivos. Ecografía cervical, muestra un conglomerado adenopático sin imagen sugestiva de complicación asociada al proceso.

Se retiró el tratamiento antibiótico y se resolvió espontáneamente.

Caso 4

Hemograma anodino; ecográficamente aparece una masa con contenido cálcico en su interior, por lo que se realiza una radiografía de tórax apareciendo una lesión cervicomediastínica posterior, sugestiva de neuroblastoma (**figura 3**). Eco-

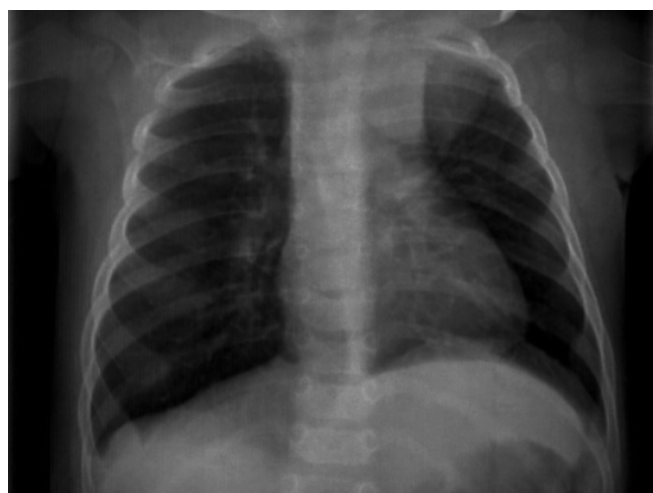


FIGURA 3

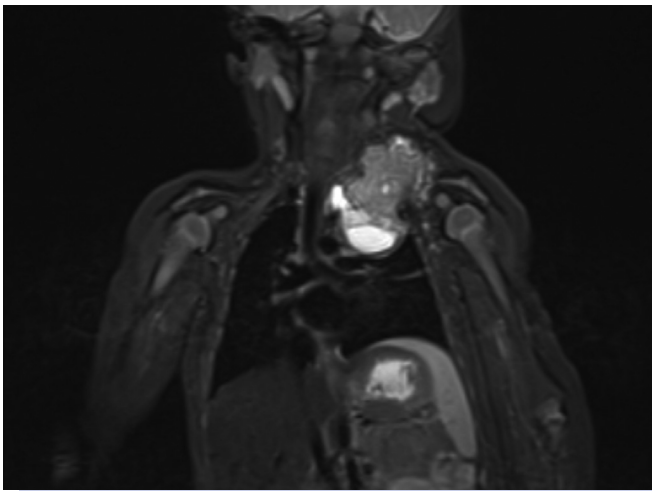


FIGURA 4

grafía abdominal normal. La paciente ingresa para estudio y se solicita una resonancia magnética (RMN) de la lesión y catecolaminas en orina y otros marcadores tumorales de neuroblastoma. Aparece en la RMN (figura 4) una lesión heterogénea, cuyas características sugieren el diagnóstico de neuroblastoma paraespinal cervical izquierdo con afectación intracanal y extensión torácica paramediastínica izquierda; no obstante, se decide realizar un TAC cervical para estudio óseo. Es en el mismo donde se informa que la masa presenta características radiológicas de un teratoma y no de neuroblastoma. La biopsia de la lesión da el diagnóstico definitivo de teratoma maduro. Requiere de extirpación quirúrgica de la lesión sin otro tratamiento adicional.

DISCUSIÓN

Ante una masa cervical siempre se debe realizar el diagnóstico diferencial entre tumoración adenopática (inflamatoria o neoplásica) o no adenopática (congénita o neoplásica)^{1,2}. Para ello, aparte de una exhaustiva anamnesis y exploración clínica, son de mucha utilidad determinadas exploraciones complementarias para llegar al diagnóstico definitivo.

En los niños la causa más frecuente de masa cervical es la presencia de adenopatías de causa inflamatoria-infecciosa³. Normalmente suelen estar implicadas bacterias grampositivas o virus, pero a veces se involucran también agentes anaerobios. Si la sospecha diagnóstica es de masa congénita, las dos más frecuentes son el quiste del conducto tirogloso y los quistes braquiales; ambas suelen acaecer en edad escolar y el tratamiento es fundamentalmente quirúrgico⁴. Otras masas congénitas más frecuentes en edades más tempranas son el higroma quístico y el teratoma⁵. No obstante, la posibilidad de que se trate de una masa maligna siempre debe descartarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. Emerick K. Differential diagnosis of a neck mass. Uptodate. Version 17.2. 16-10-2008.
2. Hernández Encinas MA, Díez Estrada E. Adenopatías. Form Act Pediatr Aten Prim 2008;1:22-26.
3. Swanson DS. Etiology and clinical manifestations of cervical lymphadenitis in children. Uptodate. Version 17.2. 01-05-2009.
4. Espinoza Colindres A. Quiste paratiroideo: diagnóstico diferencial de tumoración cervical. An Pediatr 2003;58:188-90.
5. Cárdenas Guerrero P. Teratoma congénito cervicofacial. Acta Pediatr Esp 2004;62.