



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

ESCUELA DE MEDICINA

OTORRINOLARINGOLOGÍA

Patología de Glándulas Salivales. Traumatismo de cabeza y cuello. Masas Cervicales de Cabeza y Cuello. Cuerpos Extraños.

**DR. DAVID JOFRÉ P.
DRA. CLAUDIA GONZÁLEZ G.**

Existen glándulas salivales mayores y menores. El primer grupo está compuesto por 3 pares de glándulas: parótida, submandibular o submaxilar y sublingual. Las glándulas salivales menores son numerosas (700 a 1000) y se distribuyen en las mucosas orofaríngea, nasal, sinusal, laríngea y traqueal.

PARÓTIDA

Es la glándula salival de mayor tamaño, pesa 25 a 30 gr. y se ubica en la fosa parotídea. Produce el 45% del total de saliva, la cual es principalmente serosa.

El conducto de Stenon o Stensen es el conducto excretor parotídeo, tiene una longitud aproximada de 6 cm. Sale del borde anterior de la glándula, atraviesa el músculo masetero y perfora el músculo buccinador y la mucosa oral. Se abre en la boca a nivel del cuello del 2do molar superior.

Posee relaciones anatómicas importantes:

1. Nervio Facial: penetra el parénquima glandular, dividiendo la glándula en una porción superficial y una profunda. Estando en el espesor de la parótida, se divide en 2 a 3 ramas principales, las cuales originarán múltiples ramas terminales que inervan al platisma y a los músculos que permiten la mímica facial.
2. Espacio parafaríngeo: se relaciona con la porción profunda de la glándula.
3. Ramas de arteria carótida externa: se encuentran mediales al nervio Facial.

La irrigación de la glándula está dada por ramas de la arteria carótida externa. El drenaje venoso se realiza a través de la vena yugular externa. Es importante mencionar que existen ganglios linfáticos intra y extraparotídeos, un aumento de volumen de ellos puede confundirse con un aumento de volumen parotídeo propiamente tal. El drenaje linfático es vía submandibular a ganglios cervicales superiores profundos.

SUBMANDIBULAR O SUBMAXILAR

Se ubica en el triángulo submandibular o submaxilar que está limitado por los vientres anterior y posterior del digástrico y el ángulo de la mandíbula. Pesa entre 10 a 15 gr y posee 2 porciones: una superficial y una profunda al milohioideo. Esta disposición anatómica es importante ya que cuadros infecciosos pueden extenderse a la parte posterior del piso de la boca, causando un flegmón o absceso del piso de la boca.

El conducto submandibular o de Wharton tiene alrededor de 5 cm de largo, se dirige hacia anterior, bajo la mucosa del piso de la boca para abrirse al lado del frenillo, en la carúncula sublingual. La saliva que produce es mixta (serosa y mucosa) y corresponde al 45% del total.

Sus relaciones importantes son:

1. Ramas del Nervio Facial: las ramas mandibular y cervical corren sobre la glándula y pueden ser dañadas en los procedimientos quirúrgicos submandibulares.
2. Nervio Lingual: el conducto de Wharton pasa sobre este nervio. Esto debe tenerse presente cuando se cánula el conducto para extraer un cálculo.
3. Nervio Hipogloso: se relaciona con la cara profunda de la glándula.

La glándula es irrigada por ramas de las arterias facial y submentoniana, el drenaje venoso es a través de la vena facial. Los ganglios submaxilares y la cadena yugular interna reciben el drenaje linfático.

SUBLINGUAL

Ubicada debajo el piso de la boca, sobre el milohioideo. Su peso aproximado es 2 gr y produce el 5% de la saliva, principalmente mucosa. La parte posterior contacta con la glándula submandibular.

Tiene 8 a 20 conductos de drenaje que se abren en el piso de la boca. El más voluminoso se llama de Rivinus y se abre en el vértice de la carúncula sublingual. La obstrucción de uno de los conductos de drenaje producen un quiste de retención que es llamado *ránula*.

GLÁNDULAS SALIVALES MENORES

Son de pequeño tamaño. Como se dijo anteriormente, están dispersas en la mucosa de la vía aérea superior, principalmente en la mucosa orofaríngea. Según su ubicación se clasifican en glándulas labiales, linguales, palatinas, sublinguales menores, bucales y glosopalatinas. Todas ellas poseen conductos independientes que se abren directamente en la cavidad oral.

Estas glándulas tienen mayor riesgo de patología tumoral maligna.

Permiten realizar biopsias para el diagnóstico de la Enfermedad de Sjören, por obtención de muestra de mucosa de labio inferior o paladar

FUNCIONES DE LA SALIVA

La saliva está compuesta en un 99,5% por agua. El resto son electrolitos, proteínas (enzimas y otras), vitaminas, hormonas y material celular. Al día se producen 1000 a 1500

cc. de saliva, su producción está regulada por factores físicos, químicos y mental. Cuando existe una producción aumentada se llama sialorrea, si está disminuida se denomina xerostomía.

Las funciones son variadas:

1. Función Protectora: lubrica las mucosas, favorece la limpieza local, protege los dientes, regula el pH y permite excreción de material autógeno y extraño (virus, factores coagulación, etc.). En resumen, es una defensa mecánica e inmunológica, ya que la saliva normal es aséptica y posee lisozima e IgA.
2. Función Digestiva: lubrica el bolo y posee amilasa, de esta manera, participa en 1ª fase de la deglución.
3. Función Sensorial: ayuda en el sentido del gusto.

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

A. Anamnesis: Los síntomas y signos no permiten diferenciar entre patología benigna y maligna.

- Aumento de volumen: es el motivo más frecuente de consulta. Puede corresponder a lesiones de las glándulas o ser originados en otra estructura. Por ejemplo: aumento de volumen en región parotídea puede corresponder a una adenopatía o a un tumor parotídeo propiamente tal. Hay que tener presente que algunos aumentos de volumen pueden ser un hallazgo al examen físico.
- Género: en las mujeres es más frecuente la sialoadenopatía linfopitelial benigna.
- Dolor: está presente en la sialoadenitis aguda y sialolitiasis. Los tumores malignos pueden presentarse con dolor o ser indoloros.
- Lateralidad: la sialoadenitis crónica recurrente y los tumores son preferentemente afecciones unilaterales. La sialoadenitis aguda viral y la sialoadenosis, afectan a las glándulas de manera bilateral. La litiasis puede presentarse tanto uni como bilateralmente.
- Velocidad de crecimiento: los tumores benignos habitualmente tiene un crecimiento lento. En general, los cuadros inflamatorios y los tumores malignos crecen rápidamente.
- Relación con la alimentación: los pacientes con sialolitiasis relatan que los síntomas se asocian a la alimentación.
- Recurrencia: la historia de la sialoadenitis crónica y la sialolitiasis revela episodios sintomáticos recurrentes.
- Xerostomía: se puede ver en la sialoadenopatía linfopitelial benigna.
- Compromiso facial: se produce en las lesiones traumáticas y en algunos casos de tumores malignos.
- Edad: cuando las lesiones se presentan en los recién nacidos deben plantearse como hipótesis diagnóstica los hemangiomas y linfangiomas. En la edad escolar son frecuentes la parotiditis aguda viral y parotiditis crónica recurrente. Los adenomas y la sialoadenosis se presentan en adultos. Debe recordarse que en las lesiones tumorales, la proporción de malignidad aumenta con la edad.

B. Examen físico: Se deben examinar todas las glándulas con palpación bimanual. Normalmente no se palpan la parótida ni la sublingual.

- Glándula parótida: para diferenciarla de músculo masetero hay que pedir al paciente que junte fuerte los dientes. Un aumento de volumen parotídeo puede producir aumento de volumen facial, cervical u orofaríngeo (medialización de la amígdala).
- Cavidad oral: examinar toda la mucosa oral, el piso de la boca y los conductos excretores (ver el Stenon).
- Características de la saliva: deben analizarse al exprimir las glándulas.

C. Estudios radiológicos

Radiografía simple: es útil para el estudio de las litiasis radiopacas. Permite también excluir la patología ósea mandibular que asemeja la enfermedad glandular.

Sialografía: se realiza inyectando un medio de contraste yodado radiopaco de manera retrógrada a través del Stenon o Wharton. Este procedimiento siempre debe ser bilateral. Idealmente el medio debe ser hidrosoluble ya que los oleaginosos, si se extravasan, puede producir granulomas.

Sus indicaciones son:

1. Evaluar el sistema canalicular: identificando litiasis, tapones mucosos, estenosis.
2. Estudiar de enfermedades crónicas: la sialoadenitis crónica recurrente da una imagen en “cuentas de rosario” (dilataciones de canalículos intraglandulares con formación de estenosis y dilataciones variables en tamaño y localización) y en la sialoadenopatía linfoepitelial benigna se observan múltiples cavidades pequeñas uniformes, distribuidas difusamente.
3. Quistes
4. Fístulas

Son contraindicaciones: la inflamación aguda y la alergia al yodo. Actualmente, en la medida en que otros medios, principalmente la ecografía han adquirido mayor eficacia diagnóstica, su uso es muy limitado.

Ecografía: es muy útil en lesiones quísticas como ránulas y quistes parotídeos. Hay que tener presente que es operador dependiente. Se ha demostrado que puede ser de gran utilidad en el estudio del ectasia ductal o alteraciones propias de parotiditis recurrente, que hasta ahora se estudiaban preferentemente con sialografía.

Tomografía Computada (TC): es utilizada para:

1. Evaluar el parénquima glandular y tejidos blandos adyacentes
2. Ver si existe compromiso de las estructuras óseas adyacentes (base de cráneo, mandíbula)
3. Distinguir la presencia de adenopatías no palpables
4. Evidenciar litiasis
5. Evaluar los espacios parafaríngeo y retromandibular

Resonancia Magnética (RM): en general sus indicaciones son las mismas de la TC, pero tiene mayor resolución de las partes blandas:

- permite mejor delimitación de las lesiones tumorales
- evalúa las estructuras nerviosas
- puede diferenciar un tumor superficial de uno profundo

D. **Biopsia:** Puede ser por aguja fina, sin embargo, ésta requiere de un citólogo experimentado y sirve sólo si los hallazgos son positivos. La biopsia incisional, en general no se utiliza, ya que la mayoría de las veces aumenta la recurrencia de los tumores. La biopsia excisional es la que da mayor información. En muchas ocasiones puede ser un procedimiento diagnóstico y terapéutico. En el caso de la glándula parótida la biopsia mínima de parótida es la parotidectomía suprafacial. Idealmente siempre pedir una biopsia rápida intraoperatoria.

PATOLOGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

1. SIALOADENITIS VIRAL

Esta infección viral afecta principalmente a la parótida. Pueden comprometerse también la submandibular y/o la sublingual, sin que exista compromiso parotídeo. Los virus que producen esta enfermedad son: virus Parotiditis, Citomegalovirus (CMV), Sarampión, Coxsackie A y B, Echo, Herpes Zoster, Influenza A, Parainfluenza 1 y 3, virus Epstein Barr (VEB) y VIH. En el 80% de los casos el virus causal es el Parotiditis. En pacientes inmunodeprimidos aumenta la frecuencia de Citomegalovirus.

Sialoadenitis por virus parotiditis

Este cuadro se veía con mayor frecuencia en niños entre 5 y 9 años, sin embargo, con el programa de vacunas, ahora es más frecuente en adultos.

Se contagia a través de la saliva y su período de incubación es de 14 a 20 días. Se ha detectado virus en la saliva 7 días antes de la aparición de los síntomas, hasta 9 días con posterioridad al inicio de estos. El pródromo está caracterizado por anorexia, astenia, fiebre y odinofagia. El único reservorio es el hombre

Clínicamente hay aumento de volumen parotídeo súbito, doloroso y difuso, que se asocia a fiebre moderada y compromiso del estado general. En $\frac{2}{3}$ el compromiso parotídeo es bilateral, pudiendo comprometerse las otras glándulas también. El aumento de volumen disminuye gradualmente en un plazo que va desde 3 a 10 días. Este cuadro es subclínico en 25 a 30% de los casos.

Al examen físico se evidencia aumento de volumen parotídeo difuso y doloroso. Se desplaza el lóbulo auricular hacia fuera y hacia arriba, el orificio del Stenon está congestivo y edematoso y la saliva es de aspecto seroso. Dentro de los exámenes de laboratorio, el hemograma presenta linfocitosis.

El diagnóstico por lo general es clínico, pero puede ser confirmado con estudio serológico: cualquier título de IgM, aumento de títulos de IgG 4 veces indica infección aguda.

El tratamiento es sintomático, comprende hidratación, analgesia, líquido abundante y supresión de alimentos que estimulen la salivación. El reposo es adecuado mientras el paciente esté decaído o febril, la actividad física no influye en la orquitis u otra complicación. Siempre hay que desinfectar los objetos contaminados con saliva del enfermo para evitar contagio.

La evolución es generalmente benigna, pero puede complicarse con:

- Orquitis 20 – 30%
- Ooforitis 5%
- Meningitis 10%
- Pancreatitis 5%
- Hipoacusia neurosensorial 0,05 – 4%

Los criterios de hospitalización son orquitis, ooforitis, meningitis, pancreatitis y vómitos incoercibles.

⇒ La inmunidad del virus parotiditis dura toda la vida, por lo tanto, frente al segundo episodio de parotiditis, hay que sospechar otro virus como agente etiológico o una sialoadenitis crónica.

2. SIALOADENITIS BACTERIANA

Cuadro infeccioso que se presenta habitualmente en pacientes con edad avanzada, deshidratados, nefróticos, inmunodeprimido, que tienen foco séptico oral, litiasis o están ingiriendo fármacos que disminuyen flujo salival como los antihistamínicos y los diuréticos.

Los agentes etiológicos son: Estafilococo aureus, Streptococo pneumoniae, Streptococo pyogenes, H. influenzae, anaerobios (Bacteroides, fusobacterium,) y gram negativos en pacientes hospitalizados.

La clínica está caracterizada por aumento de tamaño glandular brusco y doloroso, eritema de la piel, fiebre y trismus. Al comprimir la glándula puede no fluir saliva o salir saliva purulenta. El compromiso, a diferencia de la sialoadenitis viral, es con frecuencia unilateral.

El tratamiento en general, es médico. Incluye hospitalización, cobertura antibiótica adecuada (cefalosporinas de 2ª generación, clindamicina, ampicilina/sulbactam), manejo de la patología de base, suspender antisialogogos (antihistamínicos, antidepresivos), usar sialogogos (jugo de limón o naranja), masaje glandular y calor local con compresas. El estudio comprende: hemograma, VHS, PCR, cultivo de secreción (si es posible), TAC de cuello con medio de contraste. Cuando las condiciones del paciente lo permiten, puede manejarse ambulatoriamente con antibióticos como amoxicilina/ácido clavulánico.

El tratamiento quirúrgico es muy raro, siendo necesario sólo en algunos casos.

Esta patología puede complicarse, produciendo compromiso de los tejidos faciales por extensión directa. Generar un absceso parafaríngeo que puede propagarse y

comprometer la vía aérea, producir una mediastinitis, trombosar la vena yugular interna o erosionar la carótida. La paresia facial es poco frecuente y revierte con el tratamiento médico. Puede haber sepsis y falla orgánica múltiple con una mortalidad que alcanza 20 a 50%.



Frente a una sialoadenitis bacteriana recurrente, refractaria a tratamiento médico o en la que existen dudas diagnósticas, debe descartarse litiasis, linfoma o infección dental.

3. SIALOADENITIS CRÓNICA RECIDIVANTE

Patología de etiología desconocida que en general afecta a niños de 2 a 7 años. Cuando se presenta en adultos hay que descartar enfermedad subyacente como: VIH, sialoadenopatía linfoepitelial benigna, tumor, etc.

La parótida es la glándula que se ve más afectada. El compromiso es habitualmente unilateral o alternante.

Son episodios repetidos de aumento de volumen glandular difuso, asociado a dolor de intensidad variable (frecuentemente indoloro o moderadamente doloroso). Al comprimir la glándula, la saliva es grumosa y espesa. Se observa una mejoría espontánea hacia la pubertad.

El estudio sialográfico muestra un patrón de “cuentas de rosario” (dilatación y sialectasia que varían en tamaño y localización). Frecuentemente los hallazgos son bilaterales aunque los síntomas sean unilaterales. Actualmente es posible estudiar estos casos con ecografía realizada por radiólogo experimentado, evitando la sialografía que es difícil de realizar en niños

El tratamiento médico es el de elección: antibióticos, antiinflamatorios, hidratación, sialogogos y masaje glandular en cada episodio, cuya frecuencia en general tiende a disminuir con el crecimiento del niño, lo que es necesario explicar a los padres. La sialografía muchas veces terapéutica ya que elimina los tapones mucosos. Excepcionalmente la cirugía es necesaria

4. SIALOADENOPATÍA LINFOEPITELIAL BENIGNA

Lesión de glándulas salivales de etiología desconocida, se cree que es de origen autoinmune, por lo tanto, puede encontrarse en enfermedades reumatológicas. Se produce un infiltrado linfocitario que reemplaza al parénquima glandular, como consecuencia hay una disminución gradual de la producción de saliva. Esto lleva a un aumento de volumen glandular y xerostomía. La compresión de la glándula da salida a saliva espesa en la que se cultiva frecuentemente streptococo viridans.

Es más frecuente en mujeres mayores de 55 años y por lo general hay compromiso clínico de la parótida. A pesar de lo anterior, histológicamente el resto de las glándulas también están afectadas. Es frecuente su asociación con carcinoma mucoepidermoide y su transformación en linfoma o carcinoma

Síndrome de Sjögren

Es una exocrinopatía autoinmune de origen desconocido. Se presenta como aumento de volumen glandular firme, levemente doloroso, puede ser local o difuso y generalmente

es bilateral. Hay saliva espesa o ausencia de ella, esto lleva a xerostomía, caries, disfagia, disgeusia y queilitis angular. También hay xeroftalmia.

En la sialografía se ve retardo en el vaciamiento y una imagen de “cerezo en flor” (sialectasia difusa puntiforme).

Para el diagnóstico se evalúa la producción lagrimal con el Test de Schirmer y se realiza una biopsia de glándula salival menor.

El tratamiento comprende antibióticos, masaje e hidratación. Es importante siempre tener una evaluación reumatológica

5. SIALOLITIASIS

Es el resultado del depósito de sales de calcio alrededor de un nido central (células epiteliales, bacterias, cuerpo extraño). El cálculo está formado por un cuerpo inorgánico cristalino de fosfato de calcio, magnesio, carbonato y amonio, y una matriz orgánica de carbohidratos y aminoácidos.

Su frecuencia varía según la glándula afectada:

- Submaxilar 92%
- Parótida 6%
- Sublingual 2%

Los síntomas son: aumento de volumen recurrente, súbito y doloroso que se asocia a la alimentación. Si no cede la obstrucción, puede generarse una inflamación secundaria y aparecer fiebre y saliva purulenta.

Los cálculos no son todos radiopacos, en la glándula submaxilar el 80% lo son y en la parótida sólo el 60%. Por lo anterior, una radiografía simple negativa, no descarta litiasis glandular.

El manejo de la litiasis requiere de abundante líquido, calor local, analgesia y antibióticos si existe sobreinfección. El tratamiento quirúrgico debe ser realizado por un especialista .

En la submaxilar: si el cálculo está en el conducto excretor: extirpación vía oral mediante incisión de la mucosa. Si está en el parénquima: extirpación de la glándula. En la parótida, si la litiasis está próxima al orificio de desembocadura: extirpación vía oral Si está en el parénquima: parotidectomía suprafacial o total. En casos de litiasis recidivante, operada previamente por vía oral: extirpación de la glándula

Las complicaciones de la sialolitiasis son: fístula salival, sialoadenitis aguda o crónica, abscesos, estenosis 2ª y atrofia glandular.

6. SIALOADENOSIS

Es una alteración no específica, no inflamatoria del parénquima glandular que se manifiesta como aumento de volumen bilateral, crónico, recurrente e indoloro. Su causa es desconocida.

Afecta principalmente a pacientes mayores de 40 años y generalmente se presenta como un aumento de volumen asintomático que compromete a las parótidas. La célula acinares son 2 a 3 veces más grande que lo habitual por infiltrado adiposo.

Se ha visto que se asocia a malnutrición (desnutrición, bulimia, obesidad, cirrosis hepática), patologías endocrinas o metabólicas (alcoholismo, hipotiroidismo, DM, enfermedad de Cushing), embarazo y fibrosis quística.

7. RÁNULA

Lesión ubicada en el piso de la boca, secundaria a obstrucción en la glándula sublingual o glándula menor. Se ve como un aumento de volumen translúcido, azuloso en el piso de la boca, generalmente es indoloro. Puede cruzar la línea media, producir desviación de la lengua y extenderse hacia el cuello.

La TAC muestra una estructura quística. El tratamiento es quirúrgico a través de un abordaje oral y dependiendo del tamaño de la lesión se hace uno cervical.

8. TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES

Representa el 3% de todos los tumores benignos y malignos del cuerpo. Son más frecuentes en el adulto. Solamente el 2 - 5% ocurren en menores de 16 años. Pacientes con radioterapia previa pueden presentar malignización de glándulas salivales.

Se asocia con: alcohol, factores raciales, cancerígenos (fábrica de calzados, leñadores). El 90% de los tumores de las glándulas salivales ocurren en glándula salival mayor. De estos el 70 - 80% ocurre en la parótida (30 % maligno) y el 10 - 20 % en la glándula submaxilar (50% maligno). Existe una mayor proporción de malignidad a menor tamaño glandular

En general, por cada 100 tumores parotídeos, hay 10 en glándula submaxilar y 1 en la sublingual.

El 80% de los tumores de glándulas salivales ocurren en la parótida, el 80% de los tumores parotídeos son benignos y el 80% de los tumores benignos son tumor mixto. El 90% de los tumores son epiteliales. En el niño existe mayor proporción de tumores vasoformativos y cuando existe un tumor sólido es más frecuente que sea maligno que benigno

Tumores Benignos	Tumores Malignos
Adenoma pleomorfo (tumor mixto)	Tumor mucoepidermoide
Adenoma monomorfo	Tumor de células acinares
Tumor de Whartin	Adenocarcinoma
Otros adenomas	Tumor adenoidoquístico

Los elementos que deben hacer sospechar malignidad son:

- Tumor de consistencia pétreo
- Dolor
- Compromiso de la piel
- Parálisis facial

TRAUMATISMOS DE CABEZA Y CUELLO

Se considera traumatismo, en general, cualquier agresión que sufre el organismo a consecuencia de la acción de agentes físicos o mecánicos.

La zona de la Cabeza y Cuello, se encuentra altamente expuesta a traumatismos de diversos tipos. En la actualidad la dinámica de la vida urbana hace que los impactos de alta energía producidos por accidentes de tránsito, agresiones, violencia y otros, hacen que la frecuencia haya aumentado en últimos años, afectando principalmente a personas jóvenes.

Los traumatismos en Chile constituyen un importante problema generando un 10% de los egresos hospitalarios. Representan la cuarta causa de muerte con 8,9% de los decesos, proporción que sube a 13,1% en los varones y a 39% en el grupo de 10 a 49 años de edad. Las violencias afectan de preferencia a los varones, aumentan entre Septiembre y Febrero y se incrementan con la edad. Se observan altos coeficientes de correlación de la magnitud de los traumatismos con el grado de urbanización de las regiones, el nivel de vida y los consumos de alcohol. La causa de violencia más frecuente corresponde a los accidentes del tránsito, generados por el creciente aumento del número de vehículos, que se accidentan en 3,4% anualmente. Se aprecia un riesgo mayor que el promedio para buses, taxis y motocicletas.

Cerca del 10% de los accidentados sufren una lesión grave o fallecen.

En los casos en que existe compromiso cervical o de vía aérea existe un alto riesgo de morbimortalidad.

Por las características del compromiso de diversas estructuras e enfrentamiento de estos pacientes es de tipo multidisciplinario

Las fracturas del tercio medio pueden comprometer: cuerpo del hueso malar, piso de la órbita, arco cigomático, maxila y arcada dentaria superior. Se pueden acompañar de alteraciones de la oclusión dental o movilidad o pérdida de piezas dentales. Se puede observar asimetrías faciales evidentes, o en otros caso es posible advertir la asimetría a través de la palpación que no se debe omitir en ningún caso.

Estas fracturas, se pueden esquematizarse, según afecten: complejo nasomaxilar, complejo maxilo-malar o complejo temporomalar.

Las fracturas del complejo naso-maxilar, pueden producir compromiso de: huesos propios nasales, apófisis ascendente del maxilar. Las fracturas del complejo maxilo-malar, pueden comprometer: pared anterior del maxilar, malar (impactación) piso de órbita, reborde alveolar, piezas dentarias. Las fracturas del complejo temporo-malar, son fundamentalmente del arco cigomático.

Es importante consignar que gran parte de las secuela estéticas o funcionales de los traumatismos de la cara en general y del tercio medio facial en particular, se producen por las lesiones de las partes blandas, en la medida en que no son adecuadamente diagnosticadas y manejadas.

Los traumatismos de baja energía que afectan la pirámide nasal son los casos que enfrentamos con mayor frecuencia.

En estas situaciones, vemos que el principal objetivo que se visualiza en la primera atención a los pacientes, es determinar si existe fractura de huesos propios nasales, muchas veces presionado por la probabilidad de secuelas derivadas del traumatismo.

La recomendación principal en la primera atención es extremar el adecuado manejo y diagnóstico de lesiones de la piel y de las estructuras endonasales, como desgarramiento de la mucosa y lesiones de cornetes. Es de especial importancia, especialmente en niños, que no

se omite el diagnóstico de hematomas septales, que son de tratamiento quirúrgico inmediato para evitar secuelas tróficas del tabique que se producen alteración de la vascularización que llega a través del mucopericondrio.

Siempre se debe realizar una rinoscopia anterior aunque el traumatismo parezca mínimo. Las lesiones por trauma del cuello pueden ser abiertas o cerradas y a su vez se clasifican en superficiales y profundas; las superficiales generalmente no plantean problemas diferentes a las producidas en cualquier parte del cuerpo excepto lo referente al sangrado. Las heridas profundas suelen ser importantes ya que tienden a producir hemorragia externa o interna y obstrucción respiratoria.

En los traumatismos cervicales la principal prioridad es el adecuado manejo de la vía aérea que puede comprometer la vida del paciente. Junto con ello la existencia de daño vascular, especialmente de grandes vasos. Así también es importante tener en mente la existencia de traumatismo raquímedular, teniendo cuidado de realizar movilización del cuello en flexión o extensión y realizando la inmovilización preventiva para traslado.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

ESCUELA DE MEDICINA

OTORRINOLARINGOLOGÍA

Estridor Laríngeo en Recién Nacido y Lactante

DR. DAVID JOFRÉ PAVEZ

La laringe del niño, se sitúa en un punto estratégico de la vía aerodigestiva superior. Se encuentra en una posición mas alta que en el adulto. En el Recién nacido (RN) el cartílago cricoides está a la altura de C3-C4, a diferencia del adulto en el que se encuentra en C6-C7. A nivel de este cartílago, que es el único anillo inextensible de la vía aérea, el diámetro del lumen en el RN es de 5 mm., por lo que un edema de la mucosa de 1 mm, puede reducirlo en un 50%, mientras que en el adulto para lograr el mismo efecto, se requiere un edema de 2,5 mm.

La consistencia de los cartílagos y estructuras blandas de la laringe son variables a lo largo del tiempo, de modo que en el RN y lactante, puede constituir un esqueleto cartilaginoso laxo, colapsable en función de las variaciones de presión impuestas por el ciclo respiratorio.

Estas características, asociadas a la existencia de malformaciones congénitas de diversa índole pueden producir obstrucción respiratoria, cuyo síntoma mas importante es el estridor, que se define como un ruido de tono alto, que se produce por el paso del aire por una vía aérea superior en la que existe un aumento de la resistencia al paso del aire.

Es necesario destacar que se trata de un síntoma que traduce un fenómeno fisiopatológico obstructivo, pero que no representa un diagnóstico por si mismo, por lo que nos obliga siempre a realizar un estudio etiológico de los casos, debido a que cada causa tiene enfoque terapéutico y pronóstico distinto.

Se puede tener una orientación acerca de la zona anatómica que origina el estridor, dependiendo de la fase del ciclo respiratorio que compromete: el estridor inspiratorio, representa alteración a nivel de la supraglotis o estructuras mas altas como naso u orofaringe- el estridor espiratorio es propio de lesiones traqueales bajas y traqueobronquiales (intratorácicas)- estridor bifásico se produce por lesiones glóticas, subglóticas o traqueales altas (intratorácicas).

La anamnesis de los padres es de gran valor para aproximarnos al diagnóstico de la obstrucción. El comienzo agudo del cuadro nos orienta hacia causas infecciosas, traumáticas o aspiración de cuerpo extraño hacia la vía aérea. El antecedente de intubación endotraqueal es importante para sospechar estenosis subglótica adquirida, así como el

antecedente de traumatismo obstétrico y alteraciones de la voz (llanto) nos hace sospechar parálisis de cuerdas vocales.

En términos generales los niños con estridor no están en situación de insuficiencia respiratoria grave, pero en ciertos casos pueden estarlo. En otras situaciones puede ocurrir, dependiendo de la causa un deterioro rápido y progresivo de la situación respiratoria del niño, que puede obligar a realizar traqueostomía o intubación endotraqueal.

En los casos en que no hay insuficiencia respiratoria, que son los que habitualmente enfrentamos, una vez que se ha caracterizado el estridor y se han detallado los posibles factores asociados, se debe examinar cuidadosamente al paciente en busca de malformaciones craneofaciales o torácicas y masas cervicales.

El estudio en principio incluye radiografía de tórax y de cuello anteroposterior y lateral. En el evento de que sean normales, se realiza una nasofibrolaringoscopia. La situación más frecuente es que en esta etapa, encontramos una laringomalacia con: epiglotis en omega, repliegues aritenoepigloticos acortados y supraglotis colapsable en inspiración.

En la actualidad, en la medida en que existe fácil acceso a examen endoscópico en la especialidad, se recurre a él en primera instancia por lo general.

En otros casos se solicita esofagrama con bario para el estudio de compresiones extrínsecas vasculares.

En algunas situaciones en que el compromiso respiratorio del paciente así lo aconseja, o en los casos en que el posible diagnóstico está asociado a una posible disminución significativa del lumen de la vía aérea, como en la estenosis subglótica, se realiza una broncoscopia rígida en pabellón.

Las alteraciones supraríngeas, en general tienen manifestaciones en que el estridor es una parte del cuadro clínico, pero no lo más relevante. Tienen capítulo independiente en este curso. Las siguientes patologías, constituyen, en las diversas series clínicas, las causas más frecuentes de estridor de causa laríngea.

Laringomalacia: Es la causa más frecuente de estridor del lactante (60%- 80%). Se produce por inmadurez neuromuscular con tendencia a la flaccidez de los músculos y cartílagos, asociado a algunas alteraciones anatómicas como epiglotis en omega o repliegues aritenoepigloticos cortos. En esta patología se produce un colapso inspiratorio de la supraglotis con tendencia a que los aritenoides se introduzcan en el lumen.

Suele comenzar a los 10 días de vida. El cuadro inicial del niño es el de estridor inspiratorio intermitente, de intensidad variable que disminuye con la extensión del cuello y con el decúbito ventral, se agrava con la agitación. El llanto suele ser normal; la disnea es rara y en general no existen trastornos de la deglución. El estudio radiológico es habitualmente normal. El diagnóstico se realiza por estudio nasofibrolaringoscopia. Las recomendaciones de la literatura establecen estudio de visualización completa de la vía aérea en lactantes con laringomalacia y dificultad respiratoria severa, mal incremento ponderal, apneas o neumonía recurrente y en lactantes con síntomas que no se correlacionan con el grado de laringomalacia evaluado por nasolaringoscopia.

El pronóstico en general es bueno, por lo común el niño mejora espontáneamente entre los 12 a 18 meses. Es importante considerar que diversas series reportan hasta un 15% de lesiones sincrónicas de la vía aérea que pueden hacer variar la evolución benigna habitual. Así también, es necesario considerar que hasta un 10% de los casos pueden

presentar síntomas obstructivos graves que pueden obligar a traqueostomía o plastía de la supraglotis

Parálisis de cuerdas vocales: Representa el 10% de las causas de estridor. El cuadro inicial es de llanto débil o ausencia de él, obstrucción respiratoria, que es mas notable en la parálisis bilateral. La parálisis congénita se produce por alteraciones del Sistema nervioso central, la más común es la malformación de Arnold Chiari. En estos casos la movilidad de las cuerdas se recupera en la medida en disminuye la presión del líquido cefalorraquídeo. La parálisis adquirida actualmente es rara, se debe a traumatismo o infección.

Las parálisis bilaterales necesitan traqueostomía en el 100% de los casos, mientras que las unilaterales la necesitan en el 40%.

Hemangiomas subglóticos: Corresponde a un tumor vascular benigno que puede obstruir parcial o totalmente la subglótis. Un 30% está presente al nacer, haciéndose evidente en el 90% de los casos dentro del primer mes de vida. Presenta una etapa proliferativa hasta los 12 a 18 meses, para luego involucionar completamente, en un período que puede extenderse hasta los 5 años; sin embargo la mayoría está libre de síntomas a los 3 años. La conducta en general es expectante, debido a la evolución benigna. Algunos niños permanecen traqueostomizados hasta que tienen un lumen de la vía aérea que garantiza un respiración normal. Las alternativas terapéuticas incluyen: corticoides sistémicos, corticoides intralesionales, cirugía láser CO2 y cirugía abierta.

Membranas laríngeas: Se produce por una falla en la recanalización laríngea durante su desarrollo embriológico. La mas frecuente es la que abarca el tercio anterior de ambas cuerdas. Se asocia con alta frecuencia con microdelección del cromosoma 22q1.1, por lo que en estos casos siempre debe realizarse FISH. La membrana se puede extender hasta el borde inferior del cricoides, se puede acompañar en el 20% de los casos de hipoplasia del cricoides. El tratamiento es quirúrgico endoscópico o abierto, según las características de la lesión.

Estenosis subglótica: Cuando es congénita se produce por hipoplasia del cartílago cricoides, que reduce el diámetro de la subglotis a menos de 4 mm. Se comprueba cuando no es posible pasar un broncoscopio de 3mm (diam. int) en la subglotis de un RN de término.

La estenosis adquirida, es de peor pronóstico que la anterior, se produce por un reacción cicatrizal de la subglotis que involucra el cartílago y la mucosa, estenosando el lumen, después de un período prolongado de intubación endotraqueal. El reflujo, la movilidad del tubo, la hiperpresión intraluminal y la infección actúan como factores de riesgo para el desarrollo de estenosis en pacientes intubados. El tratamiento en ambos casos es quirúrgico.

Otras causas menos frecuentes son:

- Traqueomalacia
- Compresión extrínseca por anillos vasculares
- Quistes laríngeos congénitos
- Hendidura laríngea
- Atresia laríngea



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
OTORRINOLARINGOLOGÍA**

Aspiración de Cuerpos Extraños en la Vía Aérea

DR. DAVID JOFRÉ PAVEZ

Los cuerpos extraños en la vía aérea constituyen la principal causa de muerte por patología del área otorrinolaringológica en nuestro país. En EEUU, se producen alrededor de 500 muertes anuales por esta causa.

Este accidente afecta por lo general a niños a partir de los 6 meses, que es la edad en que comienza a tomar objetos pequeños por sus propios medios, para llevárselos a la boca, hasta alrededor de los 5 años. La mayor incidencia en niños menores está dado principalmente por que ellos utilizan la boca como herramienta para interactuar con el mundo que los rodea. Si a esto uno agrega su risa y llanto fácil, su andar más cercano al suelo o lo frecuente que es verlos correr mientras comen algo, podemos entender mejor porque están más propensos a sufrir este tipo de accidentes. En esta edad por inmadurez neuromuscular, es frecuente que se produzca una falla en la función del esfínter laríngeo, lo que permite el ingreso de alguno cuerpos extraños a la vía aérea.

Como variables anatómicas tenemos la falta de molares lo que no les permite triturar bien la comida, una vía aérea más estrecha y colapsable y la falta de coordinación de la deglución con el cierre glótico. El pequeño diámetro de la tráquea del lactante hace que el compromiso de la vía aérea superior por diferentes procesos sea muy peligrosa. El diámetro anteroposterior es de 4,5 mm con lo que un edema circunferencial de 1 mm reduce la luz en más de un 30%. Todo ello hace que el niño no pueda tolerar algunas lesiones que, en contraste, apenas producen manifestaciones clínicas en el adulto. En general, a otras edades lo que ocurre habitualmente es que los cuerpos extraños son expulsados, por la tos desencadenada por mecanismos reflejos. Debido a esto, cuando un niño en edad escolar o adolescente ha aspirado un cuerpo extraño, se debe sospechar el inicio de una enfermedad neuromuscular o que en el momento del accidente haya estado bajo efectos de alcohol o drogas.

La principal estrategia para disminuir la incidencia de este problema es la prevención. Para ello es necesario que a nivel del pediatra o médico general, se eduque a los padres o a quienes están a cargo de niños lactantes o pre-escolares, para evitar que tengan fácil acceso a elementos pequeños capaces de penetrar en la vía aérea. Así también es importante educarlos para no alimentar al niño durante el llanto o risa, que facilita la incompetencia del esfínter laríngeo, o evitar que ingieran alimentos que no

están en condiciones de triturar adecuadamente antes de deglutirlos. En lo posible debe existir adecuado control sobre todo lo que el niño se lleva a la boca.

Uno de los hechos destacables en este problema que siempre debemos tener presente, es que en un alto porcentaje de casos, el niño se encuentra solo en el momento de aspirar el cuerpo extraño, por lo que no debemos esperar, en general, una anamnesis que nos oriente hacia la causa de la dificultad respiratoria del paciente. Lo que nos lleva hacia el diagnóstico es un alto nivel de sospecha.

Un diagnóstico precoz, facilitado por una actitud activa por el pediatra, médico general o médico de servicios de urgencia y un adecuado manejo de la vía aérea por el especialistas son los elementos fundamentales para disminuir la letalidad en estos casos. El 60% de los cuerpos extraños aspirados son de origen alimenticio y el 40% restante es variable. Sobre el 80% corresponde a materiales orgánicos, de los cuales los más frecuentes son el maní, nueces, porotos, salchichas, maíz, huesos, y semillas. La frecuencia de material inorgánico es mayor en niños mayores, principalmente por el hecho de llevarse lápices y otros útiles escolares a la boca. Las partículas orgánicas producen una rápida reacción inflamatoria local, mientras que las inorgánicas tienen escasa reacción por lo que se manifiestan con menos síntomas.

Cuando una persona sufre una aspiración por cuerpo extraño se desencadena el mecanismo reflejo de la tos para expulsarlo. Cuando ésta no es efectiva el cuerpo extraño puede pasar hacia la vía aérea.

Los síntomas que pueden acompañar al cuadro agudo son diversos. Puede no presentar síntomas, como cursar con tos violenta, estridor inspiratorio, disnea, cianosis, apnea, angustia, disfonía o afonía, sibilancias, hasta provocar un paro cardiorrespiratorio y muerte. La sintomatología puede variar debido al tamaño, localización y composición del cuerpo extraño, además del grado de obstrucción y del tiempo de permanencia en el árbol bronquial.

Cuando el cuerpo extraño se ubica en el lumen de la laringe se produce el “síndrome de penetración”, que se caracteriza por una crisis de asfixia por espasmo de la glotis, que desencadena insuficiencia respiratoria con: angustia, tiraje y cornaje. En ese momento se desencadena tos expulsiva que puede eliminar el cuerpo extraño. En otros casos el cuerpo extraño sobrepasa la glotis, localizándose en sitios más inferiores de la vía aérea, dando sintomatología menos evidente.

El cuadro clínico cambia, según la localización:

Cuerpo extraño laríngeo: Habitualmente quedan aquí, cuerpos extraños grandes que por su tamaño no logran descender. Es una situación dramática que ocasiona un síndrome de penetración prolongado con disfonía, estridor, tos quintosa y ocasionalmente cianosis. Posteriormente el niño evita moverse, debido a que se da cuenta que el movimiento de cuerpo extraño desencadena nuevos episodios de obstrucción respiratoria. La radiografía frontal y lateral de cuello es útil en cuerpos radiopacos.

Cuerpo extraño traqueal: En la tráquea el cuerpo extraño puede quedar atascado o moverse libremente entre la glotis y la carina. Cuando durante el ciclo respiratorio choca con la glotis provoca un ruido característico, conocido como “papirotazo”. La radiografía es útil en cuerpos radiopacos.

Cuerpo extraño bronquial: La sintomatología es menos evidente, por lo que el diagnóstico es más difícil. Se puede producir una obstrucción parcial con mecanismo de válvula, que provoca una hiperinsuflación de un pulmón, que clínicamente se manifiesta por disnea sibilante con diferentes grados de dificultad respiratoria. Si la obstrucción es total se produce una atelectasia o un síndrome de condensación.

El estudio radiológico es fundamental para el diagnóstico, pese a que el predominio de material inorgánico no permite habitualmente, una visualización directa del cuerpo extraño. En primer lugar se realiza una radioscopia, en la que se ve un movimiento del mediastino (bamboleo), de modo que en inspiración se desvía hacia el lado del cuerpo extraño. Luego se toman placas en inspiración y espiración profunda, que demuestran el mismo fenómeno. Frecuentemente, se encuentra una hiperinsuflación pulmonar que puede rechazar el mediastino, o atelectasias.

En el momento del diagnóstico el 80% se encuentra en localización bronquial. El 60% de ellos en el bronquio fuente derecho. La tomografía axial ha demostrado ventajas sobre la radiografía por su mayor resolución y por mostrar los objetos radiolúcidos no captados por la radiografía pero, en general, no es usada de entrada en el estudio de estos casos. Tiene utilidad en cuerpos extraños de larga data.

Mientras más tiempo pasa el cuerpo extraño alojado en el árbol bronquial, mayor es la inflamación local, edema, infiltración celular y ulceración que produce, lo que dificulta su posterior extracción. El daño local facilita la aparición de neumonías a repetición o abscesos, hemorragias, enfisemas, atelectasias, bronquiectasias o incluso fistulas. En general, las obstrucciones incompletas predisponen más a enfisemas y las completas a atelectasias pulmonares. Dentro de los síntomas presentes en la evolución prolongada de un cuerpo extraño inhalado el más frecuente es la tos crónica. Muchos de estos pacientes son catalogados como asmáticos, pero obviamente no responden al tratamiento habitual. También están presentes dentro de la sintomatología de un cuerpo extraño de larga data, la disnea, estridor, sibilancias recurrentes, fiebre, neumonías a repetición, hemoptisis y dolor torácico. Al indagar más detalladamente en la historia, un porcentaje importante de los padres o niños recuerdan un síndrome de penetración.

El tiempo prolongado de presentación de los síntomas, no debe hacernos descartar este diagnóstico, sobre todo cuando la evolución no es la esperada en un cuadro obstructivo bronquial. En la práctica clínica, hemos visto cuerpos extraños que llevaban más de 6 meses desde el momento en que fueron aspirados, ocasionando obstrucción parcial de la vía aérea, en todos los casos cuerpos no orgánicos, que producen poca reacción inflamatoria, permitiendo la prolongación del cuadro clínico en el tiempo.

El tratamiento es la extracción en pabellón bajo anestesia general, por un cirujano entrenado, con broncoscopia rígida, que es el único método que garantiza el control de la vía aérea, permitiendo ventilar ambos campos, proteger la mucosa bronquial y manipular el cuerpo extraño bajo visión de ópticas rígidas. La broncoscopia flexible se puede utilizar para la localización del cuerpo extraño en casos dudosos o en la revisión final, después de la extracción. En ambos casos se pasa la fibra a través del broncoscopio rígido para no perder el control de la vía aérea. En el 12% de los casos pueden haber compromiso de ambos campos, especialmente si el objeto es de fácil fragmentación, por lo que hay que sospechar esta variable cuando no hay cese de los síntomas luego de la extracción.

Si existe la sospecha de que el cuerpo extraño por su tamaño no pasará fácilmente por la glotis, se realiza una traqueostomía al inicio del procedimiento.

En el momento en que se produce el Síndrome de penetración, ante una emergencia vital por obstrucción completa de la vía aérea, es posible realizar la maniobra de Heimlich para facilitar la expulsión del cuerpo extraño: el operador por detrás del paciente, realiza una compresión brusca bajo el apéndice xifoides, hacia arriba y atrás con una mano empuñada y la otra encima. Esto funciona bien en adulto y en niños sobre los 5 años. En niños menores la presión ejercida debe ser menor, con el niño en decúbito lateral sin mano empuñada. En esta edad se puede alternar con golpes interescapulares. Cuando la obstrucción es incompleta el niño aun puede respirar en forma autónoma, por lo que no se recomiendan maniobras de extracción y se debe tranquilizar al niño para evitar el llanto o maniobras bruscas. Lo ideal es colocarlo en la posición en la que le sea más fácil respirar, generalmente esta coincide con la posición de olfateo.

La adecuada difusión de este tipo de maniobras en la comunidad en general, puede contribuir a evitar un número importante de muertes por este accidente.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
OTORRINOLARINGOLOGÍA**

Masa Cervical

DR. DAVID JOFRÉ PAVEZ

En la práctica clínica, es muy frecuente la consulta por masas cervicales, lo que habitualmente representa un desafío importante para el médico, porque el diagnóstico diferencial implica pronósticos muy diferentes como: anomalías congénitas, procesos infecciosos, hasta neoplasias malignas.

Se deben tomar en cuenta en primer lugar algunas características generales: edad, localización y tiempo de evolución, que son la base del diagnóstico diferencial.

Así también, en la anamnesis es importante entrevistar con detalle al paciente para precisar información tal como: tiempo de evolución, variaciones en el tamaño, fiebre, dolor, baja de peso, sudoración nocturna, historia familiar, presencia de lesiones cutáneas, orales o labiales, exposición a tuberculosis, tabaquismo, ingesta de alcohol, viajes al extranjero, historia ocupacional y sexual.

En cuanto a la edad, en pacientes jóvenes (<40 años) generalmente, se trata de patología benigna, la mayoría corresponde a cuadros inflamatorios como linfadenitis bacteriana o viral. En contraste en mayores de 40 años, la incidencia de patología maligna adquiere mayor relevancia. Mas del 50% de las masas no tiroideas son neoplásicas; mayoritariamente malignas.

En niños, lo mas frecuente son las adenopatías agudas de tipo viral y bacteriana. En este grupo, adquiere mayor relevancia la patología congénita (quiste branquial, quiste tirogloso, linfangioma, quiste dermoide) y luego inflamatorias subagudas o crónicas (linfadenopatía, toxoplasmosis, SIDA, Sd. Kawasaki, enfermedades granulomatosas). No siempre las lesiones congénitas son de aparición precoz en la vida. Es así cómo, el Quiste Tirogloso, se ve con frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes, característicamente en línea media. Frente a una masa de características inflamatorias que persiste en el tiempo debe hacer pensar en una neoplasia. El linfoma es una de las más comunes.

En adultos, la enfermedad del cuello generalmente es, extendida desde otro sitio, siendo el más importante el tracto aerodigestivo superior. Debe pensarse primero en patología neoplásica maligna (carcinoma escamoso metastásico, carcinoma tiroideo, linfoma, cáncer de glándula salival) y luego benigna (vascular, paraganglioma, lipoma, bocio, quiste parotídeo). Por esto, es importante la presencia de otros síntomas que permitan establecer origen de lesión primaria, como disfonía en tumores laríngeos, o disfagia y otalgia refleja en tumores de la faringe.

El examen físico debe realizarse, con la mayor acuciosidad para establecer las características como dolor, compromiso de la piel y consistencia. Una masa móvil, dolorosa probablemente sea inflamatoria, mientras que una adherida, pétreo, indolora probablemente sea maligna. El examinador debe ubicarse detrás del paciente para una adecuada palpación. Debe completarse con un detallado examen físico de cara, boca, faringe, laringe nariz y piel.

El estudio radiológico es fundamental para confirmar el diagnóstico y definir extensión y profundidad. El de mayor utilidad es la Tomografía axial computarizada, que se recomienda siempre solicitar con medio de contraste. La Ecografía ha cobrado utilidad creciente, en la medida en que ha mejorado la tecnología y se ha adquirido mayor experiencia por los operadores. Es de primera elección en masas tiroideas. La Resonancia Nuclear Magnética, permite diferenciar tumor de fibrosis post quirúrgica o post radioterapia. Es de gran utilidad en tumores de base de cráneo.

La biopsia aspirativa con aguja fina es de gran utilidad para el diagnóstico definitivo. Requiere de un patólogo muy entrenado, y en buenas manos permite diferenciar lesiones quísticas de sólidas y benignas de malignas. La muestra obtenida debe enviarse a estudio citológico, gram y cultivo bacteriano, hongos y micobacterias. Aunque es útil para carcinoma escamocelular, no es muy bueno para linfoma y tumores de glándulas salivales.

En cuanto a la conducta: en adultos la excisión quirúrgica, requiere haber buscado exhaustivamente el tumor primario. Si se trata de un carcinoma escamoso este procedimiento aumenta el riesgo de complicaciones y metástasis a distancia. Deben realizarse biopsias en busca del tumor primario, los sitios más frecuentes de primario oculto son: nasofaringe, amígdala, base de lengua y seno piriforme. Si corresponde a una adenopatía supraclavicular debe buscarse un tumor urogenital, mama, próstata, y gastrointestinal.

En niños lo más frecuente es que el origen sea inflamatorio. Se considera anormal una adenopatía mayor a un centímetro de diámetro. Debe realizarse tratamiento antibiótico empírico contra gérmenes anaerobios y gram positivos como primera línea y controlar al paciente en dos semanas. Si luego de este período la masa no regresa de tamaño, debe biopsiarse para descartar causas no bacterianas como neoplasias o enfermedades granulomatosas.

TEMA: MASA CERVICAL (Guía para el alumno)

1. ¿Qué datos son importantes en la anamnesis de un paciente con una masa cervical?
2. Indique las tres características más importantes a consignar en el examen físico.
3. Diagnóstico diferencial de una masa en línea media cervical.
4. Diagnóstico diferencial de una masa lateral del cuello
5. ¿Qué sitios biopsiaría dirigidamente en busca de un primario oculto?
6. ¿Cuál es la utilidad de la tomografía computada y la resonancia nuclear magnética en el estudio de una masa cervical?

Contenidos a evaluar en Examen Médico Nacional

Situaciones clínicas

Código	Situación	Nivel de Diagnóstico	Nivel de Tratamiento	Nivel de Seguimiento
6.03.1.015	Masa cervical	Sospecha	Inicial	Derivar
6.03.1.023	Patología de glándulas salivales	Sospecha	Inicial	Derivar
6.03.2.009	Cuerpo extraño en vía aérea	Específico	Inicial	Derivar