

## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

### Lesión inespecífica en la cara anterior del cuello

Benigno Monteagudo y Manuel Ginarte

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión.



Figura 2. Imagen histopatológica.

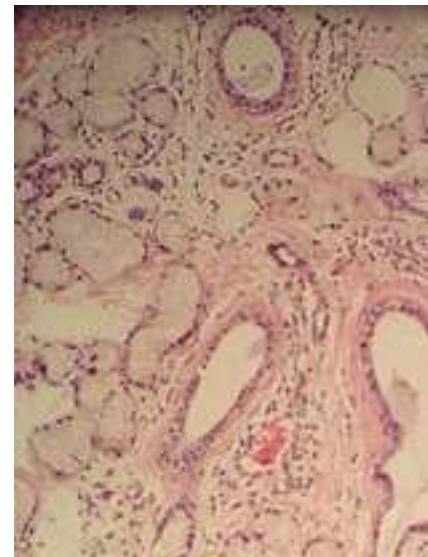


Figura 3. Detalle a mayor aumento.

261

Varón de 24 años de edad, estudiante. Entre los antecedentes patológicos sólo cabe señalar una sinusitis crónica desde la infancia.

#### Enfermedad actual

Consultó por presentar desde hacía aproximadamente 5 años un pequeño «bulto» en el cuello que ocasionalmente emanaba un material que describía como «mucoide».

#### Exploración física

Se apreciaba una pequeña formación quística tumoral, bien delimitada, de menos de 3 mm de diámetro localizada sobre el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, a pocos centímetros de su inserción distal, que se abría al exterior con un orificio puntiforme en el límite de la visibilidad (fig. 1). A la palpación no se apreciaba ninguna banda fibrosa subyacente.

#### Histopatología

El examen histológico evidenció, bajo una epidermis normal, una formación tumoral en la dermis, de aspecto glandular, formada por una porción excretora y una secretora (fig. 2). La porción excretora estaba compuesta por unos conductos revestidos por epitelio columnar y la porción secretora por células de núcleo periférico y citoplasma claro (fig. 3).

Correspondencia: Dr. Benigno Monteagudo.  
Cátedra de Dermatología. Facultad de Medicina.  
San Francisco, s/n. 15705 Santiago de Compostela.

Piel 2001; 16: 261-262.

## DIAGNÓSTICO

Glándulas salivales ectópicas.

## COMENTARIO

Las glándulas salivales ectópicas (GSE) son poco frecuentes. Estas glándulas se han descrito en diversas localizaciones alejadas de la cavidad oral: hipofisis, oído externo y medio, hueso mastoideo, las glándulas tiroides y paratiroides, mandíbula, ganglios linfáticos cervicales y conducto tiroglos. Sin embargo, una localización típica es la región inferior y media del cuello<sup>1,4</sup>. Aunque lo más frecuente es que las GSE aparezcan en individuos por lo demás normales, muy ocasionalmente estas glándulas pueden aparecer en el contexto de cuadros sindrómicos:

**Síndrome de Van der Woude.** Es un trastorno congénito, heredado de manera autosómica dominante, con una penetrancia del 70-80% y de expresividad variable. Se caracteriza por alteraciones faciales, con hoyos en elevaciones cónicas unilaterales o bilaterales en niños o extensas depresiones en adultos, ambos situados en el borde bermellón del labio inferior, con labio hendido, con o sin paladar, y úvula hendidos. Se pueden encontrar pequeñas GSE o glándulas salivales accesorias dentro de senos o fistulas de los labios<sup>5</sup>.

**Síndrome braquiootorrenal.** Asocia GSE con anomalías otológicas y braquiales<sup>6</sup>.

La mayor parte de los autores están de acuerdo en que la presencia de las GSE son la consecuencia de alteraciones de la embriogénesis normal de los arcos branquiales. De hecho, en los senos y fistulas branquiales no es raro encontrar tejido salival<sup>3,4,7,8</sup>.

Los orificios cutáneos de las GSE suelen apreciarse en la infancia o en la juventud, raramente en el nacimiento y suelen ser asintomáticos. En ocasiones, se observa una secreción mucoide que puede incrementarse con la ingestión de comida. El diagnóstico se sospecha por la clínica y se confirma con el estudio histopatológico. En caso de sospecharse la existencia de una fistula o seno, se debe realizar una radiografía con contraste para detectar dicha fistula y sus características (extensión, recorrido y posibles subdivisiones de la misma).

Una de las potenciales complicaciones de las GSE es su degeneración maligna. Se han descrito adenomas pleomórficos y tumores de Warthin en ellas<sup>9,10-12</sup>. Sin embargo, hay que recalcar que los carcinomas laterocervicales de las glándulas salivales corresponden en su mayoría a implantaciones metastásicas en los ganglios linfáticos. Pese a ser infrecuente el desarrollo de las neoplasias anteriormente mencionadas, es recomendable el tratamiento quirúrgico. Sólo la extirpación completa evita la recidiva a partir de islas epiteliales residuales.

## Diagnóstico diferencial

Debe plantearse frente a:

**Fistulas, senos y quistes branquiales.** Es el principal diagnóstico diferencial en la región lateral del cuello. Clínicamente, los remanentes del segundo arco branquial se localizan sobre el borde anterior del tercio inferior del

esternocleidomastoideo y pueden ser identificados ya en el recién nacido. Por las fistulas fluye con carácter continuo o intermitente un exudado lechoso, purulento o de otra naturaleza<sup>4</sup>. En ocasiones, estas lesiones contienen en su interior tejido salival ectópico, por lo que el diagnóstico de GSE debe llevar implícita la ausencia de otras lesiones asociadas. En caso de duda, antes de proceder a la cirugía debe realizarse una fistulografía.

**Fistulas y quistes del conducto tiroglos.** Suelen manifestarse como abombamientos en la línea media del cuello, a la altura del cuerpo del hueso hioideo o por encima o debajo de éste. Su tamaño es variable, entre una guinda y una manzana, y su consistencia es elástica. En el caso de las fistulas, la abertura externa suele estar enrojecida e inflamada. Debido a sus conexiones con el conducto tiroglos, el quiste se eleva con la protrusión de la lengua y se mueve con la deglución. A menos que haya inflamación o un trayecto fistuloso, no son sensibles a la presión<sup>4</sup>.

**Higroma quístico (linfangioma).** Son tumores desarrollados a expensas de restos embrionarios del sistema linfático. Es una masa blanda, compresible, de forma redondeada o ligeramente lobulada. La transiluminación confirma su carácter quístico. Generalmente, se localizan en el triángulo cervical posterior.

**Quistes broncogénicos.** Representan un desarrollo anómalo del árbol traqueobronquial. Están recubiertos originariamente por epitelio ciliado y se localizan, por lo general, próximos a la línea media (tráquea, esófago, carina, etc.).

**Quiste dermoide.** Es una lesión quística congénita muy frecuente. Se encuentra unido a la piel y se moviliza con ella.

**Lipoma.** Clínicamente es más blando, de crecimiento lento y puede situarse en cualquier parte del cuello.

Otras lesiones a tener en cuenta son: quistes epidermoides, teratoma, adenopatía cervical benigna, laringocele, etc.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hinni ML, Beatty CW. Salivary gland choristoma of the middle ear: report of a case and review of the literature. Ear Nose Throat J 1996; 75: 422-424.
2. Shinohara M, Harada T, Nakamura S, Oka M, Tashiro H. Heterotopic salivary gland tissue in lymph nodes of the cervical region. Int J Oral Maxillofac Surg 1992; 21: 166-171.
3. Sevilla A, Morell A, Navas J, Alfonso R, Silvestre JF, Ramón R. Orifices at the lower neck: heterotopic salivary glands. Dermatology 1997; 194: 360-361.
4. Bettloch I, Ramón R, Botella R. Disrafias de cabeza y cuello. Piel 2000; 15: 57-71.
5. Vignale R, Araujo J, Pascal G, Reissenweber N, Abulafia J, Quadrelli R et al. Van der Woude syndrome. A case report. Pediatr Dermatol 1998; 15: 459-463.
6. Joseph MP, Goodman ML, Pilch BZ, Bieber FR, Holmes LB, Reardon E. Heterotopic cervical salivary gland tissue in a family with probable branchio-oto-renal syndrome. Head Neck Surg 1986; 8: 456-462.
7. Goodman RS, Daly JF, Valenso Q. Heterotopic salivary tissue and branquial cleft sinus. Laryngoscope 1981; 91: 260-264.
8. Adams WP, Donahoe PK. Salivary gland heterotopia in the lower part of the neck. Arch Surg 1979; 114: 79-81.
9. Ferlito A, Bertino G, Rinaldo A, Mannara GM, Devaney KO. A review of heterotopia and associated salivary gland neoplasms of the head and neck. J Laryngol Otol 1999; 113: 299-303.
10. Tay HI, Howitt RJ. Heterotopic pleomorphic adenoma in the neck. J Laringol Otol 1995; 109: 445-448.
11. Marcos M, Sancho A, Morais D, Álvarez T. Mixed tumor in cervical salivary heterotopy. Acta Otorrinolaringol Esp 1994; 45: 387-389.
12. Hata T, Iga H, Imai S, Hirokawa M. Heterotopic salivary gland adenocarcinoma in the cervical region. Int J Oral Maxillofac Surg 1997; 26: 290-292.