

Un bulto en el cuello

S. Pérez Cachafeiro^a, M. Peña Ávila^b y J.M. Santos Corchero^b

^aMédico Residente de MFyC. Centro de Salud Espronceda. Área VII IMSALUD. Madrid.

^bMédicos Residentes de ORL. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

El nódulo y/o masa cervical constituye un motivo frecuente de consulta tanto en Atención Primaria como en las urgencias hospitalarias. Es necesario tener claro el manejo de estas situaciones, lo cual implica una anamnesis metódica, una exploración sistemática y la elección de las pruebas complementarias adecuadas. La historia clínica ha de incluir numerosos aspectos entre los que no deben faltar nunca edad y duración de la masa. La exploración física es la exploración básica otorrinolaringológica: fosas nasales, orofaringe, hipofaringe, laringe y exploración del cuello y cuero cabelludo. Si la masa no cumple criterios iniciales de derivación, probablemente tenga un origen inflamatorio/infeccioso, requerirá una actitud expectante y tratamiento sintomático, así como tratamiento antibiótico empírico en los cuadros en los que se sospeche infección no vírica.

Palabras clave: cuello, masa, tratamiento.

The nodule and/or cervical mass constitute a frequent reason for a visit to the doctor both in Primary Health Care as well as in the hospital emergency service. Management of these situations should be clear. This implies a methodical anamnesis, systematic examination and choice of adequate complementary tests. The clinical history must include many aspects, that should always include age and duration of the mass. The physical examination is the basic ENT examination: nasal pits, oropharynx, hypopharynx, larynx and examination of neck and scalp. If the mass does not fulfill the initial criteria of referral, it probably has an inflammatory/infectious origin. It will require a waiting attitude and symptomatic treatment, as well as empiric antibiotic treatment in the pictures in which non-viral infection is suspected.

Key words: neck, mass, treatment.

INTRODUCCIÓN

El nódulo y/o masa cervical constituye un motivo frecuente de consulta tanto en Atención Primaria como en las urgencias hospitalarias ("Doctor, me ha salido un bulto en el cuello")¹. La anatomía del cuello, las estructuras y órganos que en él se localizan, y el hecho de que sea la zona de tránsito entre la cabeza y el tórax, implica un gran número de patologías con un mismo patrón de consulta (tabla 1)¹⁻³. Por ello, es necesario tener claro el manejo de estas situaciones, lo cual implica una anamnesis metódica, una exploración sistemática y la elección de las pruebas complementarias adecuadas a cada caso. El objetivo de este artículo es, no sólo establecer un algoritmo de diagnóstico diferencial, sino también presentar los criterios de sospecha de malignidad y derivación al especialista de las tumoraciones cervicales en el paciente adulto.

Anamnesis

La historia clínica ha de incluir numerosos aspectos (tabla 2)^{2,4}. La edad y duración de la masa son los criterios de sospecha de malignidad más importantes⁵. Se habla de la "regla de los 80" en relación a que el 80% de las tumoraciones cervicales no tiroideas en mayores de 40 años son neoplásicas, de las cuales el 80% son malignas, mientras que en adultos jóvenes suelen corresponder a hiperplasias linfoides reactivas a estímulos infecciosos o inmunológicos^{1,6}.

El contacto con animales (veterinarios, cuidadores, animales domésticos, etc.) obliga a incluir en el diagnóstico diferencial determinadas zoonosis (brucelosis, toxoplasmosis)².

La aparición de múltiples nódulos cervicales suele corresponder a adenopatías secundarias, enfermedades inflamatorias, infecciosas o tumorales malignas. En estos casos, una aparición brusca en medio de un cuadro infeccioso respiratorio hará pensar en adenopatía secundaria a éste; mientras que una larga evolución implica otro tipo de patologías. La aparición de síntomas sistémicos conlleva mayor gravedad del proceso (septicemia, hipertiroidismo, etc.); en concreto, un cuadro constitucional suele indicar

Correspondencia a: S. Pérez Cachafeiro

C/ Divino Pastor 27, 1.º Pta 4.

28004 Madrid.

Correo electrónico: perezcachafeiro@yahoo.com

Recibido el 4-4-03; aceptado para su publicación el 26-9-03.

Tabla 1. Patologías que se pueden manifestar como masa cervical**Patología inflamatoria e infecciosa**

Tejidos blandos

- Superficiales (celulitis)
- Profundos (absceso cervical)
- Actinomicosis

Angina de Ludwig

Linfadenitis aguda

- Bacteriana (*S. aureus*)
- Mononucleosis
- CMV

Enfermedad del arañazo de gato

Linfadenitis inducida por fármacos

- Hidantoínas
- Penicilina
- Estreptomina
- Salicilatos
- Tiouracilo

Adenopatías cervicales asociadas a procesos inflamatorios

- crónicos
- Tuberculosis
- Sarcoidosis
- Sífilis
- Sida
- Toxoplasmosis
- Rubéola

Inflamación de glándulas salivares

- Sialadenitis obstructiva (cálculo)
- Sialadenitis bacteriana
- Papieras
- Inflamación tiroidea (tiroiditis aguda, subaguda o crónica)

Traumatismos

Hematoma

Pseudoaneurisma

CMV: citomegalovirus.

Malformaciones

Quistes y fistulas cervicales

- Mediales
- Laterales

Laringocele

Teratoma

Masa tímica

Tortícolis

Síndrome de Klippel-Feil

Tumores benignos

Fibroma

Lipoma

Enfermedad de Madelung

Higroma quístico

Síndrome de Sjögren

Nódulo tiroideo

Masas vasculares (hemangioma, tumor cuerpo carotídeo, malformación arteriovenosa, aneurisma)

Neurinoma

Ameloblastoma

Tumores malignos

Adenopatías metastásicas

Linfomas de Hodgkin

Linfomas no Hodgkinianos

Carcinoma cervical primario

Sarcoma cervical primario

Melanoma

Tumor metastásico

Carcinoma cabeza y cuello

Tumor tiroideo

Tumor glándulas salivares

Tumor pulmonar

Tumor gastroesofágico

Tabla 2. Anamnesis básica en tumores cervicales

Edad	Afectación local
Sexo	Dolor
Trabajo (exposición laboral)	Prurito
Exposiciones	Afectación sistémica
Tóxicos	Fiebre
Fármacos	Anorexia
Agentes físicos	Síntomas asociados
Agentes químicos	Antecedentes personales
Aparición de masas	Antecedentes familiares
Número	
Tiempo	
Forma	
Momento	
Localización anatómica	

adenopatía secundaria a enfermedad neoplásica (sobre todo si el paciente refiere consumo habitual de alcohol y/o tabaco)^{1,5,7}.

El dolor implica generalmente procesos inflamatorios o infecciosos; aunque una lesión tumoral puede hacerse dolorosa al invadir otros tejidos. Un bocio doloroso suele deberse a una tiroiditis aguda; y el dolor relacionado con ingesta de alcohol orienta a enfermedad de Hodgkin o sarcoidosis. Los antecedentes personales (cirugía cervical, patología odontológica, etc.) y familiares (adenoma parati-

roideo, bocio, etc.) no han de menospreciarse en este tipo de cuadros⁷.

En ocasiones, la primera manifestación de un nódulo o masa cervical no es la tumoración en sí; puede ocurrir, por ejemplo, que un paciente presente disfonía por un nódulo que comprima el o los nervios recurrentes laríngeos. Los síntomas de sospecha de malignidad más frecuentes se muestran en la tabla 3^{1,8}.

Tabla 3. Sospecha de malignidad en tumores cervicales

Datos sociodemográficos	Sintomatología
Edad > 40 años	Ausencia de patología respiratoria reciente
Antecedentes personales (carcinoma de cabeza y cuello)	Cambio tonalidad voz
Consumo abusivo de alcohol	Estridor
Consumo abusivo de tabaco	Odinofagia y/o disfagia
Abuso de drogas inhaladas	Sensación de globo
Antecedentes familiares de cáncer	Hemoptisis
Radioterapia previa	Otalgia
Presencia masa > 2-3 semanas	Déficit auditivo unilateral
	Pérdida de peso (síndrome constitucional)
	Tos
	Dificultad para la expectoración
	Goteo o sangrado nasal unilateral

Exploración física

La exploración física se basa en una exploración básica otorrinolaringológica (ORL): fosas nasales, orofaringe, hipofaringe, laringe y exploración del cuello y cuero cabelludo. La palpación cervical es una maniobra fundamental que se debe realizar de forma metódica. Lo primero es una inspección del cuello en su posición anatómica, con una ligera hiperextensión y con el paciente tragando. Es preciso observar la simetría bilateral de los esternocleidomastoideos (ecm) y trapecios, el alineamiento de la tráquea, las referencias de los triángulos anterior y posterior (limitados por el borde anterior del ecm) y la existencia de cualquier engrosamiento de la base del cuello. La porción transversal del músculo omohioideo que pasa por el triángulo posterior puede confundirse en ocasiones con una masa. La tráquea debe localizarse en la línea media, hay que comprobar el espacio que queda entre ella y el ecm. Espacios desiguales indican desplazamiento de la tráquea, que puede deberse a la existencia de una masa o a la existencia de un proceso patológico en el tórax. Se deberían localizar todas las estructuras óseas y cartilaginosas, comprobando que no presenten irregularidades ni signos inflamatorios⁹.

Como ya se dijo, el borde anterior del ecm constituye la línea divisoria de los triángulos anterior y posterior del cuello y sirve como línea de referencia para describir la localización. Se deben explorar todas las cadenas ganglionares (fig. 1)¹⁰. La sospecha clínica se basa en gran medida en la localización anatómica (tabla 4)^{2,9}. La palpación permite conocer si la tumoración es dura, redondeada, de límites precisos o imprecisos, si se adhiere a planos profundos, si late o si es dolorosa⁴. La existencia de adenomegalias en otros territorios ganglionares (axilar e inguinal) orientará más hacia un proceso sistémico como sida o síndromes mononucleosidos. Los datos de malignidad más importantes que se pueden obtener de la exploración física son los que se muestran en la tabla 5^{1,6}.

La inspección de la piel y el cuero cabelludo puede revelar tumores cutáneos primarios respecto a la tumoración

Tabla 4. Sospecha clínica en función de localización anatómica

Submentonianos	Triángulo posterior
Suelo boca	Nasofaringe
Labios	Yugulodigástricos
Parte anterior de la lengua	Nasofaringe
Submaxilares	Base lengua
Trígono retromolar	Amígdala
Pilar glosopalatino	Laringe
Parte posterior lengua	Yugulares medios
Glandulas salivares	Nasofaringe
Nariz	Orofaringe
Retroauriculares	Base lengua
Conducto auditivo externo	Laringe
Pabellón auricular	Yugulares inferiores
Cuero cabelludo temporal	Tiroides
Preauricular	Nasofaringe
Cuero cabelludo anterior	Laringe
Pabellón	Supraclaviculares
Zona superior facial	Pulmón
Parótida (absceso parotídeo)	Tiroides
Nucales	Tubo digestivo (esofago/estómago)
Piel de la cabeza	Sistema genitourinario
Occipital	

Tabla 5. Hallazgos físicos de malignidad (acompañantes de masa cervical)

Nódulo linfático de características anormales		
	Normal	Anormal
Tamaño	< 1cm	> 1,5cm
Movilidad	Móvil	Disminuida o fijo
Consistencia	blanda, suave	Dura, gomosa
Masa parotídea	No	Sí
Masa tiroidea	No	Sí
Úlcera o lesión premaligna en cavidad oral o faringe		
Parálisis facial		
Otitis media serosa unilateral sin infección tracto respiratorio superior		
Otalgia con otoscopia normal		
Masa muy fija a estructuras vecinas		
Obstrucción nasal unilateral		
Lesión indurada en boca		

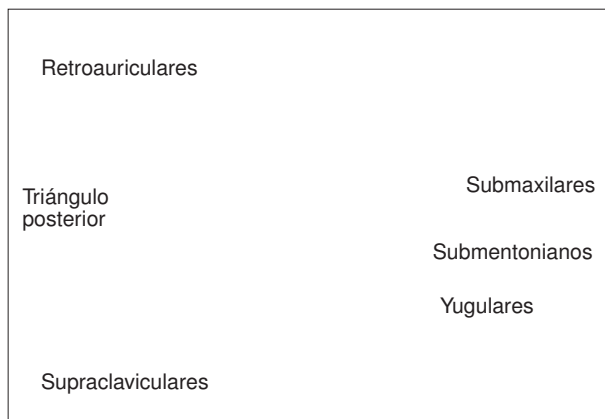


Figura 1. Cadenas linfáticas cervicales y territorio linfático que abarcan. Modificada de Schwetschenav E, Kelley DJ. The Adult Neck Mass. Am Fam Physician 2002;66:831-8.

cervical observada. Esta inspección también ha de incluir el conducto auditivo externo (CAE) y la membrana timpánica, lo que ayuda a descartar procesos óticos. La alteración de la mímica puede revelar un déficit facial debido a un tumor parotídeo (unido a una masa cervical suele indicar un proceso maligno bastante agresivo)^{3,9,10}.

El examen de las fosas nasales, laringe y faringe ayuda a descartar focos infecciosos o tumores primarios. Una otitis media serosa acompañante de una masa cervical puede ser debida a una tumoración nasofaríngea; y una neoplasia sinusal maligna se puede presentar como obstrucción nasal unilateral crónica con sangrados de repetición^{1-3,6,9}.

La auscultación tanto pulmonar como cervical debe realizarse siempre, con objeto de descartar ruidos pulmonares que orienten a patología respiratoria primaria; y soplos (carotídeos principalmente) que pongan de manifiesto el origen vascular de la masa^{3,9}.

Una exploración oral exhaustiva revela en ocasiones lesiones ocultas. Tonalidades rojas o blancas, ulceraciones o

zonas induradas son a menudo lesiones premalignas o un cáncer precoz. Tanto el suelo de la boca como los lados de la lengua y el paladar blando han de ser palpados, ya que constituyen las áreas de más frecuente aparición de neoplasias orales (sin olvidar la base de la lengua). Los focos dentarios suelen originar adenopatías reactivas por lo que debe evaluarse la pérdida de piezas y los signos de infección gingival^{1,9}.

Pruebas complementarias

Las pruebas cutáneas (Mantoux) y de laboratorio (velocidad de sedimentación globular [VSG], serología de citomegalovirus [CMV], Epstein-Barr, toxoplasmosis, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] y lúes, así como analítica convencional) sirven para descartar o confirmar el origen infeccioso del problema². En caso de sospechar que la masa tenga un componente endocrinológico, está indicado solicitar valores hormonales (tabla 6); y en enfermedades autoinmunes como el síndrome de Sjögren (xerostomía, xeroftalmia, artritis y engrosamiento parotídeo), pruebas inmunológicas⁶. Cuando exista sospecha de malignidad, se pueden pedir marcadores tumorales a la par que se solicita valoración por el especialista.

En cuanto al valor de la radiografía, la de tórax se emplea para descartar focos infecciosos o nódulos pulmonares primarios. Se puede observar asimismo si existe desplazamiento de la tráquea. Una proyección lateral de cabeza y cuello permite valorar la vía aerodigestiva superior: laringe, traquea y estructuras blandas (paladar blando, base de lengua, epiglotis, etc.). No se debe olvidar una proyección de senos paranasales en caso de buscar un foco infeccioso para un nódulo cervical. El empleo de contraste baritado tiene valor diagnóstico en lesiones esofágicas, divertículos faríngeos, fistulas y quistes branquiales³.

Una ecografía puede distinguir masas quísticas (sobre todo tiroideas), abscesos, flemones o masas sólidas cervicales. Se usa también para el diagnóstico de trombosis venosa profunda yugular^{2,3,7,11}.

La punción aspiración por aguja fina (PAAF) permite el estudio citológico y/o microbiológico del material obtenido¹². Puede incluso ser terapéutica en descompresión de quistes a tensión muy dolorosos. Se trata de una técnica sencilla cuya complicación más frecuente es la aparición

de hemorragias locales³. A menudo se puede emplear como segundo paso diagnóstico tras la anamnesis y la exploración física; sin embargo, en caso de sospecha de malignidad y PAAF negativa, está indicada su repetición o la realización de biopsia debido a la posibilidad de falsos negativos (errores en la toma de la muestra, subjetividad del anatomopatólogo, etc.)^{2,3,6}.

La tomografía computerizada (TC) con y sin contraste, y la resonancia magnética nuclear (RMN) se usan para una correcta diferenciación tisular de las masas cervicales, así como para la definición de estructuras vasculares (la angiografía está siendo desplazada por la angioRMN y el TC con contraste). Sirven para el diagnóstico de numerosas patologías cervicales y para el estadiaje tumoral (localización, extensión, metástasis ganglionares). La RMN es el método de elección para distinguir masas parotídeas de otras extraparotídeas^{2,3,6,7,11}.

Otras técnicas que se pueden emplear en el diagnóstico de masas cervicales son la angiografía (valorar posibles embolizaciones prequirúrgicas), la sialografía (patología inflamatoria de glándulas salivares), y la gammagrafía (útil en el diagnóstico de metástasis óseas, en el diagnóstico diferencial de masas tiroideas y en la localización de la actividad tiroidea)³. La biopsia es una técnica con indicaciones muy precisas, que debe ser solicitada y realizada siempre por el especialista correspondiente. La biopsia excisional, hoy en día, no debería realizarse bajo ninguna circunstancia^{2,3,7}.

Diagnóstico diferencial

Patologías inflamatorias e infecciosas

Las faringitis víricas o bacterianas pueden originar adenopatías reactivas (nódulos blandos) y dificultad para la deglución. Las faringitis bacterianas agudas suelen deberse a *Streptococcus* β -hemolítico del grupo A (aunque pueden hallarse del grupo B, C y G, así como corinebacterias y anaerobios); mientras que en las crónicas y las de repetición se encuentran *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* y/o *Moraxella catarrhalis*¹.

Adenopatías en el triángulo posterior son muy frecuentes en las mononucleosis; en este caso la determinación inmunológica es la que da el diagnóstico. El CMV puede simular esta patología¹.

Tabla 6. Alteraciones analíticas más habituales en masas cervicales de etiología endocrinológica

	T4	TSH	Ca ⁺⁺	PO ₄ ⁼	Fosfatasa alcalina	PTH
Patología tiroidea						
Hipertiroidismo	↑	↓	—	—	—	—
Nódulo/neoplasia	N	N	—	—	—	—
Hipotiroidismo	↓	↑	—	—	↓	—
Patología paratiroidea						
Hiperparatiroidismo	—	—	↑	↓	↑	↑
Metástasis óseas	—	—	↑	N	↑	↓
Mieloma múltiple	—	—	↑	N	N	↓
Osteomalacia	—	—	↓	↓	↑	↑

↑: niveles aumentados; ↓: niveles disminuidos; N niveles normales; — no indicado solicitarlo por la patología sospechada; T4: tiroxina libre; TSH: hormona estimulante del tiroides; Ca⁺⁺: calcio en sangre; PO₄⁼: fosfatos en sangre; PTH: parathormona.

En la enfermedad por arañazo de gato la separación cronológica (días a meses) entre la causa y la aparición de la masa cervical suponen una dificultad añadida al diagnóstico. Suele encontrarse un único nódulo, una adenopatía aumentada de tamaño por causa de la bacteria *Bartonella henselae*; y éste remite espontáneamente por norma general¹⁰.

La micobacteria más frecuentemente implicada en la aparición de nódulos cervicales en el paciente adulto es la tuberculosa, en cuyo caso suele haber un foco pulmonar. Se debe realizar una prueba cutánea y una radiología de tórax en caso de sospecha⁶.

Las tiroiditis agudas tienen un origen principalmente bacteriano y se acompañan de adenopatías cervicales reactivas, mientras que las subagudas suelen ser víricas. La evolución de las tiroiditis crónicas es larvada y requieren un estudio especializado para diferenciarlas de neoplasias^{1,3,5}.

Infecciones de la piel pueden originar masas blandas, fluctuantes o induraciones, por lo que tanto la celulitis como el absceso cutáneo han de tenerse en cuenta a la hora de establecer un diagnóstico diferencial de masas cervicales.

Alteraciones congénitas

Aunque son más propias de la infancia, en numerosas ocasiones no se diagnostican hasta la edad adulta. Las malformaciones branquiales son las más frecuentes en la zona lateral del cuello; en el espesor del ecm se pueden encontrar quistes, sinus y fistulas de tal origen¹². Se suelen diagnosticar al infectarse o cuando drenan espontáneamente. Otra malformación congénita en esta zona es el higroma quístico o linfangioma^{1,3,6,10}.

En la zona central las anomalías del conducto tirogloso debido al descenso embriológico de la glándula tiroides son numerosas. Los quistes del conducto tirogloso pueden suponer el único tejido tiroideo del paciente; y se han descrito carcinomas tiroideos de estas localizaciones². Al igual que antes, el diagnóstico suele producirse tras la infección del quiste. Es importante en estos casos hacer un estudio completo de la función tiroidea para predecir la afectación que sobre la misma puede tener el tratamiento quirúrgico del quiste.

Tumorações cervicales más raras son los restos tímicos y el laringoceles. Se debe sospechar éste último en sopladores de vidrio, trompetistas, tosedores crónicos, etc., ya que en su etiopatogenia está implicado el aumento de la presión intralaringea³.

Masas de origen traumático

La historia clínica es característica en este tipo de cuadros. Un hematoma puede resolverse solo o cronificarse como masa persistente debido a la fibrosis. En caso de accidente de tráfico no es infrecuente que un pseudoaneurisma sea pasado por alto en el momento inicial, presentándose posteriormente como motivo de consulta una masa blanda fija y pulsátil, sobre la que suele auscultarse un soplo^{8,10}.

Neoplasias benignas

El lipoma es la tumoración benigna más frecuente en adultos, y se diagnostica con una simple exploración cervical, ya que tiene una consistencia característica (nódulo graso). La enfermedad de Madelung no es más que una lipomato-

sis¹⁰. El resto de las tumoraciones benignas de tejidos blandos son raras, salvo los nódulos tiroideos, que pueden llegar a encontrarse con una exploración sistemática hasta en un 4% de la población general^{3,8}.

Neoplasias malignas

Los tumores malignos de cuello pueden ser primarios (glándulas salivares, tiroides y linfomas, los más frecuentes) o metastásicos. Las adenopatías cervicales aparentemente primitivas son aquellas que son confirmadas histológica o citológicamente, y en las que, a pesar de haber realizado un examen del organismo completo, no se encuentra el cáncer primitivo inductor de dicha adenopatía⁵. Las adenopatías cervicales aparentemente primitivas representan el 21,9% de todos los casos de adenopatías cervicales metastásicas.

Las metástasis cervicales pueden provenir de un nivel inferior o superior respecto a la clavícula; de tal manera que una adenopatía metastásica supraclavicular implica la búsqueda del tumor primario en tórax y abdomen. Una adenopatía supraclavicular en el lado izquierdo hará pensar en un cáncer de pulmón o del aparato digestivo, tanto supra como infradiaphragmático; las adenopatías del lado derecho, en un cáncer de pulmón^{3,8,11}.

Cualquier metástasis en el cuello requiere un estudio exhaustivo para la detección del foco primario. Una vez descartados los procesos ORL en pacientes menores de 25 años de edad que padecen adenopatías cervicales malignas sin puerta de entrada en área ORL, hay que sospechar un cáncer de origen tiroideo o bien un melanoma cutáneo o mucoso. Si se trata de pacientes varones mayores de 30 años, las sospechas recaerán en los cánceres de páncreas o de hígado; si son mujeres en el cáncer de mama o de ovario. En el paciente mayor de 40 años se pensará en un cáncer de las vías aerodigestivas superiores, desde el cavum hasta el esófago, sin prescindir de una exploración de las vísceras abdominopelvianas⁸.

Manejo diagnóstico/terapéutico

La actitud que ha de mostrar un facultativo de Atención Primaria frente a una masa cervical se expone en el algoritmo de la fig. 2, teniendo en cuenta los criterios de derivación de la tabla 7¹. Si la masa no cumple criterios iniciales de derivación, probablemente tenga un origen inflamatorio/infeccioso, requerirá una actitud expectante y tratamiento sintomático, así como tratamiento antibiótico empírico en los cuadros en los que se sospeche infección no vírica. En caso de responder a la antibioterapia, el período de observación recomendado es de 2 a 4 semanas tras la mejoría.

Un cuadro que no responde a tratamiento antibiótico requiere la realización de pruebas complementarias: estudio analítico, serológico y radiográfico, incluso una PAAF si se trata de una masa fluctuante (absceso, para recoger cultivo). Una masa cuya etiología permanezca indefinida tras todos los procedimientos anteriores ha de considerarse maligna y derivarse al especialista correspondiente (ORL, cirujano) para estudio.

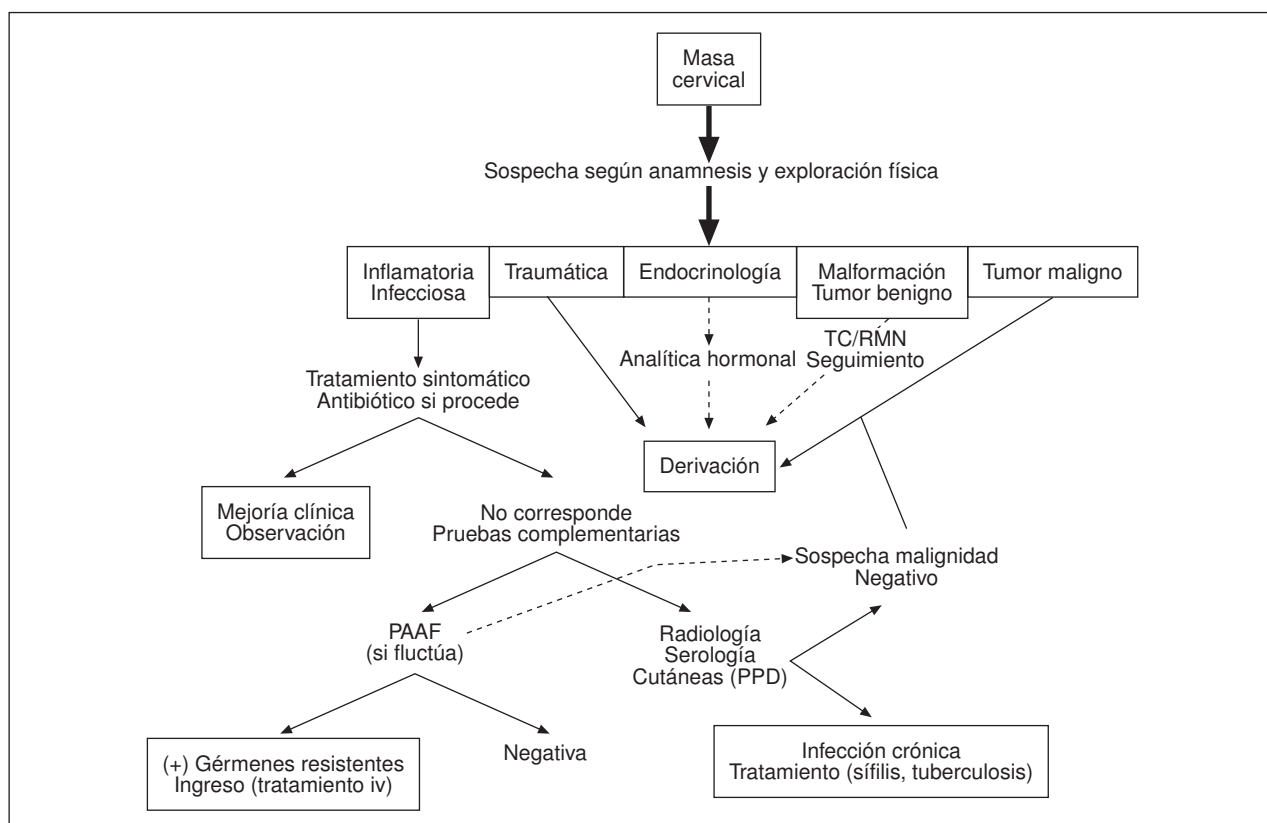


Figura 2. Algoritmo diagnóstico/terapéutico según sospecha clínica inicial en una masa cervical. TC: tomografía computarizada; EMN: resonancia magnética nuclear; PAAF: punción aspiración por aguja fina; PPD: prueba de la tuberculina.

En cuanto a las malformaciones congénitas y las tumores benignas, el tratamiento en principio debe ser conservador. Sin embargo, en numerosas ocasiones este tipo de masa se diagnostica por sobreinfección de la misma, por lo que se tratan como una masa infecciosa. Se pueden intervenir por criterios estéticos; y se deben derivar para tratamiento quirúrgico aquellas que ocasionen problemas por compresión de estructuras vecinas (dificultad respiratoria, disfonía o disfagia sobre todo). Las masas de etiología traumática pueden precisar de una intervención urgente si hay lesión de estructuras profundas, por lo que deberían ser derivadas a la mínima sospecha de gravedad. Las masas de etiología endocrinológica o con criterios de malignidad deben ser estudiadas por el especialista oportuno en cada caso, pudiendo realizarse un seguimiento de la patología en Atención Primaria tras

el diagnóstico y el establecimiento del plan terapéutico por parte del especialista.

BIBLIOGRAFÍA

1. Armstrong WB, Giglio MF Is this Lump in the Neck anything to Worry about? Postgrad Med 1998;104:63-78.
2. Martínez Novoa MD, Mas Mercant S, Sarria Echegaray P, Gallego M. Diagnóstico Diferencial de Masas Cervicales. Semergen 1998; 24:926-30.
3. Baragaño Rico L, Frágola Arnau C, Gil-Carcedo García LM, Muñoz Pinto C, Ortega del Álamo P, Sánchez Lainez J, et al. editores. Manual del Residente de ORL y Patología Cérvico-Facial. Sociedad Española de Otorrinolaringología 2002.
4. Prisco MK. Evaluating Neck Masses. Nurse Pract. 2000 Apr; 25:30-49.
5. Bhattacharyya N. Predictive Factors for Neoplasia and Malignancy in a Neck Mass. Arch Otorinolol Head Neck Surg 1999;125:303-7.
6. Alvi A, Johnson JT. The Neck Mass. A challenging differential diagnosis Postgrad Med 1995;97:87-97.
7. Nódulo y Masa Cervical. Manual de Patología Quirúrgica. Pontificia Universidad Católica de Chile [artículo electrónico consultado 14/07/02] http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Patol-Quir/PatolQuir_006.html
8. Ramakrishnan K. Identifying and Diagnosing the Adult Neck Mass. Am Fam Physician. 2003 Mar 15;67:1190-5.
9. Castelijns JA, van den Brekel MWM. Imaging of Lymphadenopathy in the Neck. Eur Radiol 2002;12:727-38.
10. Seidel H, Ball J, Dains J, Benedict G, editores. Manual "Mosby" de Exploración Física. 2.ª ed. Mosby/Doyma Libros 1993.
11. Schwetschenau E, Kelley DJ. The Adult Neck Mass. Am Fam Physician 2002;66:831-8.
12. Gleeson M, Herbert A, Richards A. Management of Lateral Neck Masses in Adults. BMJ 2000;320:1521-4.

Tabla 7. Criterios de derivación de una masa cervical

Masa que no mejora tras dos semanas de terapia antibiótica
Sospecha de malignidad (ver tablas 3 y 5)
Masa de crecimiento rápido (sobre todo en ausencia de signos inflamatorios)
Adenopatías duras, adheridas a otras estructuras
Masa tiroidea
Masa parotídea
Masa fija
Masa traumática