

# Capítulo 8

## Masa cervical

M.A. Gómez-Marino Martínez e I. Ros Fernández-Matamoros

Médicos adjuntos de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

### Puntos clave

- Ante toda masa cervical, lo primero que el médico deberá plantearse es si corresponde a un proceso neoplásico o si, por el contrario, responde a otra etiología.
- La punción-aspiración con aguja fina (PAAF), por su sencillez de realización, alta sensibilidad y especificidad, es la técnica diagnóstica de elección ante una masa cervical.
- El quiste del conducto tirogloso es la masa persistente en la línea media que se observa más a menudo y el quiste congénito más frecuente.
- El carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello es el que más frecuentemente produce afectación ganglionar cervical maligna, por lo que ante la sospecha de una metástasis ganglionar en el cuello deberemos buscar un tumor primario en el área otorrinolaringológica.
- Cuando el tumor primario es desconocido a pesar de un riguroso examen otorrinolaringológico y general, deben realizarse endoscopias diagnósticas y biopsias a ciegas de las amígdalas, la base de lengua y el cavum.
- Cuando el resultado de la PAAF es indicativo de linfoma, deberá realizarse una biopsia de un ganglio para hacer un estudio anatomopatológico completo.

**Palabras clave:** • Tumores cervicales • Quistes cervicales • Masa cervical.

Ante toda masa cervical, lo primero que el médico deberá plantearse es si corresponde a un proceso neoplásico o si, por el contrario, responde a otra etiología.

El diagnóstico diferencial es muy amplio y, en general, puede obedecer a un origen neoplásico, congénito o inflamatorio. Será en muchos casos el médico de cabecera quien desempeñe esta labor, para lo cual deberá tener un profundo conocimiento de la anatomía cervical y de las diferentes enfermedades que pueden dar lugar a una masa en esta región. Además, deberá realizar una completa valoración del paciente.

### Anatomía cervical

La región cervical es un complejo entramado de estructuras vasculares, nerviosas, musculares y linfáticas. En cualquiera de estas localizaciones puede originarse una masa cervical.

Para el estudio anatómico del cuello se toman como referencia las siguientes estructuras: músculo esternocleidomas-

toideo, hioides, trapecio, músculo homohioideo, músculo digástrico y clavícula. Estas estructuras limitan una serie de triángulos (fig. 1):

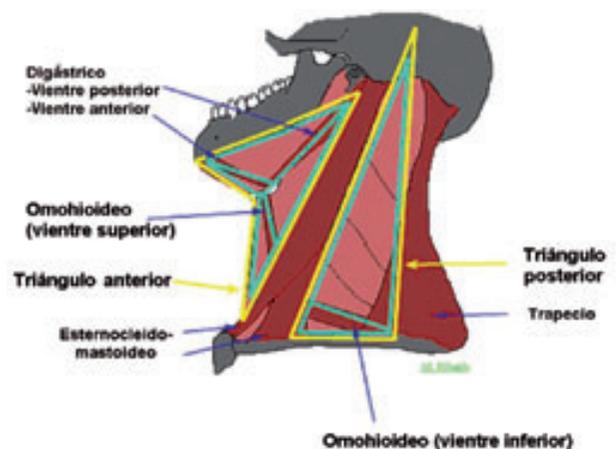
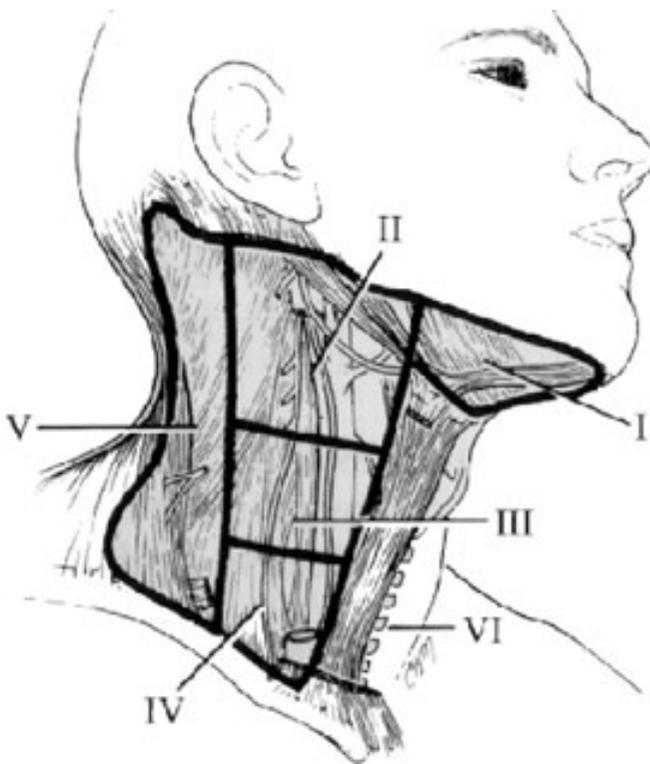


Figura 1. Anatomía de la región cervical.



**Figura 2.** Clasificación de las adenopatías según los grupos cervicales.

- Triángulo cervical anterior. Limitado por el borde anterior de ambos músculos esternocleidomastoideos, la rama horizontal de la mandíbula y la porción superior de la clavícula.
- Triángulo cervical posterior. Por delante lo limita el músculo esternocleidomastoideo, por detrás el músculo trapecio, por debajo la clavícula y por la parte superior el ápex mastoideo.
- Triángulo submandibular. Lo limitan medialmente ambos vientres del músculo digástrico, y lateralmente la rama horizontal de la mandíbula. El músculo milohioideo y el hiogloso forman su límite inferior y contiene ganglios submandibulares, parte de la parótida y el nervio hipogloso.
- Triángulo suprahioideo o submental. Se localiza entre ambos vientres anteriores del músculo digástrico y el hioideo. Contiene ganglios linfáticos y su límite inferior es el músculo milohioideo.
- Triángulo carotídeo superior. El músculo omohioideo lo divide y constituye su límite inferior. Su límite anterior es el vientre posterior del digástrico y por detrás el músculo esternocleidomastoideo. Contiene grandes vasos, músculos constrictores faríngeos medio e inferior.
- Triángulo carotídeo inferior. Limitado por los músculos esternocleidomastoideos, la clavícula y el vientre superior del omohioideo. Contiene la tráquea, la laringe, el tiroides y los músculos infrahioideos.
- Triángulo posterior. Se divide en occipital y supraclavicular. El triángulo occipital se localiza por encima del vien-

tre inferior del omohioideo, entre el trapecio y el músculo esternocleidomastoideo. El triángulo supraclavicular se encuentra por encima de la clavícula y por debajo del vientre inferior del omohioideo

Para su estudio, las adenopatías se dividen según los grupos o niveles cervicales en que se encuentren (fig. 2):

- Grupo o nivel cervical I: ganglios del área submandibular y submental (suprahioideos).
- Grupo o nivel cervical II: ganglios de la cadena yugular superior.
- Grupo o nivel cervical III: ganglios de la cadena yugular media.
- Grupo o nivel cervical IV: ganglios de la cadena yugular inferior.
- Grupo o nivel cervical V: ganglios que acompañan al nervio accesorio espinal y los del triángulo cervical posterior.
- Grupo o nivel cervical VI: ganglios traqueoesofágicos.
- Grupo o nivel cervical VII: ganglios mediastínicos posteriores.

## Actitud diagnóstica (figs. 3 y 4)

### Historia clínica

Ante toda tumoración cervical, la historia clínica proporciona una valiosísima información muy orientativa para el diagnóstico precoz. Deben tenerse en cuenta una serie de factores:

- Edad. Debe contemplarse que más del 60% de las tumoraciones en el cuello de los mayores de 40 años serán el resultado de una neoplasia maligna y que en jóvenes y niños más del 80% de las tumoraciones serán benignas, en su mayoría hiperplasias linfoides (tabla 1).

**TABLA 1.** Diagnóstico de una masa cervical según la edad

	0-15 años	16-40 años	Más de 40 años
Inflamatoria	Adenitis	Adenitis	Adenitis
	Granuloma	Granuloma	Granuloma
		Sialodentitis	
Congénita	Quiste tirogloso	Quiste braquial	Linfangioma
	Quiste dermoide	Quiste de timo	
	Laringocele	Laringocele	
	Linfangioma		
Neoplásica	Tiroides	Linfoma	Cáncer metastásico
	Linfoma	Cáncer metastásico	

– Hábitos tóxicos. El alcohol y el tabaco deben alertar sobre el origen metastásico de una masa cervical.

– Factores ambientales, ocupación. Contacto con animales (brucelosis, toxoplasmosis, tularemia, enfermedad por arañazo de gato). Comunidades, escuelas (mononucleosis infecciosa).

– Antecedentes familiares de tumores, como quemodectomas o bocio.

– Modo de presentación local:

- Velocidad de crecimiento. Que ésta sea muy rápida (horas-días) o muy lenta (años), en cuyo caso denota benignidad.

- Localización (véase tabla 2).

- Tamaño: las adenopatías de más de 1,5 cm tienden a ser malignas.

- Dolor: enfermedades inflamatorias, leucemia aguda.

- Fistulización: actinomicosis, tuberculosis.

– Síntomas acompañantes:

- Disfonía, tos, hemoptisis: patología laríngea y broncopulmonar.

- Disfagia, odinofagia, sensación de cuerpo extraño faríngeo: enfermedad faringo-esofágica.

- Obstrucción nasal, rinorrea, epistaxis, hipoacusia: enfermedad nasofaríngea.

- Anorexia, pérdida de peso, sudoración nocturna: linfomas, leucemias, tuberculosis, tumores metastásicos.

- Prurito: linfogranulomatosis, leucemia linfática crónica, linfoma maligno.

- Dolor inducido por la ingesta de alcohol: sarcoidosis, linfoma de Hodgkin.

- Fiebre: linfadenitis infecciosas, enfermedad de Hodgkin, leucemia aguda.

## Exploración física

– Exploración otorrinolaringológica básica de fosas nasales, cavum, orofaringe, hipofaringe, laringe y cuero cabelludo.

– Palpación cervical. Es una maniobra fundamental que permite conocer si la tumoración es dura, redondeada, de límites precisos o imprecisos, si se adhiere a planos profundos, si late o es dolorosa. Estos datos son muy orientativos para establecer la naturaleza benigna o maligna de una tumoración cervical.

– Palpación de otros territorios ganglionares. Las adenomegalias axilares o inguinales orientarán más hacia un proceso sistémico, como síndromes mononucleósicos o sida.

## Pruebas complementarias

– Pruebas de laboratorio.

– Hemograma, bioquímica.

– Hormona tiroidea.

– Mantoux.

– Serologías de mononucleosis, toxoplasmosis, sífilis.

– Pruebas de imagen.

– Radiografía de tórax. Puede revelar un patrón sugestivo de tuberculosis u neumonía, un nódulo pulmonar o un ensanchamiento mediastínico.

– Ecografía cervical. Diferencia las lesiones quísticas de las sólidas, determina la extensión y la localización de la afectación ganglionar, y permite el seguimiento de masas tiroideas.

– La tomografía computarizada (TC) facial, de cuello, craneal o torácica aporta mucha información.

– Resonancia magnética (RM). Útil en algunos casos dudosos.

– Punción-aspiración con aguja fina (PAAF). Su sencillez de realización y su alta sensibilidad y especificidad la convierten en una técnica diagnóstica de elección ante una masa cervical. Si la citología es negativa y se sospecha malignidad, está indicada su repetición.

– Adenectomía y biopsia. Están indicadas cuando la citología es sospechosa de proceso linfoproliferativo. El riesgo de diseminación en caso de tumor maligno y su morbilidad la desaconsejan, salvo en casos muy precisos.

**TABLA 2. Clasificación anatómica de las masas cervicales**

Línea media anterior	Región lateral	Región posterior
Suprahioideos		
Tiroides aberrante	Linfangioma quístico	Meningocele
Adenopatías submentonianas	Tumores de parótida	Encefalocele
Procesos del suelo de la boca	Tumores de glándula submaxilar	Quiste sebáceo
	Tumor de cuerpo carotídeo	Quiste dermoide
Infrahioideos	Adenopatías inflamatorias	Lipoma
Fístulas y quistes tiroideos	Quiste braquial	
Higroma	Absceso	
Procesos del cayado aórtico	Aneurismas	
	Metástasis cervicales	
	Linfoma de Hodgkin	
	Lecucemia	
	Costilla cervical	

## Clasificación etiológica

### Inflamatorias

#### Agudas

##### Linfadenitis aguda inespecífica

Inflamación dolorosa de uno o varios ganglios linfáticos secundariamente a un foco infeccioso (amigdalino en niños,

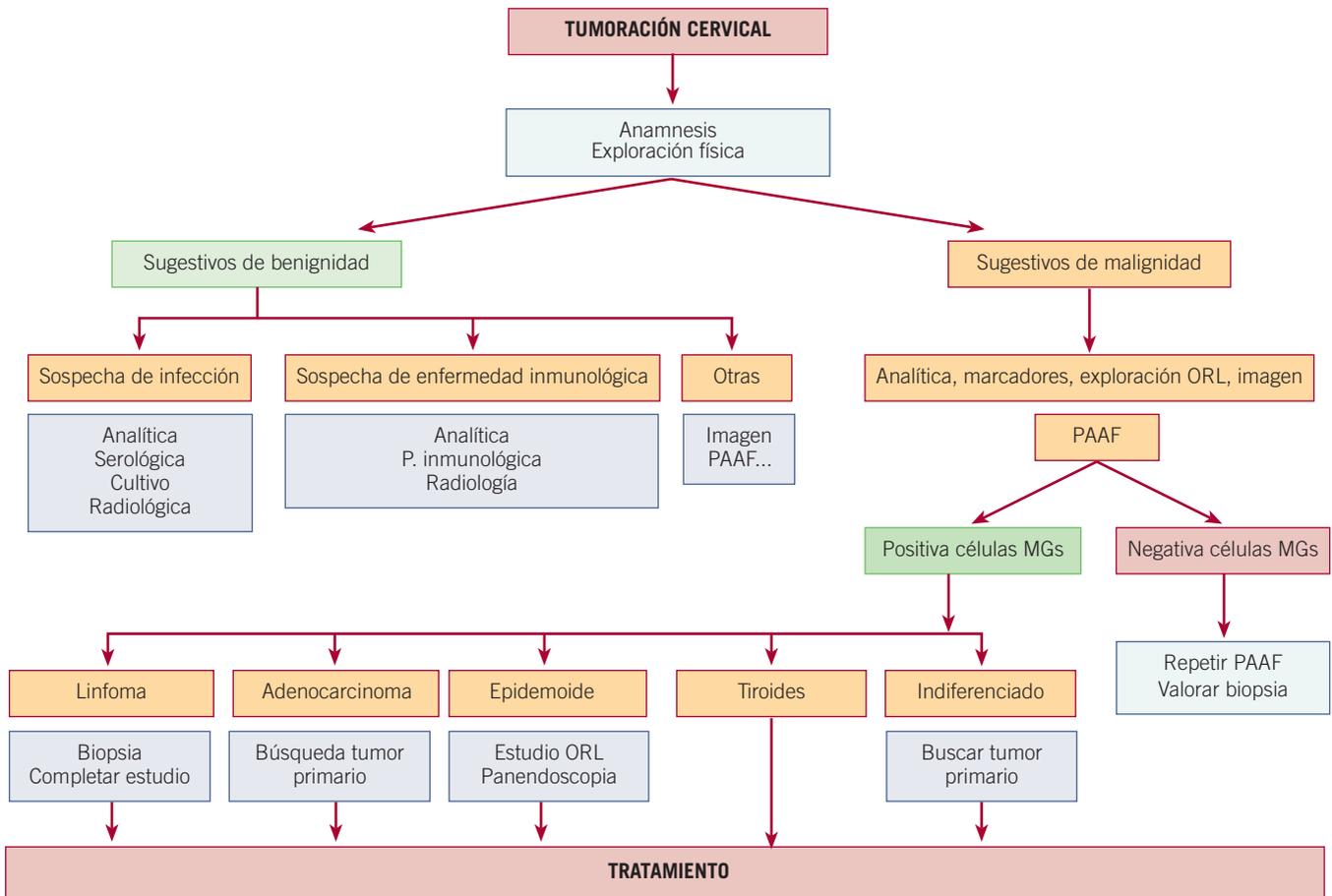


Figura 3. Algoritmo de actuación en caso de tumoración cervical. PAAF: punción-aspiración con aguja fina.

dentario en adultos), frecuentemente por *Staphylococcus aureus*, que drena a dichos ganglios. Generalmente desaparece al hacerlo el foco primario. Es infrecuente que la infección se extienda extracapsularmente dando lugar a un adenoflemón.

#### Mononucleosis infecciosa

Originada por el virus de Epstein-Barr. Cursa con adenopatías dolorosas en localización yugular y cervical posterior, asociadas a fiebre y amigdalitis pseudomembranosa. Puede haber hepatomegalia y/o esplenomegalia, malestar general intenso, cefaleas y dolores articulares. Los datos de laboratorio más relevantes son la linfocitosis, linfocitos atípicos y anticuerpos heterófilos (prueba de Paul Bunell positiva).

#### Inflamación aguda de los tejidos blandos superficiales

La causa principal es la infección por estafilococo y estreptococo.

#### Inflamación aguda de los tejidos blandos profundos

##### Angina de Ludwig

Flemón del suelo de la boca originado por una infección dentaria. Produce elevación de la lengua con disfagia y posible afectación respiratoria.

#### Abscesos y adenoflemones cervicales profundos

##### Linfadenitis inducida por fármacos

Ciertos fármacos (hidantoínas, penicilina, estreptomycin, isoniacida, salicilatos, tiourcilo), con su uso prolongado, pueden dar lugar a inflamación ganglionar bilateral de cualquier localización.

#### Crónicas

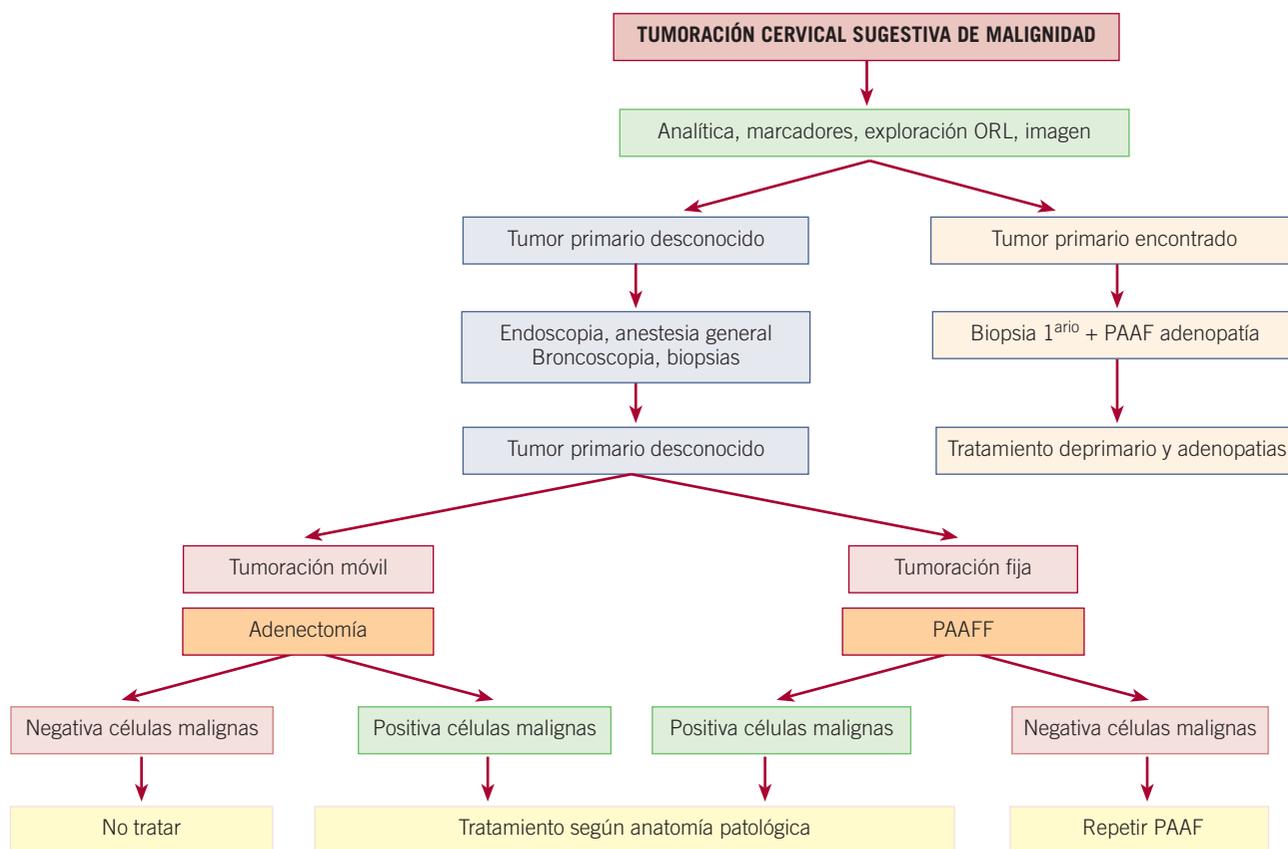
##### Inflamaciones crónicas de los tejidos blandos

##### Actinomycosis

Normalmente está relacionada con traumatismos, manipulaciones dentales o mala higiene oral. La infección da lugar a masas induradas cuya localización más común es el ángulo de la mandíbula. Se observa una frecuente formación de fístula que drena unos típicos granos amarillentos que contienen *Actinomyces*.

##### Celulitis crónica

Debida a la cronificación de un episodio de celulitis cervical agudo. Se caracteriza por presentar una tumoración cervical dura, leñosa, que puede fistular.



**Figura 4.** Conducta que debe seguirse en caso de tumoración cervical sugestiva de malignidad. PAAF: punción-aspiración con aguja fina.

### *Linfadenitis crónica inespecífica*

Inflamación ganglionar, normalmente no dolorosa, causada por un proceso infeccioso inespecífico o traumatismo. Puede abscesificarse o fistulizar.

### **Linfadenitis crónica asociada a procesos específicos**

#### *Tuberculosis*

La linfadenitis tuberculosa comienza como un aumento insidioso del tamaño de los ganglios cervicales de un lado. A veces origina masas duras, adheridas, difíciles de distinguir de una metástasis, que pueden abscesificarse y fistulizar a la piel.

#### *Toxoplasmosis*

Producida por *Toxoplasma gondii*. Causa una linfadenopatía cervical asociada a febrícula, malestar general y molestias faríngeas. Asocia linfocitosis con prueba de Paull Bunell negativa, se diagnostica con pruebas serológicas específicas y presenta una resolución espontánea en unas semanas.

#### *Enfermedad por arañazo de gato*

Producida por *Rochalimaea henselae*. Se manifiesta por una pápula eritematosa en el lugar del arañazo. Semanas

después aparecen adenopatías dolorosas que pueden abscesificarse. Se acompaña de febrícula y malestar general. La positividad cutánea al antígeno de Mollaret-Debré orienta el diagnóstico, junto con la realización de cultivo de pus, histopatología del ganglio o detección de anticuerpos específicos.

#### *Sida*

En la fase aguda de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana puede aparecer un síndrome caracterizado por adenomegalias, fiebre y artralgias. Con posterioridad aparecen adenomegalias no dolorosas en distintas regiones cervicales.

#### *Sífilis*

La sífilis secundaria es una fase de generalización de la infección en que aparecen fiebre y adenopatías acompañando a las lesiones típicas.

#### *Tularemia*

Es típica una úlcera en sacabocados acompañada de una gran adenopatía regional.

Enfermedades inmunológicas (sarcoidosis, enfermedad de Kawasaki, enfermedad de Kikuchi).

### Patología inflamatoria de glándulas salivales y tiroides

Los procesos inflamatorios crónicos de las glándulas localizadas en el área cervical se manifestarán como una tumoración.

### Malformaciones congénitas

#### *Quistes del conducto tirogloso*

Es la masa persistente en la línea media que se observa más a menudo y el quiste congénito más frecuente. Es un resto embrionario de la glándula tiroidea, y por tanto puede aparecer en cualquier lugar del trayecto de descenso de ésta. Generalmente, se manifiesta en la niñez como una masa que asciende al deglutir o sacar la lengua, y suele ser asintomático a menos que se infecte. Debe realizarse diagnóstico diferencial con el tiroide ectópico o los quistes dermoides. El tratamiento es quirúrgico: debe reseccionarse todo su trayecto, incluido el cuerpo del hioides.

#### *Malformaciones braquiales*

Son el resultado de defectos disontogénicos en la región de los arcos braquiales. Los más frecuentes son los derivados del segundo arco, que se localizan en la región cervical alta en proximidad con la bifurcación carotídea. Suelen manifestarse en la infancia como masa a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Puede presentar un orificio fistuloso cutáneo o en profundidad. Son asintomáticos mientras no se complican. Debe realizarse un diagnóstico diferencial con las adenopatías metastásicas o inflamatorias. Su tratamiento es la escisión quirúrgica.

#### *Laringocele*

Constituye una dilatación del sáculo laríngeo que está en continuidad con la luz laríngea y ocupado por aire. Su origen puede ser congénito o adquirido, asociada al aumento de la presión intralaríngea (sopladores de vidrio). Aparece más frecuentemente en la sexta década de la vida. Puede ser interno o externo (si atraviesa la membrana tirohioidea). Este último tipo se manifiesta como una hinchazón en la membrana tirohioidea que aumenta con la presión intralaríngea y puede reducirse con la palpación.

#### *Teratoma*

Tumor que se caracteriza por contener tejidos derivados de las tres hojas blastodérmicas. Se presenta como una masa sólida o semiquística multilobulada, grande y móvil que generalmente se sitúa a un lado del cuello.

### Tumores

#### **Benignos**

Son más frecuentes que los malignos. Suelen presentarse como una masa superficial bien delimitada, con crecimiento lento

(años) y tamaño menor de 5 cm. Si adquieren un gran tamaño, pueden dar lugar a síntomas compresivos que dependen de la localización del tumor y de las estructuras contiguas.

Los tipos más frecuentes de tumores benignos de partes blandas cervicales son los siguientes:

#### *Lipoma*

Tumor benigno de origen mesenquimal más frecuente. Presenta su mayor incidencia entre la cuarta y sexta décadas de la vida. Se manifiesta como una masa indolora de crecimiento lento o estacionario. Su diagnóstico puede confirmarse mediante PAAF. En la TC se presenta como masas bien delimitadas, con la misma densidad que la grasa subcutánea.

#### *Enfermedad de Madelung o lipomatosis cervical*

Depósito gradual de tejido graso superficial en el cuello y las regiones retroauricular, suboccipital o parotídea en varones con antecedentes de alcoholismo o enfermedades hepáticas.

#### *Fibroma*

Representa cualquier formación tumoral compuesta por fibras colágenas asociadas a un escaso número de fibroblastos.

#### *Higroma quístico o linfangioma*

Es una estructura tumoral blanda, multiseptada, constituida por áreas de dilatación de vasos linfáticos próximos al saco linfático yugular primitivo. Aunque se consideran trastornos congénitos, pueden aparecer a cualquier edad, y el 90% lo hace antes de los 2 años. Suelen localizarse en el triángulo posterior del cuello pero puede extenderse hacia línea media, el triángulo anterior, los planos retrofaríngeos o el espacio sublingual. Se diagnostica mediante pruebas de imagen (TC o RM) y anatomía patológica. Para su tratamiento se recomienda la escisión quirúrgica.

#### *Hemangioma*

Se componen de una proliferación de vasos sanguíneos de características endoteliales específicas. Representan el tumor

**TABLA 3. Factores que orientan la posible existencia de tumoración cervical maligna**

Edad mayor de 40 años	Disfonía u odinofagia > 3 semanas de evolución
Tabaquismo	Lesión de mucosa ulcerada que no cicatriza
Alcoholismo	Antecedentes de radioterapia
Masa de crecimiento progresivo	Disfagia
Síntomas obstructivos de la vía aérea	Antecedente tumoral en la cabeza y el cuello

benigno más frecuente en niños. El 75% están presentes en el nacimiento y el 85% antes del año. Se manifiesta como una lesión cutánea difusa o una masa blanda, desplazable, asintomática, lentamente progresiva. Tienen tendencia a la involución con la edad. Las técnicas diagnósticas recomendadas son la RM y la gammagrafía con hematíes marcados con Tc-99m.

#### *Paragangliomas o tumores glómicos*

Los paragangliomas están constituidos por células neuroectodérmicas, con capacidad en raras ocasiones de producir catecolaminas de forma similar a los feocromocitomas. Son masas bien encapsuladas, con un gran componente vascular, y aparecen principalmente en el bulbo yugular o el cuerpo carotídeo. En su crecimiento, esta tumoración aparece en la región lateral del cuello, con posible extensión superior hacia el espacio parafaríngeo. Es movable lateralmente y no craneocaudalmente; puede transmitir los latidos de la carótida en casos de localización carotídea, en los que además pueden percibirse soplos y *thrill*, y a distancia fenómenos cerebrales, como lipotimias y pérdidas momentáneas del co-

nocimiento. La tos, la disnea y el síndrome de Horner por afectación del simpático cervical (miosis, enoftalmos y ptosis palpebral) son signos que se presentan al crecer el tumor. La realización de TC, RM y/o arteriografía confirman los hallazgos clínicos.

#### *Tumores originados en las células de los nervios periféricos*

Son los neurofibromas, neurinomas o schwannomas y los neuroblastomas.

#### *Tumores benignos originados en las glándulas salivales o el tiroides*

Dan lugar a crecimiento lento, de consistencia elástica, habitualmente no doloroso en la glándula implicada, sin afectación ganglionar asociada.

### **Malignos**

#### *Adenopatías cervicales metastásicas*

El carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello es el que más frecuentemente produce afectación ganglionar cervical maligna, por lo que ante la sospecha de una metástasis ganglionar en el cuello deberemos buscar un tumor primario en el área otorrinolaringológica.

La frecuencia de metastatización de los tumores depende de la localización (mayor la de los de nasofaringe, senos paranasales y orofaringe), el estadio (relación directa) y el grado de diferenciación del tumor primario (inversamente).

Siempre que haya una metástasis cervical por un adenocarcinoma o carcinoma indiferenciado, se deberá realizar un estudio del tiroides por ecografía cervical y/o TC cervicotorácica. Excluida esta posibilidad, deberá pensarse en una enfermedad diseminada de origen en el pulmón, el tubo digestivo, el páncreas, la mama, el ovario o la próstata.

Es de gran interés la localización de las adenopatías, pues puede orientar sobre la ubicación del tumor primario (tabla 4).

Cuando el tumor primario es desconocido, a pesar de un riguroso examen otorrinolaringológico y general, deben realizarse endoscopias diagnósticas y biopsias a ciegas de las amígdalas, la base de la lengua y el cavum. Si éstas son negativas, debe realizarse un vaciamiento cervical y una biopsia para clasificar histológicamente el tumor. Si éste es epidermoide, deberá realizarse una observación periódica del paciente, pues en más de un tercio de los casos puede aparecer el tumor primario al cabo del tiempo.

### **Linfomas**

Es la segunda causa de afectación ganglionar cervical por una neoplasia y supone el 20% de los casos. El linfoma de Hodgkin tiene una predilección por los ganglios linfáticos del cuello, mientras que los linfomas no hodgkinianos se presentan más frecuentemente de forma extraganglionar, y afectan típicamente al anillo de Walde-

**TABLA 4. Territorios de drenaje de los tumores de cabeza, cuello, pulmón y aparato digestivo**

Submentonianos	Triángulo posterior
Suelo de la boca	Nasofaringe
Labios	
Parte anterior de la lengua	Yugulodigástricos
	Nasofaringe
Submaxilares	Base de la lengua
Trígono retromolar	Amígdala
Pilar glosopalatino	Laringe
Glándulas salivales	
Nariz	Yugulares medios
	Nasofaringe
Retroauriculares	Orofaringe
Conducto auditivo externo	Base de la lengua
Pabellón auricular	Laringe
Cuero cabelludo temporal	
	Yugulares inferiores
Preauriculares	Tiroides
Cuero cabelludo anterior	Nasofaringe
Pabellón	Laringe
Zona superior facial	
Parótida	Supraclaviculares
	Pulmón
Nucales	Tiroides
Piel de la cabeza	Tubo digestivo
Zona occipital	Sistema genitourinario

**TABLA 5. Criterios de derivación al otorrinolaringólogo**

Derivar urgentemente
Tumoración cervical abscesificada
Tumoración cervical que infiltra o inflama la piel, impidiendo su desplazamiento sobre ella
Tumoración cervical que desplaza la laringe
Derivar de forma programadas
Tumoración cervical de cualquier tipo que:
Tiene crecimiento progresivo
No remite tras 2 semanas de tratamiento médico
Adenopatía de más de 2 semanas de evolución, a pesar del tratamiento, que se acompaña de disnea, disfonía o disfagia
Tratar inicialmente
Tumoración cervical en el contexto de una infección aguda faríngea o laríngea
Tumefacción de las glándulas salivales con dolor al iniciar la deglución

yer. Cuando el resultado de la PAAF es indicativo de linfoma, deberá realizarse una biopsia de un ganglio para hacer un estudio anatomopatológico completo. Además, se realizará un estudio de extensión con analítica, LDH, microglobulina, biopsia de médula ósea y TC toracoabdominal.

#### *Carcinomas de tiroides y glándulas salivales*

Son neoplasias de origen epitelial que darán lugar, entre otras manifestaciones, a una tumoración cervical glandular.

#### *Tumores malignos de partes blandas*

Proceden de tejidos de origen mesenquimal. Son poco frecuentes.

Se clasifican según el tejido que los origina en los siguientes tipos:

- Adiposo (liposarcoma).
- Conjuntivo fibroso (fibrosarcoma, fibrohistiocitoma maligno, dermatofibrosarcoma protuberante).
- Nervioso periférico (sarcoma neurogénico, schwannoma maligno).
- Vascular (hemangiosarcoma, paraganglioma, hemangiopericitoma).
- Muscular liso (leiomioma).
- Muscular estriado (rabdomioma).
- Sinovial (sarcoma sinovial).

Se presentan habitualmente como masas profundas, de crecimiento rápido (semanas), de aspecto infiltrativo y peritumoral, y tamaño > 5 cm.

El 40% de los pacientes presenta metástasis a distancia, cuya producción se relaciona con el tamaño, la profundidad y la agresividad intrínseca del tumor.

#### **Bibliografía general**

- Abelló P, Traserra J. Otorrinolaringología. Barcelona: Doyma; 1992. p. 603-10.
- Martínez Vidal A. Otorrinolaringología básica. Madrid: Ergon, S.A.; 1998. p. 377-85.
- Nauman HH. Differential diagnosis in otorhinolaryngology. New York: Thieme; Medical Publishers, Inc.; 1993. p. 397-408.
- Suárez Nieto C. Oncología de cabeza y cuello. Madrid: STM Editores; 2003.