

ISSN: 2340-3438

Edita: Sociedad Gallega de
Otorrinolaringología.

Periodicidad: continuada.

Web: [www: sgorl.org/revista](http://www.sgorl.org/revista)

Correo electrónico:

actaorlgallega@gmail.com

SGORL PCF
Sociedad Gallega de Otorrinolaringología
y Patología Cervicofacial



Acta Otorrinolaringológica Gallega

Artículo de revisión

Revisão bibliográfica sobre a avaliação e a abordagem inicial de tumefações cervicais no adulto

Literature review on evaluation and inicial approach of neck masses in adults

Rita Gama, Leandro Ribeiro, José F. Penêda, Manuel Sousa, Pedro Oliveira, Fernanda Castro, Artur Condé

Serviço de ORL - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE (CHVNG/E)

Recibido: 22/2/2018 Aceptado: 10/5/2018

Resumo

As tumefações cervicais no paciente adulto são um achado muito comum na prática clínica de várias especialidades médicas. O seu diagnóstico diferencial pode ser muito complexo e extenso, devendo considerar-se todas as etiologias possíveis, desde as inflamatórias às neoplásicas e, apesar de raras na idade adulta, as causas congénitas. Sendo que grande parte das tumefações cervicais em pacientes acima dos 40 anos são causadas por neoplasias malignas, a exclusão de malignidade deve ser a principal preocupação. A colheita de uma história clínica completa e a realização de um exame objectivo pormenorizado constituem o esteio da abordagem de uma tumefação cervical. Deve ser estabelecida uma avaliação sistematizada para que o diagnóstico seja conduzido de uma forma eficaz e rápida e o tratamento apropriado possa ser estabelecido em tempo útil.

Palavras chave: tumefação cervical, massa cervical, benigna, maligna, biópsia aspirativa por agulha fina, core biopsy, biópsia excisional.

Correspondencia: Rita Gama

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Correo electrónico: ritagama55@hotmail.com

Abstract

A cervical swelling in the adult patient is a very common finding in the clinical practice of several medical specialties. Its differential diagnosis can be very complex and extensive, and should consider all possible etiologies, from inflammatory to neoplastic and, although rare in adult age, should include the congenital causes. The exclusion of malignancy should be the primary concern in an adult patient. The collection of a complete medical history and the achievement of a detailed physical examination constitute the mainstay of the approach to cervical masses despite the significant progress of the complementary diagnostic facilities. A systematic evaluation should be established so that the diagnosis is conducted efficiently and appropriate treatment can be promptly established.

Keywords: cervical swelling, cervical mass, benign, malignant, fine needle aspiration biopsy, core biopsy, excisional biopsy.

Introdução

Uma tumefacção cervical no paciente adulto é um achado muito comum na prática clínica de várias especialidades médicas. O seu diagnóstico diferencial pode ser muito complexo e extenso, devendo considerar-se todas as etiologias possíveis, desde as inflamatórias às neoplásicas e, apesar de raras na idade adulta, as congénitas. No adulto, a exclusão de malignidade deve ser a principal preocupação.

Esta investigação tem como objetivos rever a literatura acerca de tumefacções cervicais no adulto e descrever uma linha diagnóstica objetiva e sistematizada, com o estabelecimento de um algoritmo de fácil consulta e aplicação.

Material e Métodos

Foi feita uma revisão da literatura sobre avaliação e abordagem inicial de tumefacções cervicais no paciente adulto, através da consulta da bibliografia de Otorrinolaringologia recomendada e de bases de dados de artigos científicos (Pubmed, UptoDate, Medscape), incluindo-se artigos originais e de revisão, realizados no período compreendido entre 1998 e 2017, tendo sido efetuada a busca tendo por base as seguintes palavras-chave: “neck masses; adult; fine needle aspiration cytology; core needle biopsy; differential diagnosis on neck masses; lymphadenopathy; lymph node malignancies”.

Resultados

1. Considerações anatómicas

O conhecimento anatómico cervical básico é essencial para conduzir a abordagem diagnóstica e para escolher os meios complementares de diagnóstico mais apropriados.

O músculo esternocleidomastoideu (ECM) divide anatomicamente o pescoço em compartimentos triangulares que definem dois compartimentos major cervicais: o anterior e o lateral. O triângulo anterior é

delineado pelo bordo anterior do ECM lateralmente, pela linha média medialmente e superiormente pelo bordo inferior da mandíbula. Neste espaço estão contidos a laringe, a traqueia, o esófago, a tiróide e as glândulas paratiróides, a bainha carotídea e os músculos supra e infra-hioideus. Este triângulo pode ser ainda dividido em vários outros triângulos: o triângulo muscular ou carotídeo inferior, o carotídeo superior, o submandibular (que contém a glândula submandibular e o ramo mandibular marginal do nervo facial) e o submentoniano. A área cervical lateral, também designada triângulo posterior, é delineada pelo bordo posterior do ECM anteriormente, pela clavícula inferiormente e pelo bordo anterior do músculo trapézio posteriormente. Contém gânglios linfáticos e tecido circundante, o nervo espinal acessório e o plexo cervical. O músculo omo-hioideu divide este triângulo em dois, o subclávio e o occipital.

A drenagem linfática do pescoço segue um padrão previsível e a presença de uma adenopatia pode orientar para o local do tumor primário ou da infecção, num pescoço não submetido a cirurgia prévia ou radioterapia. É conveniente usar o sistema de níveis para descrever a sua localização: o nível I contém os gânglios submentonianos (IA) e submandibulares (IB) e drena a cavidade oral, língua e lábios. Os níveis II, III e IV contém os gânglios ao longo da veia jugular interna (nível superior, médio e inferior respetivamente) e drenam a orofaringe, a hipofaringe, a laringe e a parótida; o nível II subdivide-se ainda pelo nervo espinal acessório em nível IIa (posição antero-inferior ao nervo) e IIb (posição postero-superior ao nervo). O nível V contém os gânglios ao longo da metade inferior do nervo espinal acessório e da artéria cervical transversa, e drena a nasofaringe e a tiróide. Os gânglios supraclaviculares estão incluídos no grupo do triângulo posterior do pescoço. Os gânglios pré e paratraqueais, precricóideus e peritiroideus encontram-se no nível VI^{1,2,3,4}.

2. História Clínica

A colheita de uma história clínica pormenorizada é essencial para determinar a etiologia mais provável da tumefacção cervical e orientar o diagnóstico e o tratamento de uma forma eficaz.

Factores como idade do doente, o padrão de crescimento da lesão, a presença ou ausência de dor, de sintomas e sinais acompanhantes (locais ou generalizados) são informações decisivas.

A **idade do doente** é o elemento mais importante no diagnóstico diferencial de uma tumefacção cervical, visto que a suspeita clínica etiológica da lesão pode geralmente ser estratificada em grupos de acordo com o padrão etário. Pacientes em idade pediátrica (< 18 anos de idade) têm uma maior probabilidade (>90%) de benignidade, relacionada predominantemente com fenómenos inflamatórios ou congénitos^{2,5}. Já na população adulta existe uma maior probabilidade de malignidade, sendo que, acima dos 40 anos, uma tumefacção cervical deve ser considerada neoplásica até prova em contrário (probabilidade de 75-80% quando excluída tumefacção tiroideia)^{4,6}.

O **padrão de crescimento da lesão** é também crucial, podendo dividir-se em agudo, subagudo e crónico. Tumefacções que flutuam em tamanho ou que estão presentes há muito tempo são mais sugestivas de um processo congénito ou inflamatório (portanto, benigno), enquanto que uma lesão em crescimento progressivo e que está presente há relativamente pouco tempo conduz, numa primeira instância, para uma suspeita de malignidade.

A **história social e comportamental** deve ser também colhida, de forma a detetar o consumo de

tabaco ou álcool, bem como a exposição a animais, drogas, determinados alimentos ou radiação ultravioleta. Deverá também ser inferida a história de viagens recentes, factores de risco para tuberculose ou comportamentos sexuais de risco que aumentem a probabilidade de infecção por HPV. As neoplasias de células escamosa da cabeça e pescoço HPV-positivas apresentam-se frequentemente com uma tumefacção cervical como único sintoma preocupante. Afetam tipicamente indivíduos mais novos, sexo masculino, com múltiplos parceiros sexuais, melhor dentição, menos exposição a tabaco ou álcool, maior consumo de haxixe, maior nível educacional e socioeconómico, relativamente aos pacientes com esta patologia HPV-negativa. Isto pode contrinuir para o atraso no diagnóstico destes pacientes, devido a estas características geralmente associadas a baixo risco de malignidade.

Os **antecedentes pessoais médicos** devem também ser obtidos, nomeadamente a existência de status imunocomprometido ou história de uma neoplasia maligna da cabeça e pescoço prévia e o tratamento efectuado, incluído da pele, glândulas salivares ou quaisquer localizações no trato aerodigestivo.

Os **sintomas e sinais acompanhantes** podem também dar pistas na orientação diagnóstica. Se não existe história compatível com etiologia infecciosa e a tumefacção não regride após as 2 semanas ou se o aparecimento desta é de duração incerta, o paciente deve ser orientado de forma a despistar malignidade. No paciente adulto, a presença de disfagia, disfonia, otalgia, hipoacusia, epistáxis ou obstrução nasal ipsilaterais à tumefacção cervical, uma história de perda ponderal significativa inexplicada, associados ou não a história de consumo tabágico, aumentam de forma exponencial a suspeita de um malignidade. No entanto, nenhum sintoma ou conjunto de sintomas está diretamente relacionado com o local primário da neoplasia da cabeça e pescoço, à exceção da glote, para a qual alteração da qualidade vocal é um sintoma significativo^{5,6}. Alguns achados inespecíficos que podem levantar a suspeita de linfoma, como febre, suores nocturnos, perda ponderal, linfadenopatias periféricas distantes da região da cabeça e pescoço ou toma de medicações imunossupressoras ou imunomoduladoras. O carcinoma da tiróide é mais comum no sexo feminino, abaixo dos 40 anos de idade.

3. Exame Objetivo

Todos os pacientes com uma tumefacção cervical devem ser submetidos a um exame físico completo e sistemático. A tumefacção deve ser avaliada e caracterizada quanto á sua localização, dimensão, consistência, presença ou ausência de dor, textura, mobilidade e pulsatilidade, podendo ser também avaliada a presença de flutuação, eritema ou sopros:

- **Localização:** A localização da massa cervical deve ser o segundo fator a ser considerado no diagnóstico diferencial, logo depois da idade do doente. Doenças congénitas pouco diferem na sua localização. No caso de neoplasia, a localização não é apenas diagnóstica, mas também de valor prognóstico. Num paciente não submetido a cirurgia cervical prévia, a disseminação linfática de um tumor segue as cadeias ganglionares de drenagem linfática já descritas previamente, e a presença de uma tumefacção cervical em determinada localização pode ajudar na localização do tumor primário ou do ponto de partida de um processo infeccioso. Reconhecer se a tumefacção se localiza na região anterior ou lateral do pescoço, e identificar o nível de drenagem linfática a que corresponde são princípios básicos para a orientação diagnóstica apropriada⁵. É

importante saber ainda que as neoplasias malignas da nasofaringe, base da língua e língua podem resultar em metástases cervicais bilaterais, e que a existência de linfadenopatias distantes podem sugerir neoplasia fora da região da cabeça e pescoço, como o linfoma, neoplasia do pulmão, da mama ou do trato gastrointestinal. Tumefacções cervicais na linha média requerem especial atenção dada a diversidade de diagnósticos possíveis, incluindo quisto do canal tiroglosso, carcinoma do canal tiroglosso, neoplasia da tiróide ou disseminação metastática de carcinoma laríngeo (designado gânglio de Delphian).

- **Dimensão:** uma tumefacção com um diâmetro de 1,5cm ou mais constitui um dos parâmetros de suspeita de malignidade ⁷.

- **Consistência e dor:** Processos inflamatórios/infecciosos agudos podem apresentar-se como tumefacções de consistência mole e elástica devido ao edema tecidual, com dor à palpação causada pela tensão capsular ⁸. Tumefacções de consistência mole e preenchidas por líquido, associadas maioritariamente a quistos benignos, podem também ser malignos. Uma consistência firme e/ou pétreo e ausência de dor são geralmente sinais de carcinoma metastizado ou de doença granulomatosa. No entanto, uma inflamação crónica pode levar a alterações fibróticas que tornam o gânglio duro á palpação. Gânglios firmes e de consistência tipo borracha são característicos de linfoma. ^{1,5}.

- **Mobilidade:** Infecções e doenças vasculares do colagénio apresentam-se geralmente como tumefacções livremente móveis na região subcutânea. Processos malignos podem invadir a cápsula do gânglio linfático e invadir directamente as estruturas adjacentes, estando estes gânglios malignos geralmente fixos na pele ou tecidos circundantes. ^{9,10}

Deve ser efectuada uma investigação sistemática de todas as áreas da **pele, mucosa e submucosa** da cabeça e pescoço. Na pele, procurar lesões incomuns que possam sugerir melanoma, e lesões traumáticas que possam constituir uma porta de entrada para microorganismos e ser causa de infecção. A existência de ulceração cutânea que recobre a tumefacção deve levantar a suspeita de neoplasia metastática que possa ter invadido a cápsula do gânglio e provocado necrose da pele adjacente; em alternativa, a ulceração pode indicar uma neoplasia cutânea com extensão directa para o pescoço ⁷. No paciente com factores de risco para malignidade, deve ser feita também a palpação do pavimento da cavidade oral, da língua e sua base, da mucosa oral, palato, pilares amigdalinos e amígdalas. Deve fazer-se a palpação das glândulas salivares e da tiróide na busca de lesões de massa. A **otoscopia** para exclusão de otopatia serosa unilateral que sugere neoplasia da nasofaringe deve também ser realizada, assim como uma avaliação sumária dos **pares cranianos**.

De igual importância é ainda a compreensão de que uma tumefacção cervical pode ser uma manifestação de uma **doença sistémica**, e portanto não deve ser excluída esta possibilidade na ausência de uma etiologia óbvia na área da cabeça e pescoço ⁵. Organomegalia (especialmente esplenomegalia) está por vezes associada a adenopatias cervicais, nomeadamente na mononucleose infecciosa, linfoma agudo, doença Hodgkin, linfoma não-Hodgkin e sarcoidose. ¹¹

4. Abordagem diagnóstica

Após a colheita da história clínica e tendo realizado um exame físico completo segue-se, caso se justifique, o uso dos meios complementares de diagnóstico, que deverão ser escolhidos tendo em consideração a sua especificidade para caracterizar achados considerados relevantes durante o exame objetivo.

O primeiro passo é o recurso a técnicas de imagem e a análise citológica, a que se segue, se relevante, a obtenção de dados laboratoriais/serológicos.

4.1. Avaliação imagiológica

4.1.1 Anatômica

Tomografia Axial Computorizada (TAC) com contraste

É ainda o método de imagem mais utilizado na avaliação de tumefações cervicais. É útil no diagnóstico diferencial de casos complexos, dado providenciar informação crucial sobre a relação da tumefacção com os gânglios linfáticos regionais, com os grandes vasos, com a coluna aérea e com estruturas ósseas como a mandíbula e a coluna vertebral. Permite a distinção entre lesões sólidas e quísticas, definindo os seus limites e vascularização. No caso de suspeita de metástases cervicais de um tumor primário oculto, deve ser realizada para encontrar a lesão primária e para efeitos de estadiamento^{5,7}. A presença de heterogeneidade com realce no interior dos gânglios, de um tamanho maior que 1,5-2cm, de bordos irregulares e limites mal definidos são geralmente sinais de malignidade¹. Permite ainda informação complementar que pode sugerir outros diagnósticos, como doença dentária, cálculos salivares ou granulomas apicais pulmonares. Na investigação de uma tumefacção cervical, a obtenção de deve obter-se imagem com extensão desde a base do crânio até ao inlet torácico.

Ressonância Magnética Nuclear (RMN) com contraste

Providencia praticamente a mesma informação que a TAC, sendo atualmente o melhor exame para o diagnóstico de lesões na base do crânio, bem como de tumefacções cervicais altas devido a artefactos causados pela respiração, deglutição e pulsação arterial que distorcem a imagem na tomografia computadorizada. É por isso o método de imagem de 1ª linha na suspeita de um tumor primário da nasofaringe ou quando se deteta alguma anomalia dos nervos cranianos ao exame objectivo. Como oferece contraste tecidual de grande precisão, a RMN pode detetar neoplasias nasais não visualizadas na fibroscopia. É útil também nas massas pulsáteis ou massas com sopro ou frémito, podendo nestes casos substituir a arteriografia. Tem a desvantagem de ser um método mais dispendioso, menos disponível, e menos tolerada pelos pacientes do que a TAC devido ao maior período de scanning.

O uso de contraste endovenoso é obrigatório em ambos os métodos (TAC e RMN), excepto se existirem contra-indicações (insuficiência renal, alergia ao contraste, ou em doentes diagnosticados ou em que se suspeita de patologia tiroideia). Este permite distinguir entre lesões sólidas e quísticas, ajuda a mapear as lesões e ajuda a identificar potenciais pequenos locais de lesão primária no trato aerodigestivo superior. No caso de insuficiência renal grave, uma RMN sem contraste é preferível a uma TAC sem contraste, dada a sua maior capacidade de caracterização de tecidos moles.

Ecografia

É um método barato e não invasivo, de fácil execução, mas que avalia apenas tecido superficial, não

permitindo visualizar a maioria das áreas do trato aerodigestivo superior, onde muitos tumores primários têm origem. Pode ser usada para caracterizar a tumefacção, procurar massas adicionais, como adjuvante na biópsia percutânea, tem muita utilidade na distinção entre massas sólidas e quísticas, e permite a identificação de sinais suspeitos de malignidade numa adenopatia (nomeadamente número, tamanho e relação entre os eixos); finalmente, permite o diagnóstico de massas ecograficamente características (como quistos sebáceos ou lipomas), o que por vezes torna desnecessária a investigação adicional⁵.

Angio-TAC e Angio-RMN

São métodos úteis na suspeita de uma lesão de origem vascular. Fornecem uma imagem de alta resolução sem a invasividade da arteriografia convencional. No entanto, fornecem apenas o diagnóstico, não permitindo a realização de embolização, muitas vezes necessária na abordagem de um paraganglioma ou de outros tumores vasculares, situações em que a arteriografia convencional tem intuito diagnóstico e terapêutico. Estes exames de imagem não fazem parte dos protocolos de rotina de imagem cervical.

4.1.2 Funcional

Tomografia por emissão de positrões (PET)

Tem ganho uma importância crescente na abordagem das doenças malignas da cabeça e pescoço. Baseia-se na premissa de que células cancerígenas em divisão metabolizam glicose mais rapidamente do que o tecido não neoplásico. É, no entanto, bastante inespecífico, visto que infecções e/ou inflamações, cirurgia recente ou irradiação podem também aumentar o uptake e a actividade celular. A eficácia da PET aumenta quando utilizada em conjunto com a TC para uma melhor delimitação anatómica das áreas com maior uptake. A sua principal utilidade na abordagem de tumores da cabeça e pescoço é a detecção de metástases à distância e subsequente estadiamento. É também útil na vigilância após o tratamento. Deve, portanto, ser usado como adjuvante de estudos anatómicos de imagem, e nunca substituí-los no planeamento cirúrgico.

4.2. Avaliação citológica

Biópsia por punção aspirativa com agulha fina (BAAF), Core-Needle Biopsy e Biópsia excisional

A colheita de uma história clínica pormenorizada e a realização de um exame objetivo completo, complementado por um estudo imagiológico são altamente sugestivos de um determinado diagnóstico, cujo resultado final só é determinado após uma análise tecidual^{5,8}.

A **BAAF** é um procedimento que permite a obtenção de uma pequena amostra de tecido através de uma agulha de calibre muito fino; sendo um método simples e barato, é actualmente o gold standard no diagnóstico de tumefacções cervicais⁷. Apresenta uma sensibilidade e uma especificidade na ordem dos 95%⁵. Permite a distinção entre uma origem inflamatória/reactiva e uma neoplásica (benigna ou maligna). Permite ainda distinguir uma origem linfóide de outra epitelial. Deve ser realizada antes de qualquer abordagem cirúrgica e sempre que é necessária uma informação citológica^{5,7}. No caso de forte suspeita de patologia tiroideia, a BAAF deve incluir o lavado da agulha de biópsia para detecção da tiroglobulina. A BAAF não apresenta contra-indicações absolutas, podendo mesmo ser efectuada em massas pulsáteis, que podem representar um tumor do corpo carotídeo, visto que a agulha fina torna o risco de hemorragia míni-

mo; no entanto, a obtenção de imagem antes da realização da BAAF nestes casos é recomendada ^{12,13}. Algumas das limitações desta técnica são: é dependente do operador, tem alguns falsos-negativos, pode mostrar-se imprecisa no diagnóstico de linfomas de baixo grau, e pode ser ineficaz na distinção entre adenomas e carcinomas foliculares da tiróide ^{14,15}.

Se a BAAF revelar amostra inadequada ou permanecer inconclusiva após várias tentativas, pode considerar-se uma **Core-Needle Biopsy**, realizada com uma agulha de maior calibre, visto que permite a colheita de uma maior amostra com preservação da arquitectura tecidual. Pode ser utilizado como método diagnóstico de 1ª linha quando a história clínica e o exame objectivo são fortemente sugestivos de linfoma, visto que neste caso mostra uma maior sensibilidade do que a BAAF (92% e 74%, respetivamente ⁷). O seu uso deve, no entanto, ser evitado em determinados tipos de lesões, como nas suspeitas de tumores das glândulas salivares ou melanomas, situações em que existe a possibilidade de vazamento de células tumorais durante a realização do exame.

A **biópsia cirúrgica (incisional ou excisional)** está indicada apenas na presença de BAAF e/ou Core-Needle Biopsy inconclusivas ou quando estas são sugestivas de linfoma. A biópsia cirúrgica deverá ser evitada sempre que possível na suspeita de carcinoma, não só porque pode disseminar células cancerígenas em tecidos que depois não são removidos por disseção radical cervical clássica, mas também porque o hematoma resultante se pode estender ao longo dos tecidos moles abordados, transportando células cancerígenas que podem ser implantadas em locais distantes do da biópsia. De considerar ainda o facto de as vias normais de drenagem linfática serem cirurgicamente interrompidas com a biópsia aberta, podendo com isso criar shunts para a região contralateral. Para além desta possibilidade de provocar metástases á distância, altera a precisão anatómica de um tratamento cervical definitivo posterior e aumenta a probabilidade de recorrência regional ⁷.

4.3. Avaliação analítica/serológica

A realização de um estudo analítico deve ser feita nos casos em que os métodos de imagem e a BAAF não foram conclusivos, ou para confirmar uma suspeita de diagnóstico não maligno. A obtenção de um hemograma, bioquímica e parâmetros de fase aguda pode ser realizado na suspeita de uma doença sistémica, e um estudo serológico pode ser útil na suspeita de doenças infecciosas como a tuberculose, infecção por micobactérias atípicas, mononucleose, toxoplasmose, doença da arranhadela do gato ou HIV. A pesquisa de anticorpos antinucleares no Síndrome de Sjögren ou outras doenças granulomatosas pode também ser útil no diagnóstico diferencial.

4.4. Algoritmo - Abordagem do doente adulto com tumefacção cervical (figura 1)

Uma tumefacção cervical no adulto é, na maioria das vezes, de etiologia benigna, geralmente inflamatória/infecciosa, para a qual se efectua um tratamento dirigido, havendo uma resolução do quadro em pouco tempo. No entanto, no caso de não ser encontrada uma causa óbvia para uma tumefacção cervical num adulto, especialmente se tiver mais de 40 anos e possuir hábitos tabágicos, a possibilidade de uma neoplasia maligna da cabeça e pescoço tem de ser investigada e considerada até prova em contrário. Uma biópsia por punção aspirativa deve ser realizada. Paralelamente, deve fazer-se um exame completo e minucioso de todas as superfícies mucosas e pele da região da cabeça e pescoço, tiróide e glândulas salivares. Deverá ser

também realizada uma nasofibrolaringoscopia em busca de lesões suspeitas. Se uma cuidadosa e repetida examinação não levar à identificação do tumor primário, e se a BAAF for equívoca ou negativa e permanecer a suspeita de malignidade, a investigação deve ser complementada com estudo de imagem, podendo a TAC e a RMN ser úteis na identificação e/ou caracterização da lesão primária. A PET pode ajudar na identificação da lesão primária e/ou de doença à distância, devendo ser obtida antes da realização de qualquer método de diagnóstico invasivo, de forma a diminuir os falsos positivos ^{5,16}. A pesquisa dos vírus HPV e EBV está também indicada nesta fase ¹⁷. No caso de o tumor primário continuar por identificar, deve proceder-se a um exame de todo o trato aerodigestivo superior, com esofagoscopia no sentido de procurar a lesão primária e/ou lesões síncronas (que ocorrem em cerca de 10 a 20% dos cancros da cabeça e pescoço ¹⁶), bem como com biópsias múltiplas da nasofaringe, das amígdalas, da base da língua, faringe e seios piri-formes, que são os locais mais comuns de lesão primária oculta ¹⁷.

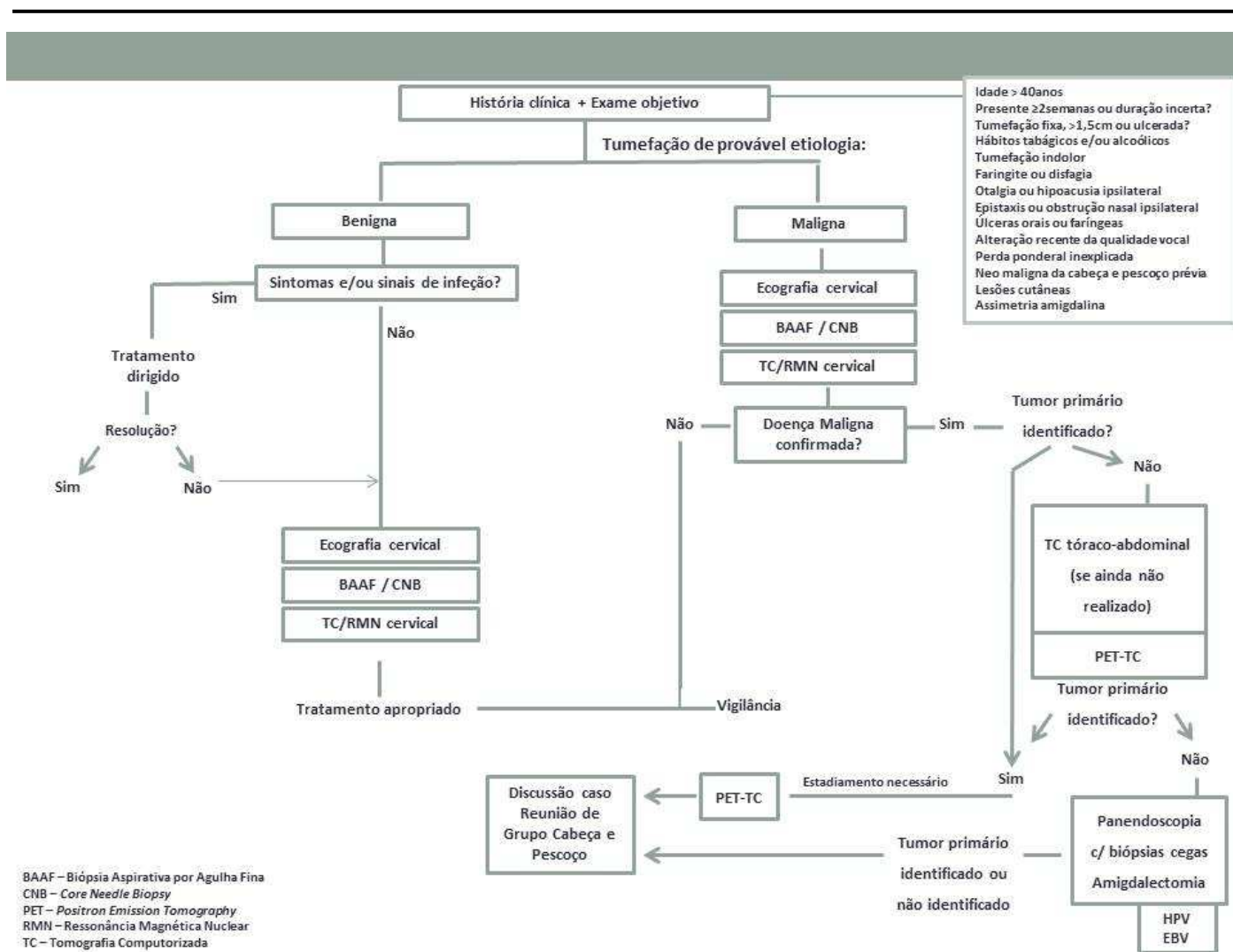


Figura 1: Algoritmo de avaliação e abordagem inicial de Tumefações Cervicais no Adulto Serviço ORL CHVNG/E.

Discussão

As tumefações cervicais são queixas muito comuns na prática clínica em pacientes de todas as idades, na maioria das vezes resultantes de processos inflamatórios auto-limitados. No entanto, um diagnóstico diferencial deve englobar todo o espectro de possibilidades, incluindo causas congénitas e neoplásicas .

Cerca de 75-80% das tumefações cervicais em pacientes acima dos 40 anos são causadas por neoplasias malignas ^{5,6,8}.

Na ausência de sinais óbvios de infeção, uma massa cervical lateral considera-se metastática até prova em contrário ^{5,6,8}. Um diagnóstico precoce de uma tumefação cervical metastática de uma neoplasia maligna da cabeça e pescoço é primordial visto que um atraso no diagnóstico interfere diretamente no estadiamento tumoral e agrava o prognóstico

Uma diminuição da incidência de carcinomas cel escamosas da cabeça e pescoço relacionada com a redução do consumo tabágico tem sido contrabalançado por um aumento da prevalência de infeções por HPV (225% de 1988 a 2004).

Nos pacientes com carcinomas de células escamosas da cabeça e pescoço que se apresentam com tumefação cervical, atrasos no diagnóstico entre 3 a 6 meses são comuns, o que é particularmente desapontante visto que atrasos tão somente de 2 meses estão associados com piores resultados funcionais, menor qualidade de vida, recorrência neoplásica e morte.

A BAAF é uma técnica eficaz, precisa, rápida e de baixo custo que pode ser realizada em meio hospitalar ^{5,6,8,14}. As biópsias cirúrgicas devem ser feitas apenas se a BAAF e as técnicas de imagem forem inconclusivas ⁶.

Conclusão

Uma das mais importantes considerações num adulto que se apresenta com uma tumefação cervical é a possibilidade de esta poder representar um depósito metastático de um tumor primário, geralmente do tracto aerodigestivo superior. Isto é particularmente relevante em pacientes de meia-idade ou idosos (com mais de 45 anos), especialmente naqueles com factores de risco (especialmente se com hábitos tabágicos e/ou alcoólicos). Nestes é de suma importância a observação por ORL de forma a investigar e confirmar a existência de doença neoplásica, para posteriormente se encontrar o tumor primário o mais rapidamente possível, de preferência sem recurso a biópsia excisional, para que uma correcta abordagem da doença possa ser instituída.

Declaración de conflicto de intereses: nada a declarar

Bibliografía

- 1- Underbrick M. Evaluation and Management of the patient with a neck mass. Gd Round Present UTMB, Dept Otolaryngol. 2001; (December):1-9.
- 2- Clarke P. Benign neck disease: infections and swellings. In: In Gleeson M. Browning GB, Burton MJ, et Al. Scott-Brown's Otorhinolaryngology – Head and Neck Surgery. 7.^a Ed. USA: Hodder Arnold.; 2008.
- 3- Jennings CR. Surgical anatomy of the neck. In: Gleeson M. Browning GB, Burton MJ, et Al. Scott-Brown's Otorhinolaryngology – Head and Neck Surgery. 7.^a Ed. USA: Hodder Arnold.; 2008.
- 4- Clarke P. Metastatic Neck Disease. In: Gleeson M. Browning GB, Burton MJ, et Al. Scott-Brown's Otorhinolaryngology – Head and Neck Surgery. 7.^a Ed. USA: Hodder Arnold.; 2008.
- 5- Nugent A, El-Deiry M. Differential Diagnosis of Neck Masses. In: Cummings Otolaryngology – Head & Neck Surgery, 6^a Ed. 2014. Canada: Elsevier Saunders.; 2014.
- 6- Gleeson M, Herbert A, Richards A. Clinical review Management of lateral neck masses in adults. BMJ. 2000; 320: 1521-1524.
- 7- Pynnonen MA, Gillespie MB, Roman B, et al. Clinical Practice Guideline: Evaluation of the Neck Mass in Adults. Otolaryngol Head Neck Surg. 2017;157(S2): S1-S30. .
- 8- Derrick TL. Neck Masses. In: Current Diagnosis And Treatment In Otolaryngology-Head And Neck Surgery 2nd Ed; 2007; 27:397-415.
- 9- Leung AK, Davies HD. Cervical lymphadenitis: etiology, diagnosis and management. Curr Infect Dis Rep. 2009; 11(3): 183-189.
- 10- Twist CJ LM. Assessment of lymphadenopathy in children. Pediatr Clin North Am.:27(4):373-376.
- 11- Habermann TM SD. Lymphadenopathy. Mayo Clin Proc.:75(7):723-732.
- 12- Fathallah L, Tulunay OE, Feng J et al. Histopathologic and cytopathologic diagnostic discrepancies in head and neck region: pitfalls, causes, and preventive strategies. Otolaryngol Head Neck Surg. 2006;134:302–30.
- 13- Draper MR, Pfliegerer AG Smith W. Assessment of a cytology grading system for head and neck masses. Clin Otolaryngol Allied Sci. 2003; 28(1): 34-8.
- 14- Tandon S, Shahab R, Benton JJ, et al. Fine-needle aspiration cytology in a regional head and neck cancer center: comparison with a systematic review and meta-analysis. Head Neck. 2008; 30(9): 1246-52.
- 15- Goffart Y., Hamoir M., Deron P., Remacle M. CJ. Management of neck masses in adults. B-ENT. 2005;Suppl 1: 133-142.
- 16- Adoga AA, Silas OA., Nimkur TL. Open cervical lymph node biopsy for head and neck cancers : any benefit ? Head Neck Oncol. 2009; 1:9.
- 17- Adelstein D, Gillison ML, Pfister DG et al. NCCN guidelines insights: Head and neck cancers, version 2.2017. J Natl Compr Canc Netw 2017;15: 761– 770
- 18- Layfield LJ. Fine-Needle Aspiration in the Diagnosis of Head and Neck Lesions : A Review and Discussion of Problems in Differential Diagnosis. Diagnostic Cytopathol. 2007; 35(12): 798-805.