

Lo que hay detrás de un bultoma: diagnóstico diferencial radiológico de las tumoraciones cervicales

Bárbara da Cruz David Loisas Lopes¹, Caritat García¹, Agustina Eula¹, Omar Jaimes¹, Joan Luque¹, Sagrario Santos¹, Aleiny Castro¹

¹Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa

Objetivo docente

Analizar el abordaje radiológico de las tumoraciones cervicales palpables en adultos mediante ecografía y TC o RM, destacando cómo los hallazgos pueden orientar el diagnóstico diferencial entre adenopatías y otras lesiones cervicales.

Revisión del tema

Las tumoraciones cervicales palpables son un motivo frecuente de consulta en radiología y pueden corresponder a procesos muy diversos, desde adenopatías reactivas o infecciosas, hasta lesiones benignas no ganglionares o tumores malignos [1, 2].

La ecografía suele ser la prueba inicial y permite evaluar morfología, ecogenidad y vascularización [1-3].

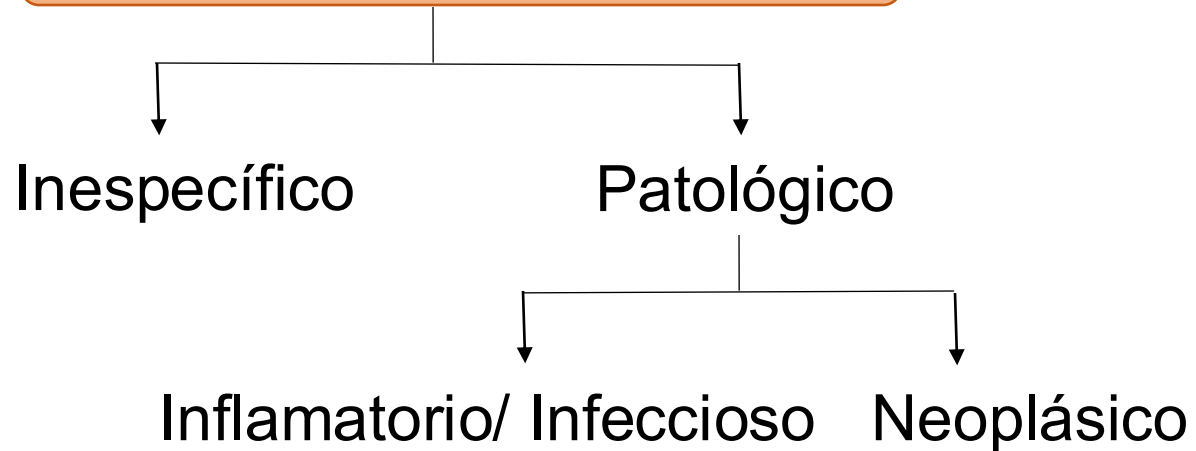
La TC y la RM se emplean para completar la caracterización de la lesión y definir extensión, afectación de espacios profundos u otros territorios, así como relación con estructuras vecinas [4, 5].

Los hallazgos radiológicos muchas veces son orientativos, pero no definitivos, por lo que su interpretación debe integrarse con la clínica y/o confirmación histológica según el caso.

En este trabajo se exponen varios casos representativos de distintas entidades que cursan como bultomas cervicales, tales como adenopatías (reactivas, infecciosas, metastásicas), linfagioma, paraganglioma, lipoma, tumores de glándulas salivares entre otros, con diagnóstico confirmado por anatomía patológica y/o criterios clínico-radiológicos [1, 2, 4-6].

Adenopatías

Ganglio linfático / adenopatía



Pérdida de la ecoestructura de un ganglio:

- Aumento de tamaño
- Pérdida de la morfología
- Mayor hipoecogenicidad
- Áreas de microabscesos / microcalcificaciones
- Hilio ecogénico amplio o ausente (patológico)
- Cambio en la vascularización

CASO 1

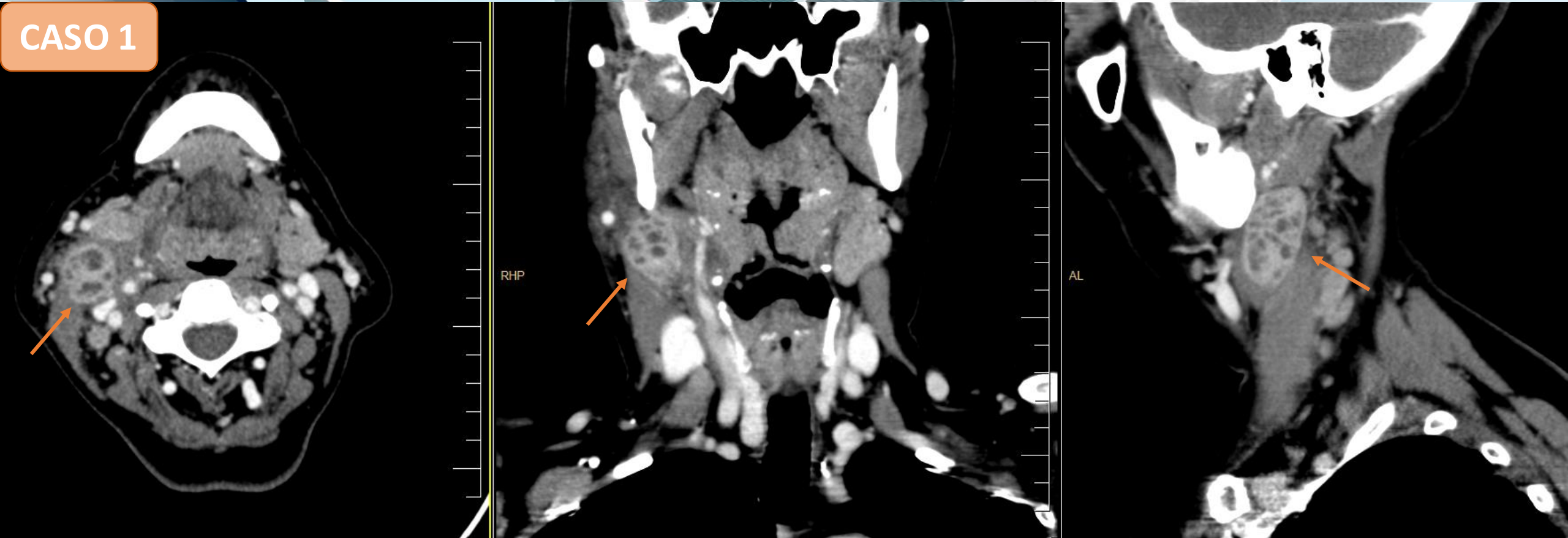


Fig. 1, 2 y 3: Paciente que acudió a urgencias por bultoma laterocervical derecho, doloroso a la palpación, y se le realizó un TC de cuello para descartar absceso parafaríngeo derecho.

Se observó un **nódulo** ovalado en espacio carotídeo derecho, con realce heterogéneo y sin plano graso de clivaje con el músculo esternocleidomastoideo, sugestivo de adenopatía patológica.

CASO 1

Se planteó el diagnóstico diferencial entre adenitis infecciosa, como primera posibilidad, vs afectación metastásica.
Se recomendó ampliar estudio con eco-PAAF.

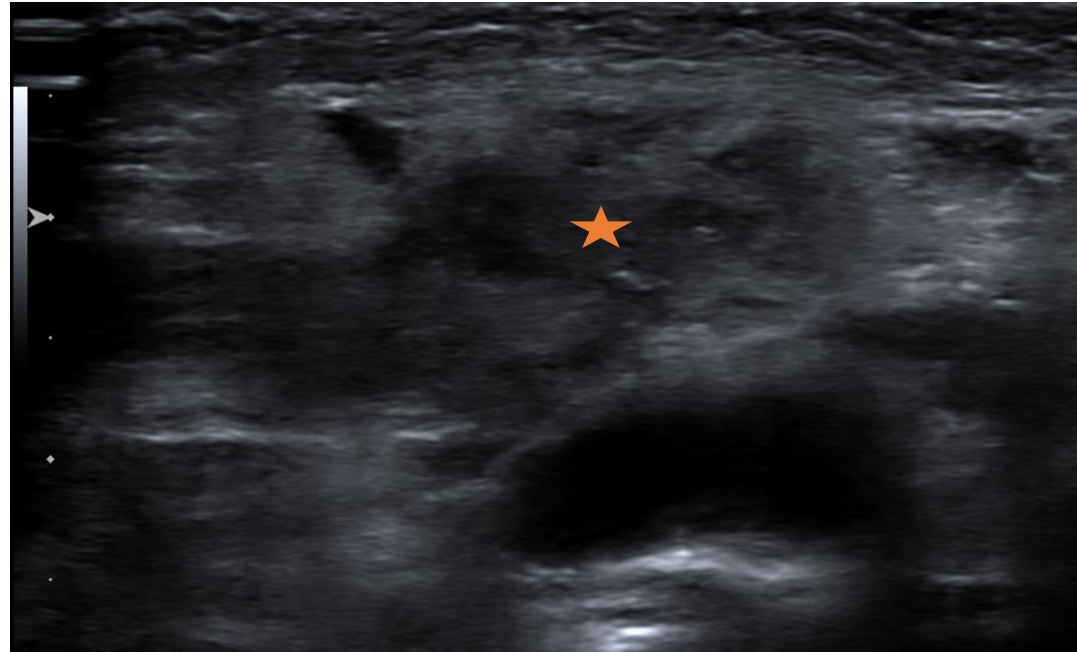
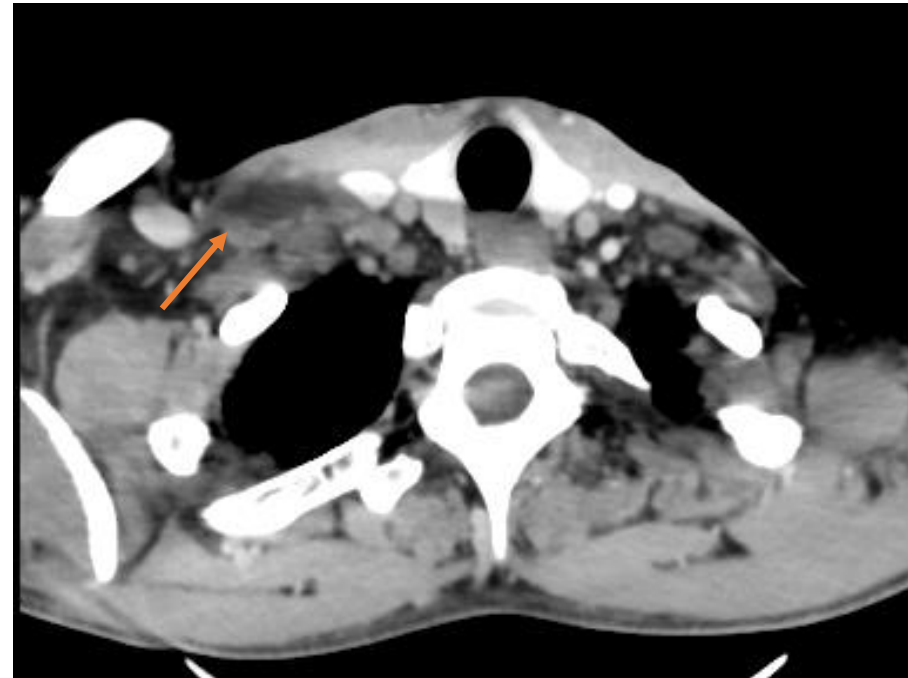


Fig. 4: Ecografía cervical donde se observó **imagen** ovalada, de aspecto heterogéneo, mal delimitada, con hilio graso amplio.

Resultado PAAF: Adenitis granulomatosa

CASO 2

Fig. 5 y 6: Paciente que acudió por bultoma supraclavicular derecho, no doloroso, de hace 1 año de evolución. Quantiferón positivo.



TC de cuello: **imágenes ovaladas** con centro hipodenso en región supraclavicular derecha sugestivas de adenopatías, de probable origen inflamatorio/infeccioso (tuberculosis).

CASO 2

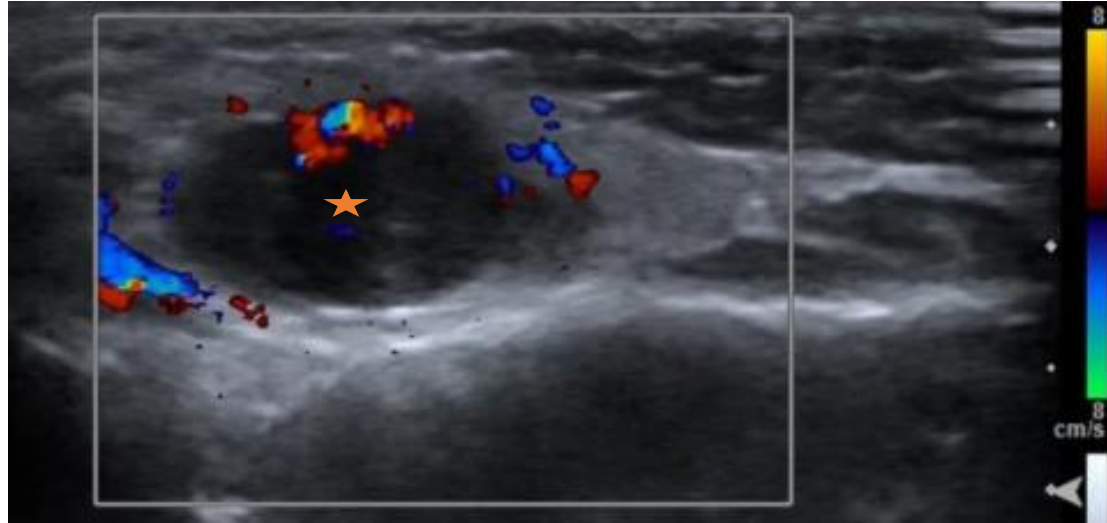


Fig. 7: Ecografía cervical donde se observó **nódulo** hipoecoico, redondo, con aumento de la señal Doppler, compatible con adenopatía patológica.

Se realizó PAAF, compatible con linfadenitis granulomatosa necrotizante.

Control en 1 año con TC de cuello donde se evidencia disminución de las adenopatías.

Dx: TBC

CASO 3

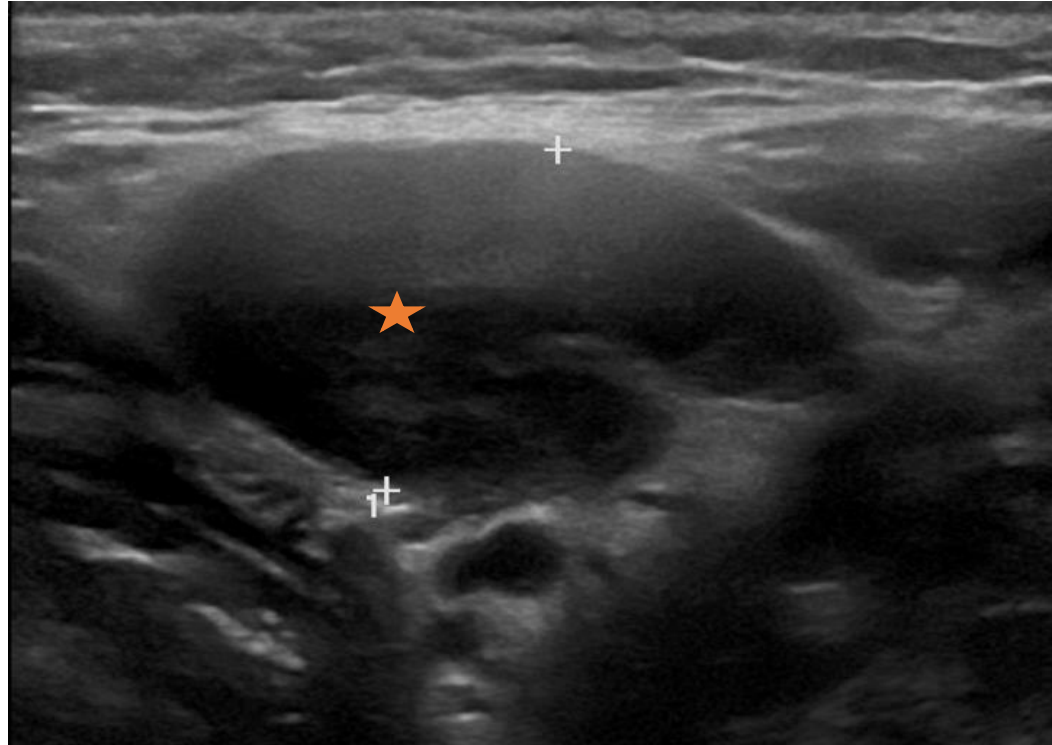


Fig. 8: Paciente de 45 años que acudió por bultoma laterocervical izquierdo, duro, de meses de evolución. En la ecografía se observan múltiples **lesiones** sólidas ovaladas, con hilio graso presente, sugestivas de adenopatías.

Se recomendó ampliar estudio con TC de cuello.

CASO 3



Fig. 9, 10 y 11: En el TC de cuello se observó un aumento de partes blandas periamigdalares izquierdo y múltiples adenopatías, la de mayor tamaño submaxilar izquierda.

Se recomendó ECO-PAAF que resultó compatible para proceso neoproliferativo con presencia de células de Reed-Stenberg.

Dx: Linfoma

CASO 4

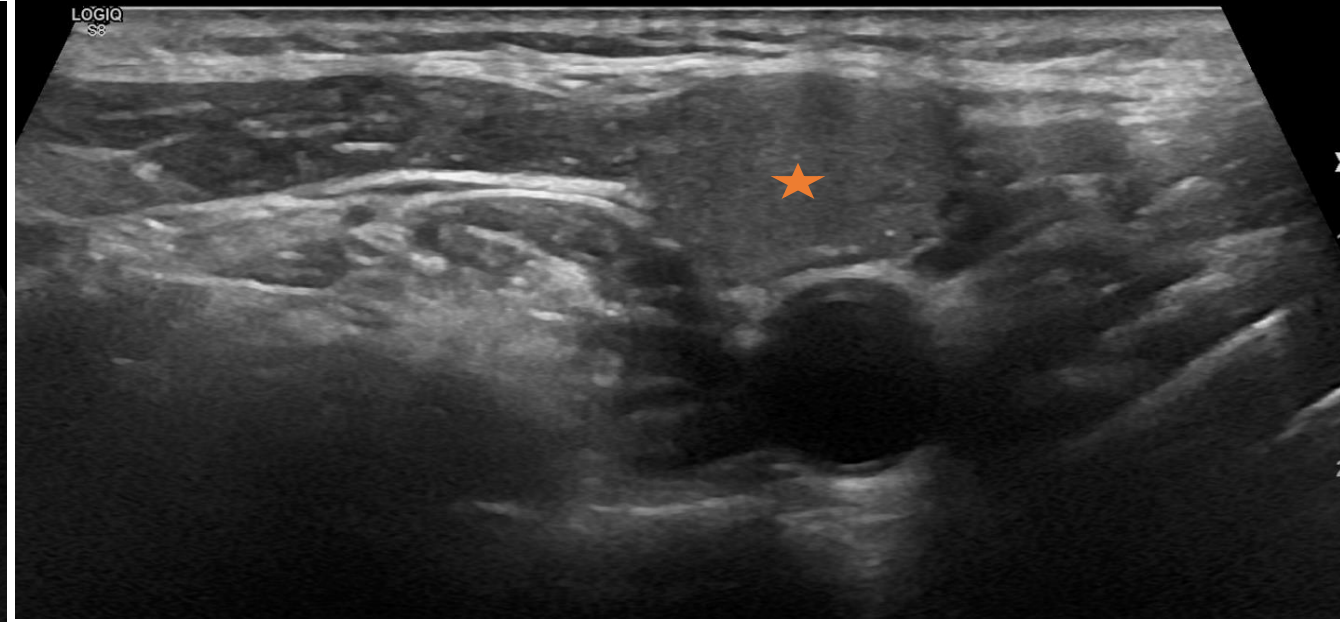
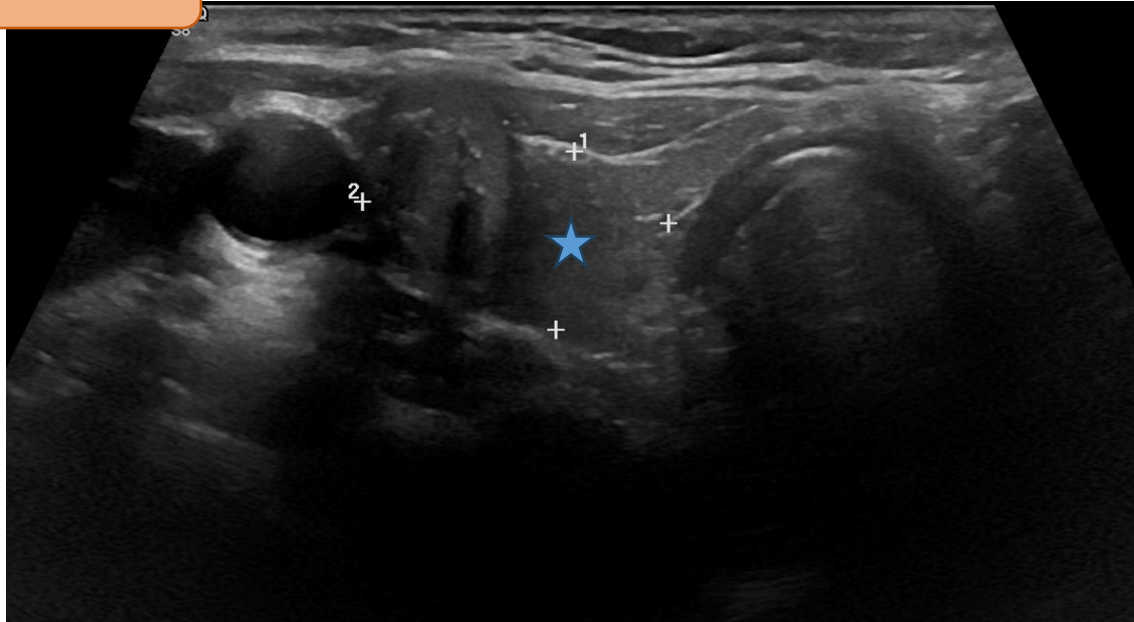


Fig. 12 y 13: Paciente con bultoma laterocervical derecho de varios meses de evolución. En la ecografía cervical se observó **nódulo tiroideo derecho** hipoeicoico, mal definido y con calcificaciones. También se identificaron **adenopatías laterocervicales** hipoeicoicas con microcalcificaciones, sugestivas de M1.

Resultado PAAF: Carcinoma papilar de tiroides mestastásico

CASO 5

Linfagioma

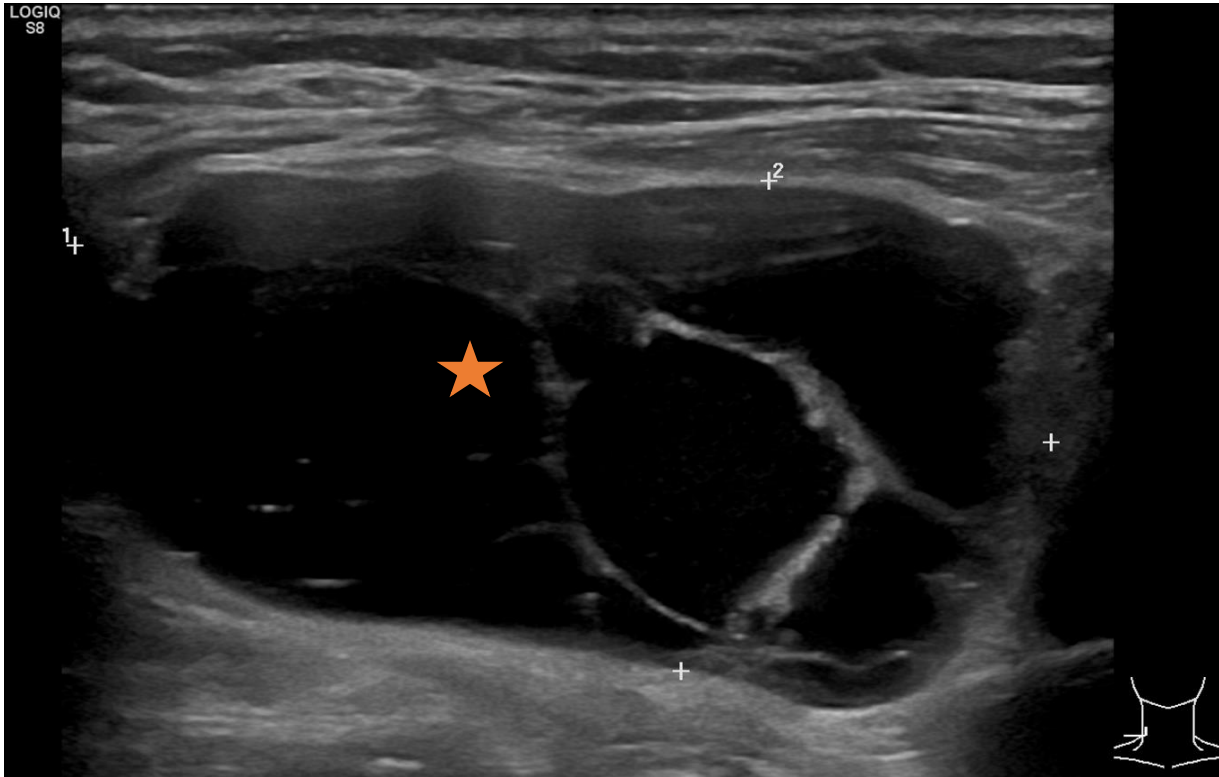


Fig. 14: Paciente que acudió por bultoma laterocervical derecho.

Se realizó una ecografía donde se observó una **lesión** voluminosa multiquística y multiseptada, que contacta con la vena yugular y carótida derecha, sugestiva de linfangioma quístico.

Se recomendó estudio con RM para mejor caracterización y afectación de planos profundos.

CASO 5

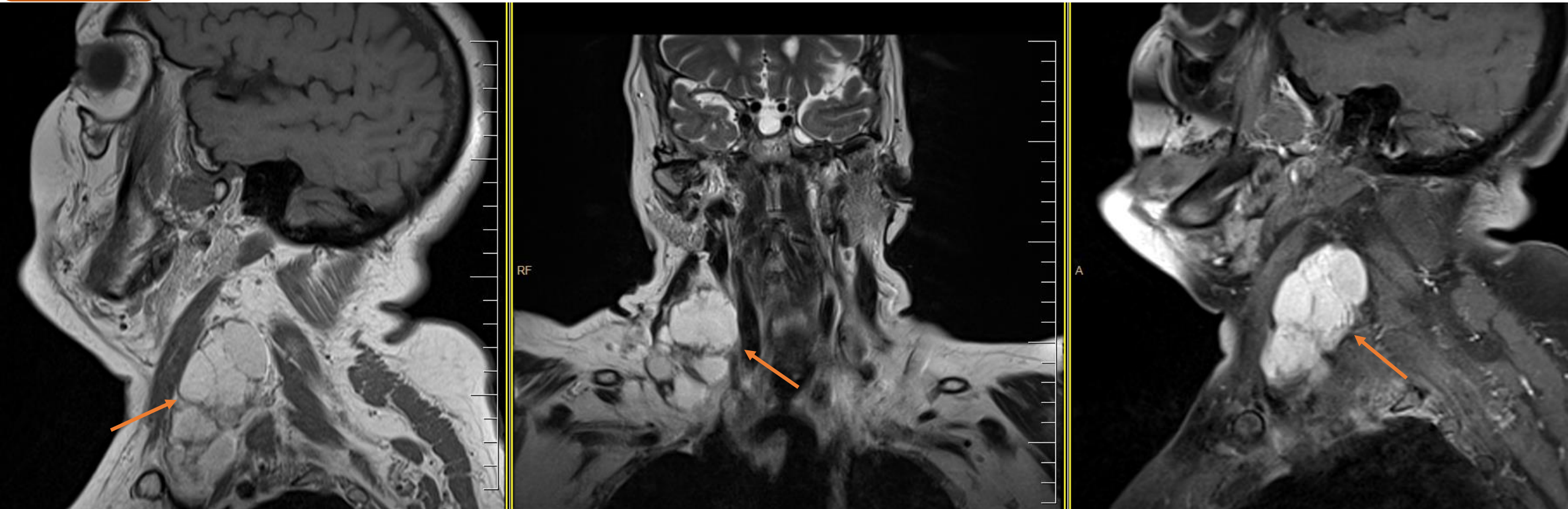


Fig. 15, 16 y 17: RM en que se confirmó una tumoración quística multiloculada laterocervical derecha.

Dx: Linfagioma quístico

CASO 6

Paraganglioma

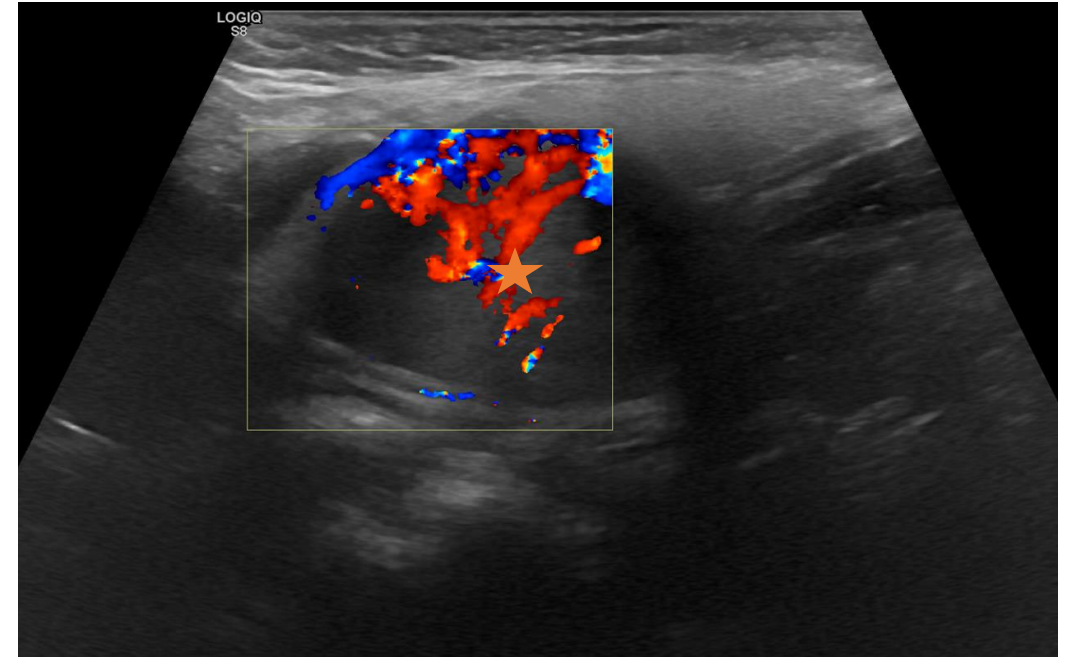
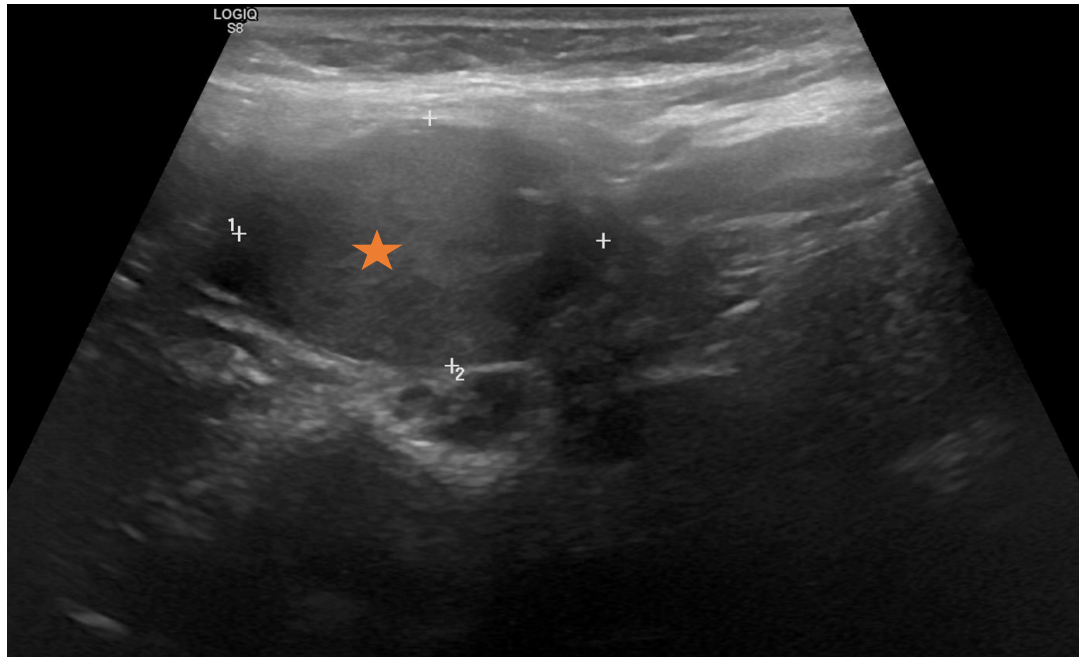


Fig. 18 y 19: Paciente que acudió por bultoma laterocervical derecho. En la ecografía se observó **nódulo** adyacente a la carótida con marcada señal Doppler en su interior, sugestivo de paraganglioma.

CASO 6

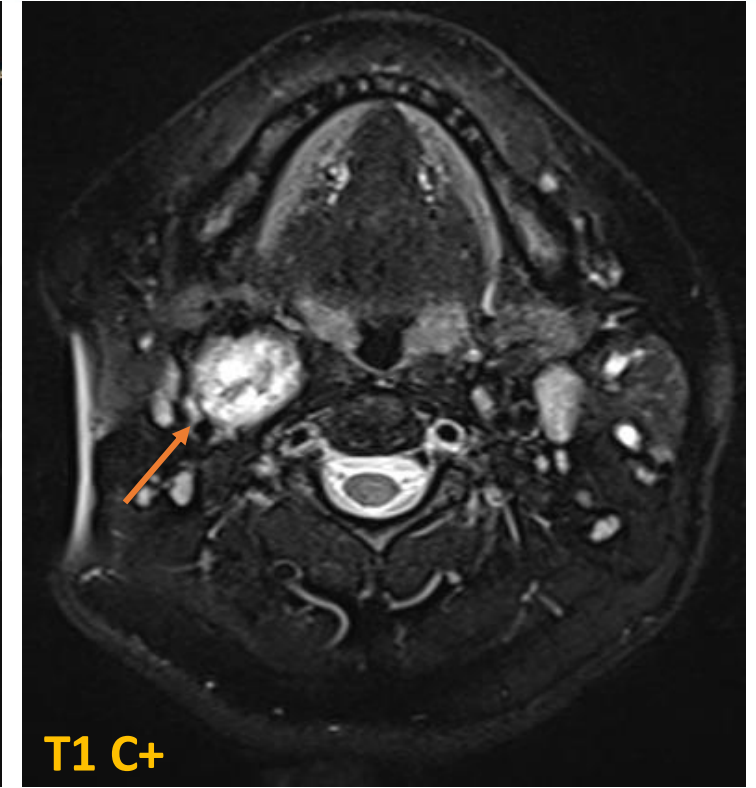
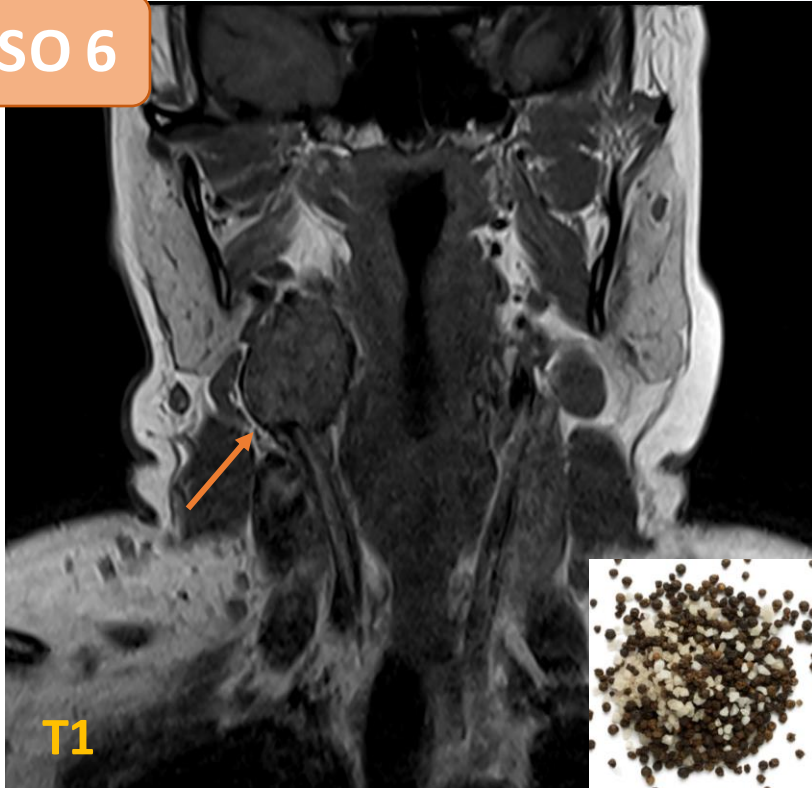


Fig. 20, 21 y 22: RM donde se observó **lesión** en post-bifurcación carotídea que se comportaba en las distintas secuencias:

- **T1**: aspecto de sal y pimienta (hiperintenso por microhemorragias e hipointenso por vacío de señal);
- **T2**: hiperintenso;
- **T1 C+**: realce intenso heterogéneo.

Dx: Paraganglioma carotídeo

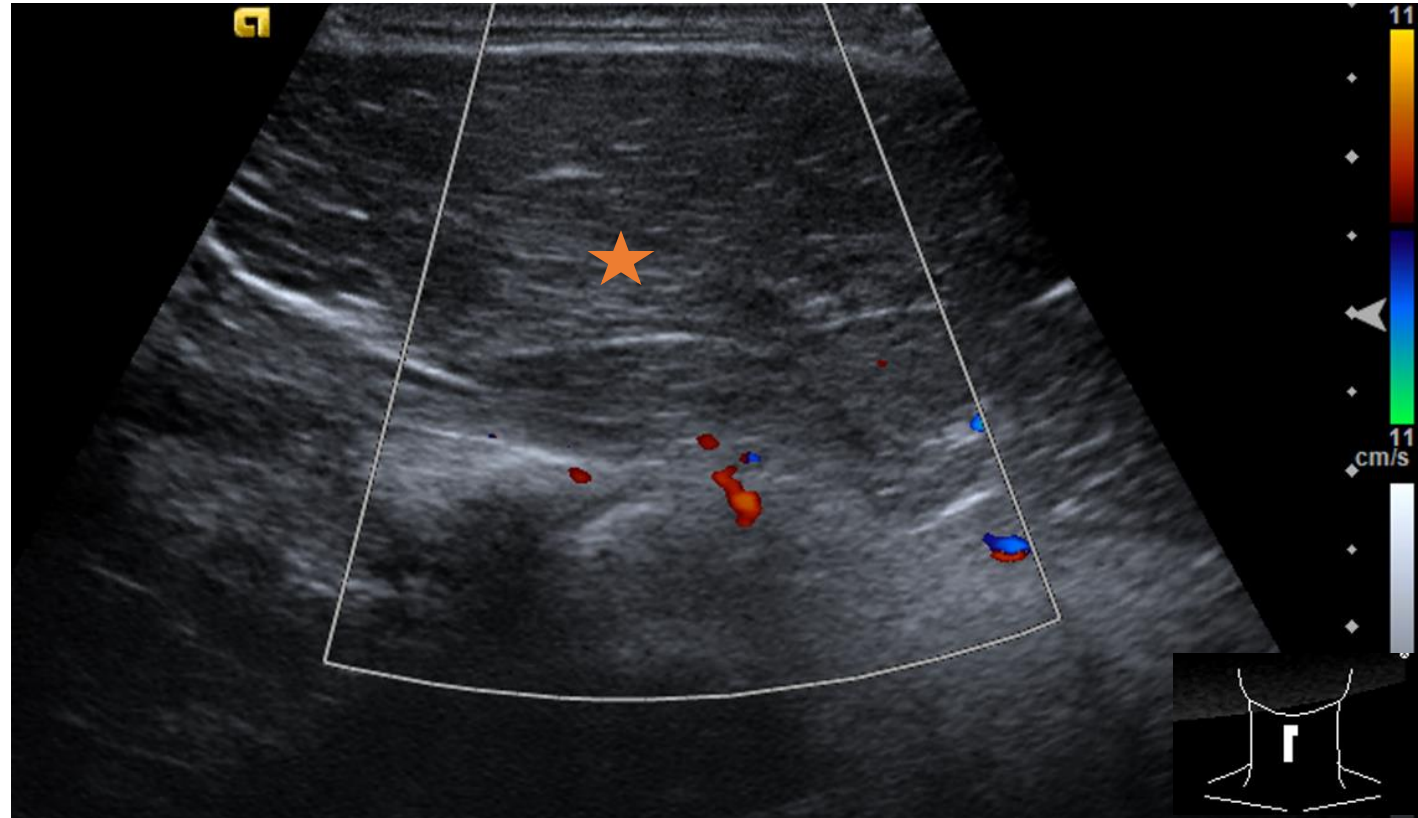
CASO 7

Lipoma

Fig. 23: Paciente que acudió por bultoma anterior cervical de meses de evolución.

En ecografía se observó **lesión** hipoecoica bien definida, sin Doppler, a nivel de la grasa subcutánea, sugestiva de tumoración de origen lipomatoso.

Se realizó RM para su caracterización.



CASO 7

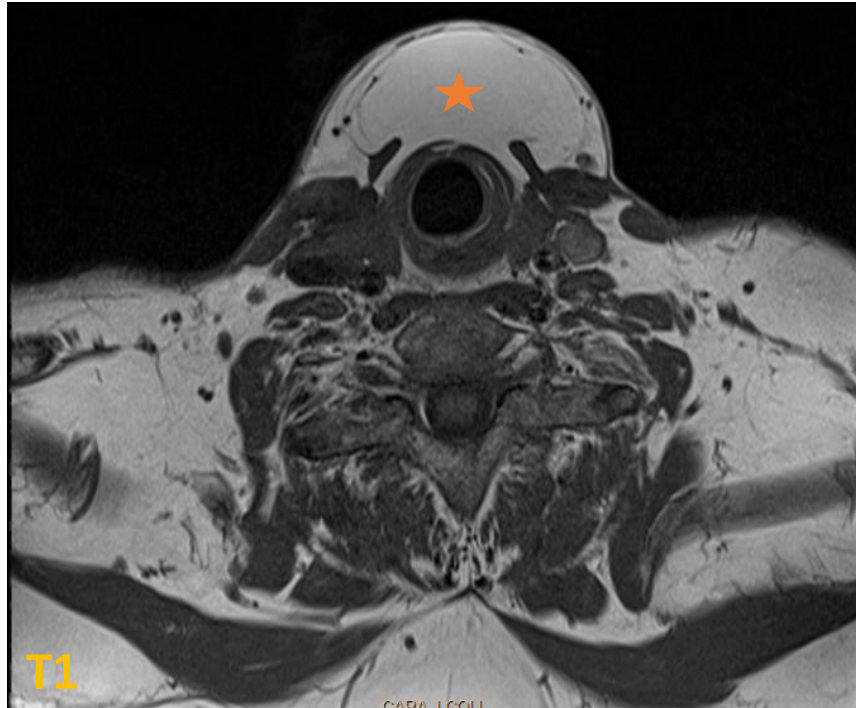


Fig. 24 y 25: RM donde se observó **tumoración** hiperintensa en T1 y T2, sugestiva de tumoración de origen lipomatoso.

Resultado AP: Lipoma

CASO 8

Tumores de glándulas salivares

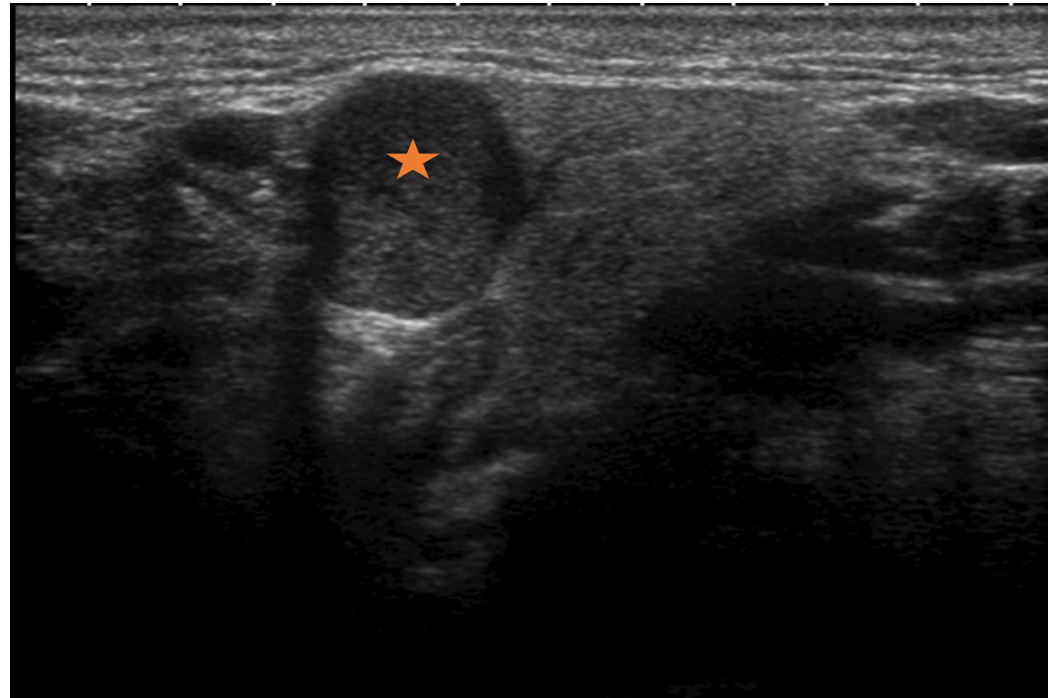


Fig. 26: Paciente con bultoma submaxilar derecho. En ecografía se observó una **lesión** nodular hipoeicoica y bien delimitada, sugestiva de tumoración primaria.

CASO 8



Fig. 27 y 28: RM donde se observó una **lesión** nodular en margen posteroinferior de la glándula submaxilar derecha, hipointensa en T1, hiperintensa en T2 y que realza tras la administración de contraste ev, sugestiva de tumor benigno (adenoma pleomorfo).

Resultado PAAF: Adenoma pleomorfo

CASO 9

Carcinoma escamoso

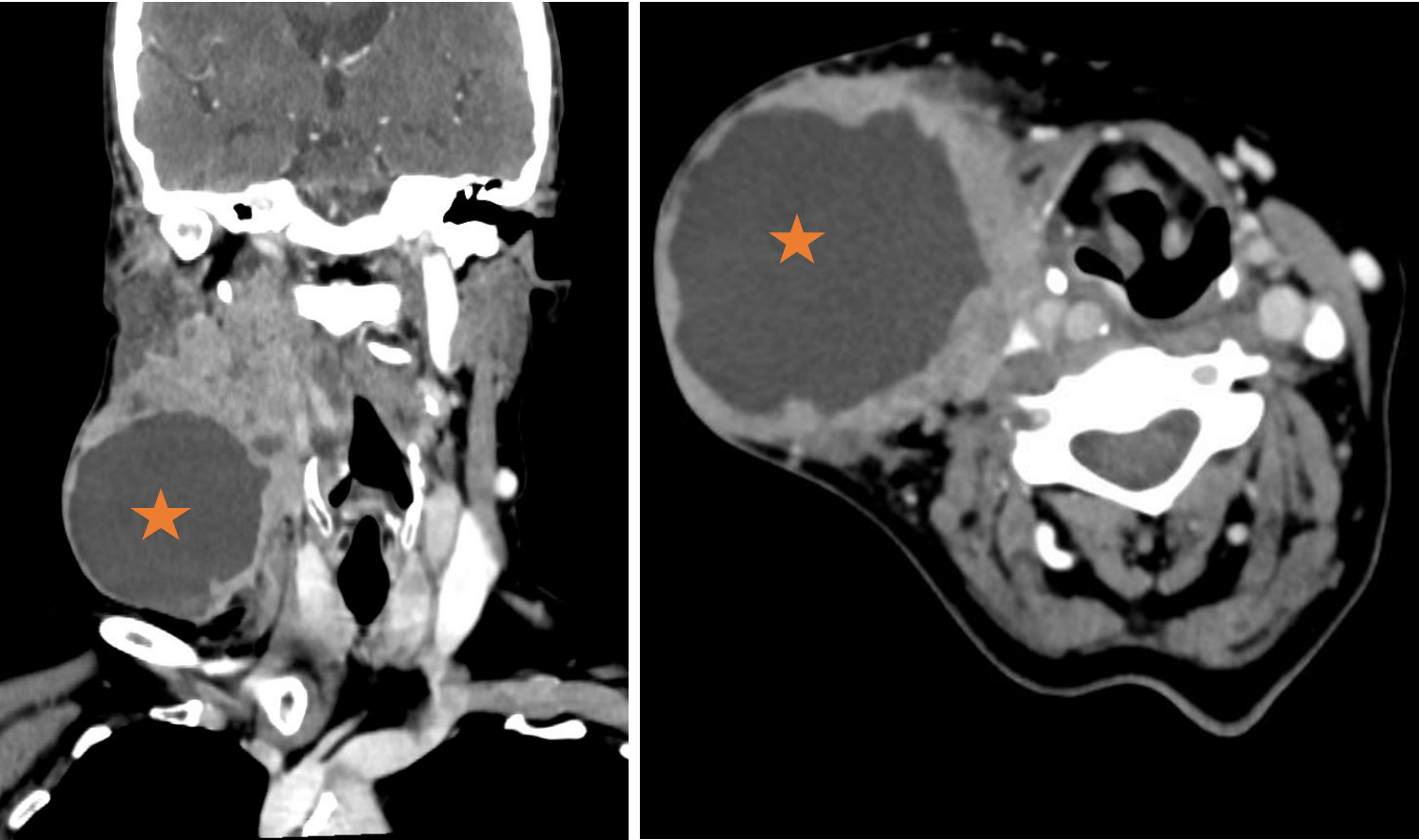


Fig. 29 y 30: Paciente que acudió a urgencias por bultoma submandibular derecho de 2 meses de evolución que aumentaba de tamaño progresivamente.

TC de cuello: **masa** laterocervical derecha, con centro hipodenso, y que invade estructuras vecinas, sugestiva de conglomerado adenopático con necrosis/abscesificación.

CASO 9

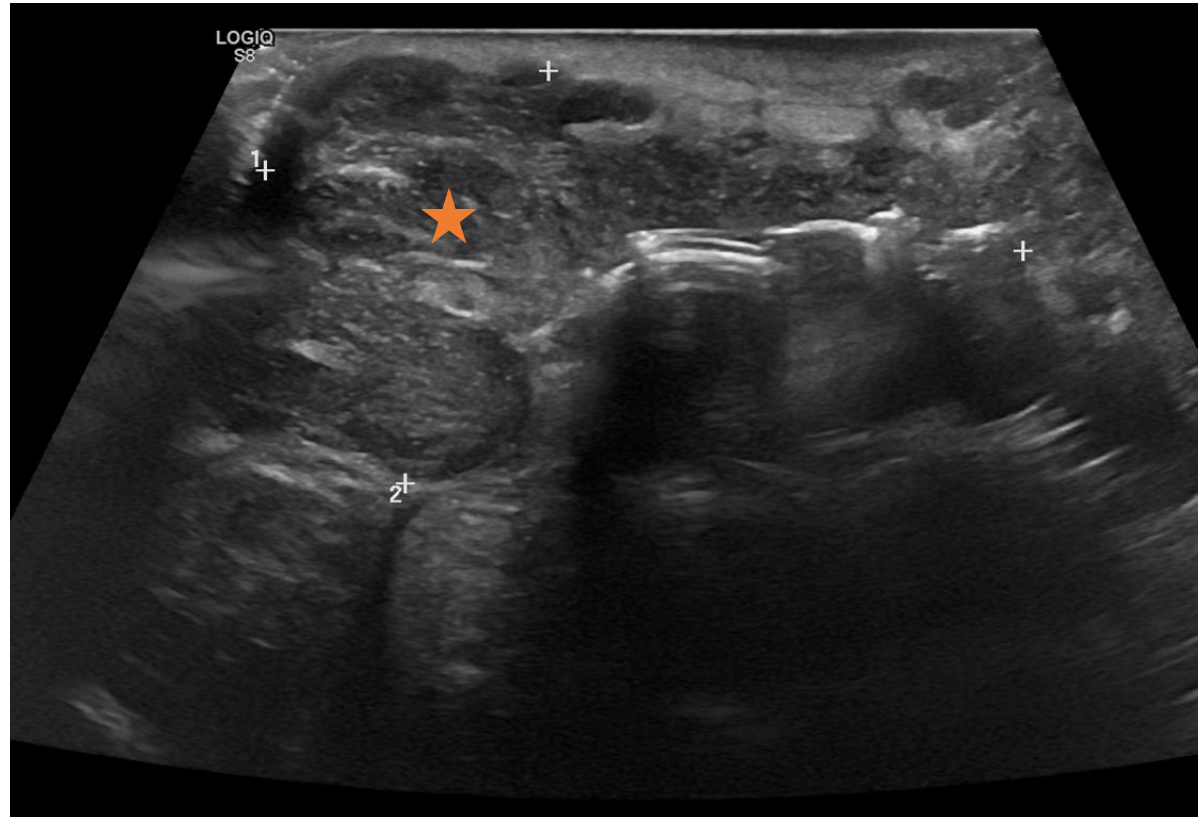


Fig. 31: Ecografía cervical donde se observó una **masa** heterogénea y mal delimitada. Se realizó una biopsia de aguja gruesa.

Resultado AP: Carcinoma escamoso

CASO 10

Anomalía venosa

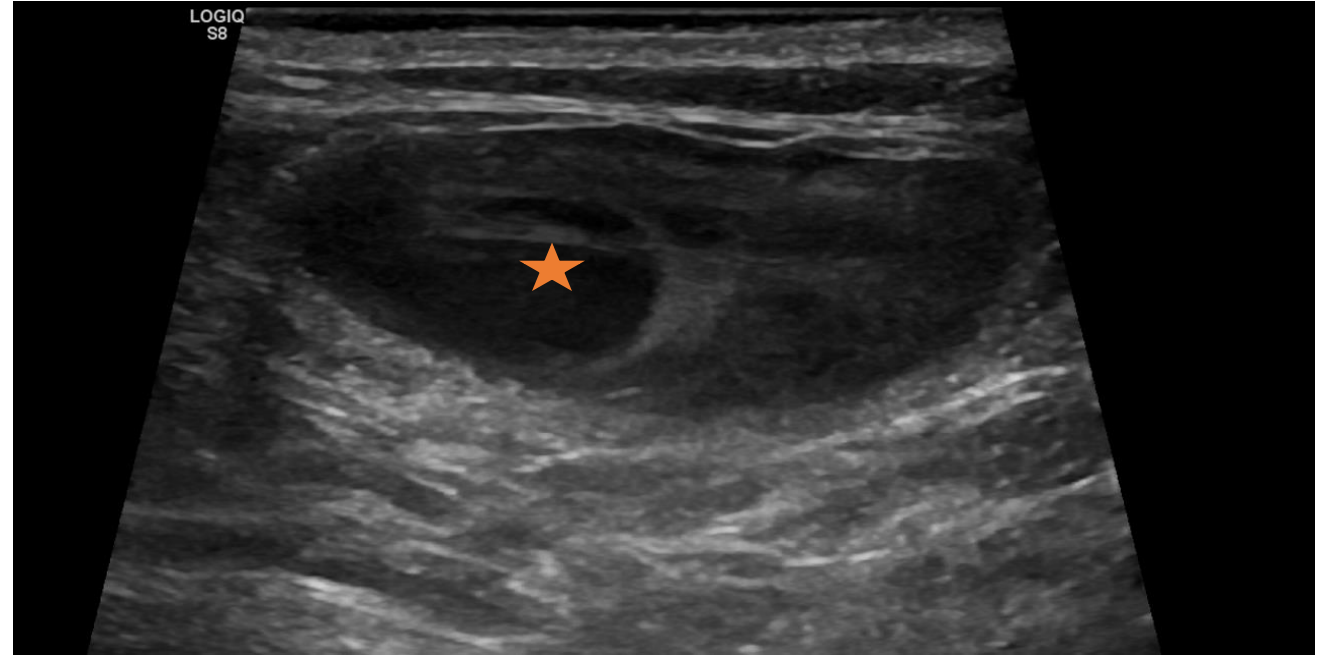
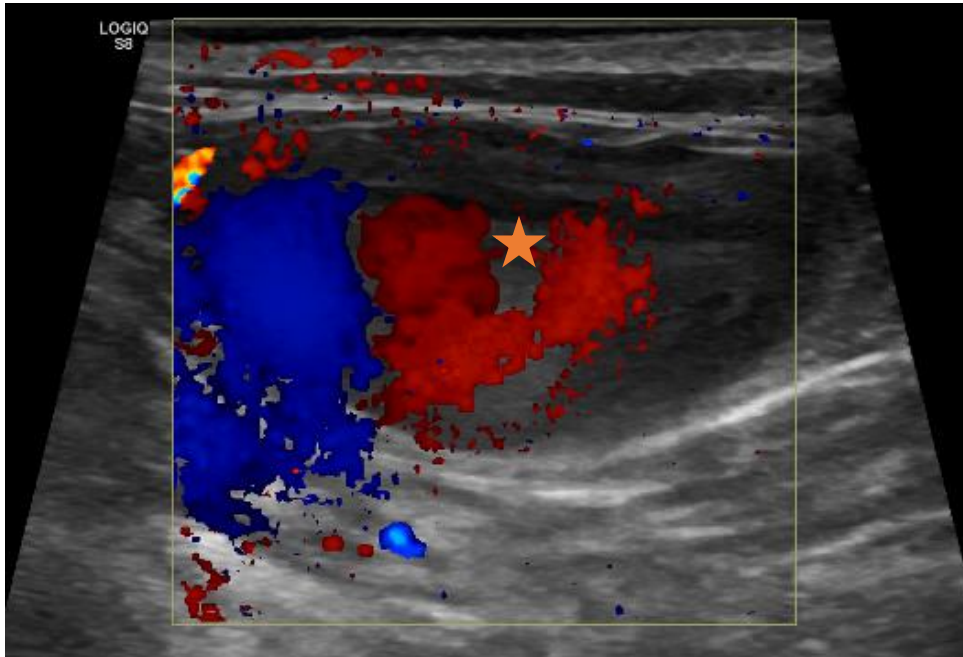


Fig. 32: Paciente que acudió por bultoma supraclavicular izquierdo.

En la ecografía cervical se observó una **imagen** ovalada, con ecogenicidad y turbulencia en su interior con señal Doppler, compatible con estructura venosa dependiente de la vena subclavia.

CASO 10

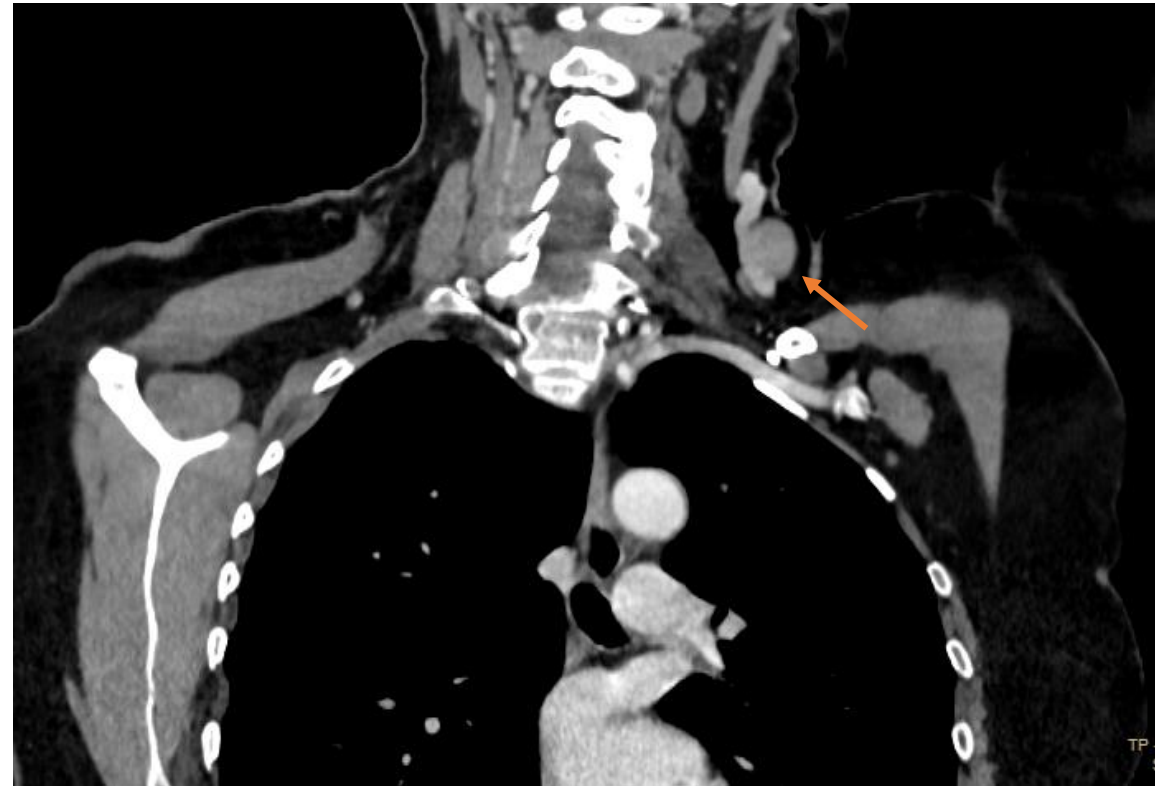


Fig. 33 y 34: En el TC torácico se observó dilatación aneurismática venosa de la vena yugular izquierda con desembocadura en la vena subclavia ipsilateral.

Dx: Aneurisma venoso

Conclusiones

La evaluación sistemática de las tumoraciones cervicales con datos clínicos/analíticos, en conjunto con la semiología radiológica y, a veces, el empleo de pruebas para el estudio anatómo-patológico, permite una aproximación más precisa al diagnóstico diferencial.

Conclusiones

La revisión de una serie de casos con diagnóstico confirmado proporciona a los residentes un recurso docente útil, facilitando la comprensión de los hallazgos radiológicos y su relación con diferentes entidades benignas o patológicas.

Referencias

1. Eisman Hidalgo M, Sanchez Olmedo E, Núñez Delgado Y, Izco Aso A. Adenopatías cervicales: características por imagen y diagnóstico diferencial. Póster presentado en: SERAM 2014. 32º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Radiología Médica; 22-25 de mayo de 2014; Oviedo, España. [citado 16 mar 2026]. Disponible en: <https://epos.myesr.org/poster/esr/seram2014/S-0192>
2. Vasquez Burbano DME, Anadon Gallardo DC, Moreno Ochoa DI, Alvarez Zozoya DA, Torres Soto DE, Rivera Pinillos DJ, Tejedor Sara DS, Abades Vazquez DJL. ¿Es una adenopatía? Diagnóstico diferencial ecográfico de tumores cervicales palpables para residentes. seram [Internet]. 26 de mayo de 2022 [citado 16 de marzo de 2026];1(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/9655>
3. Gonzalez Alvarado GA, Fernández Ferrando MJ, Aleman Navarro CM, Alcantara Zafra MDC. El A, B, C, de la evaluación ganglionar con Ultrasonidos. seram [Internet]. 22 de noviembre de 2018 [citado 16 de marzo de 2026];. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/306>
4. Hoang JK, Vanka J, Ludwig BJ, Glastonbury CM. Evaluation of cervical lymph nodes in head and neck cancer with CT and MRI: tips, traps, and a systematic approach. AJR Am J Roentgenol. 2013 Jan;200(1):W17-25. doi: 10.2214/AJR.12.8960. PMID: 23255768.
5. Mendoza Arnau I, Muñoz Parra F, Ortiz Cuevas C, Carrasco Chinchilla L. Adenopatías cervicales como primer signo de proceso neofornativo. Póster presentado en: SERAM 2014. 32º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Radiología Médica; 22-25 de mayo de 2014; Oviedo, España. [citado 16 mar 2026]. Disponible en: <https://epos.myesr.org/poster/esr/seram2014/S-0813/revisi%C3%B3n%20del%20tema>
6. Moujir Sánchez SA, Riol Sancho SD, Hernández Ponce SJA, Ivanytska SO, , . Adenopatías cervicales en el paciente pediátrico. seram [Internet]. 18 de mayo de 2021 [citado 16 de marzo de 2026];1(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4388>