

AULA: NÓDULOS E MASSAS CERVICAIS

PROFESSOR: Luis Carlos Conti de Freitas

TRANSCRIÇÃO: Luís Felipe Visconde

EDIÇÃO: Sara Caixeta

INTRODUÇÃO

→ Discorreremos sobre os aspectos mais relevantes sobre:

- Nódulos cervicais na criança
- Nódulos de origem hematopoiética
- Metástases cervicais
- Abscessos cervicais
- Lesões de glândulas salivares
- Nódulos de origem endócrina
- Lesões de origem vascular
- Tumores de partes moles do pescoço

→ Nódulos, por definição, são lesões que apresentam tamanho igual ou menor a 3 cm. Acima disso, já damos a denominação de “massa” cervical.

VARIAÇÕES ANATÔMICAS

→ Existem diversas variações anatômicas que podem, à palpação cervical, falsear um nódulo e levar o examinador a um exame falso positivo, tais como:

- Bulbo carotídeo proeminente (que pode ser palpável, principalmente em pacientes emagrecidos);
- Glândulas salivares assimétricas (se uma glândula é maior do que a outra, o examinador pode achar que isso simboliza um nódulo);
- Em indivíduos muito emagrecidos, pode ser possível palpar-se o processo transversal de vértebras cervicais, que mimetiza um nódulo cervical;
- Presença de costela cervical (que pode mimetizar uma massa cervical supraclavicular).

NÓDULOS CERVICAIS NA CRIANÇA

→ A presença de nódulos cervicais em criança é um achado muito frequentemente, mas a maioria deles (80 a 90%) são benignos, de evolução autolimitada e respondem, a curto prazo, com antibioticoterapia (quando esta é necessária).

→ Os nódulos congênitos (cistos do ducto tireoglosso e cistos branquiais) também são frequentes nessa faixa etária.

→ Alguns, são neoplasias benignas e, muito raramente, são neoplasias malignas.

→ O diagnóstico diferencial de cada um desses quadros inicia-se por uma boa história clínica e exame físico. Nestes, devemos investigar, sobretudo, os seguintes aspectos:

→ **A DURAÇÃO DA QUEIXA** (quanto ao tempo que o paciente percebeu a presença do

nódulo/massa):

- Lesões presentes desde o nascimento ou são benignas ou são congênitas;
- Malformações vasculares geralmente estão presentes desde o nascimento e tendem a crescer com o desenvolvimento da criança;
- Os hemangiomas desenvolvem-se logo após o nascimento e têm uma fase de crescimento rápido, e depois uma fase de involução;
- Nódulos de surgimento e crescimento rápido tendem a ser de origem inflamatória.

→ **PRESENÇA DE SINTOMAS GERAIS** (sintomas reacionais)

- Febre e desconforto falam a favor de infecção (nódulos reacionais)
- Infecção de via aérea superior recente, com sintomas típicos (coriza, odinofagia) falam a favor de linfadenopatia.
- Sintomas como mal-estar, febre e perda de peso sugerem malignidade.

→ **EXPOSIÇÃO E CONTATO COM:**

- Gatos (ou fezes de gato) – para investigar toxoplasmose
- Animais selvagens
- Carrapatos
- Outras crianças ou familiares doentes
- Viagem ao exterior

→ **DETERMINAR A LOCALIZAÇÃO DO NÓDULO:**

- Nódulos de linha média normalmente são cistos dermóides ou cistos do ducto tireoglosso
- Massas mais laterais são comumente reacionais ou cistos branquiais

→ **CONSISTÊNCIA E RELAÇÃO COM AS DEMAIS ESTRUTURAS:**

- Nódulos elásticos e múltiplos normalmente são benignos, típicos de linfadenopatia reacional
- Massas irregulares, duras, fixas a estruturas adjacentes, podem significar malignidade.
- No geral, nódulos cervicais de até 1 cm são considerados normais.

→ Com essas informações, podemos classificar os nódulos/massas cervicais em crianças em três grandes categorias:

- 1) **Congênito**
- 2) **Inflamatório**
- 3) **Neoplásico**

→ O exame físico pode ser complementado por

- **Exames laboratoriais**, como hemogramas e sorologias (Epstein-Barr, Citomegalovírus, HIV, Toxoplasmose e outros).
- **Exames de imagem**, como a US (para nódulos afebris), TC (lesões profundas do pescoço, que podem ser um abscesso cervical) e RM (fica restrita a lesões vasculares).

QUANDO INDICAR A BIÓPSIA DE UM NÓDULO/MASSA CERVICAL EM CRIANÇA?

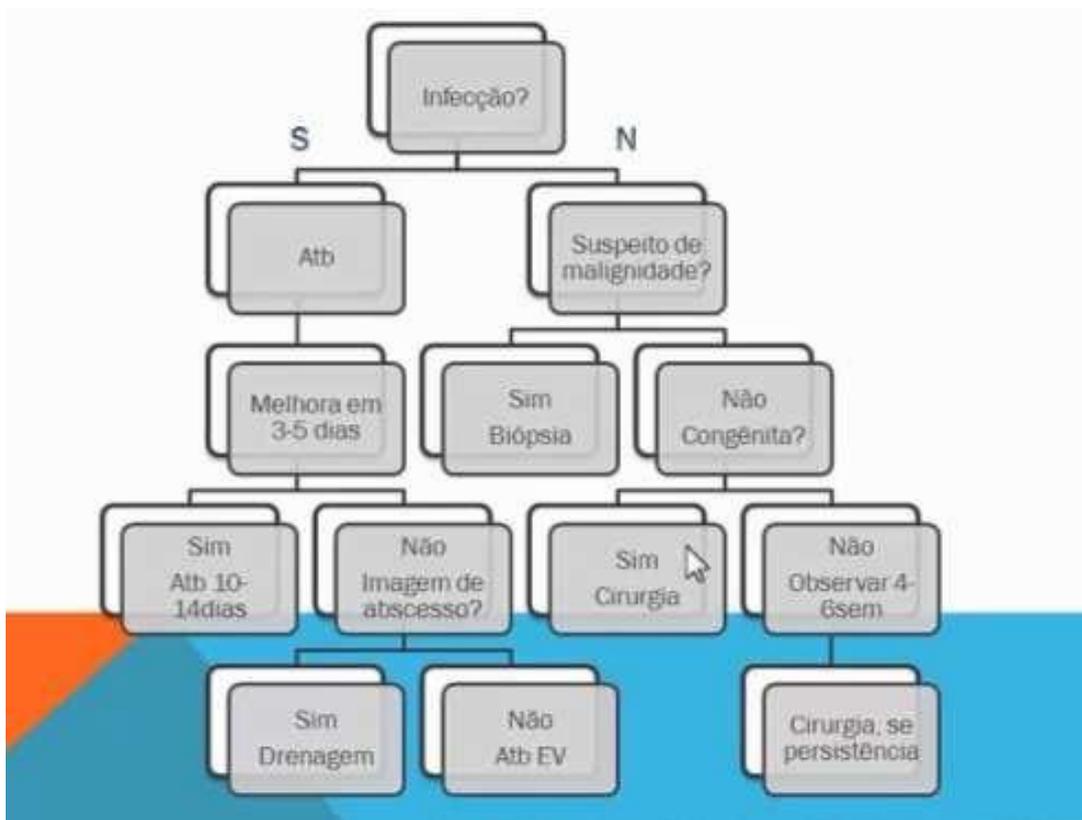
→ Quando:

- A lesão for endurecida ou firme

- Massas fixas
- Massas localizadas na região supraclavicular
- Massa com crescimento progressivo dentro de 2 semanas
- Houver falha após tratamento com antibióticos
- Há uma linfadenomegalia sem redução por mais de 6 semanas.

MANEJO DE UM NÓDULO CERVICAL ÚNICO

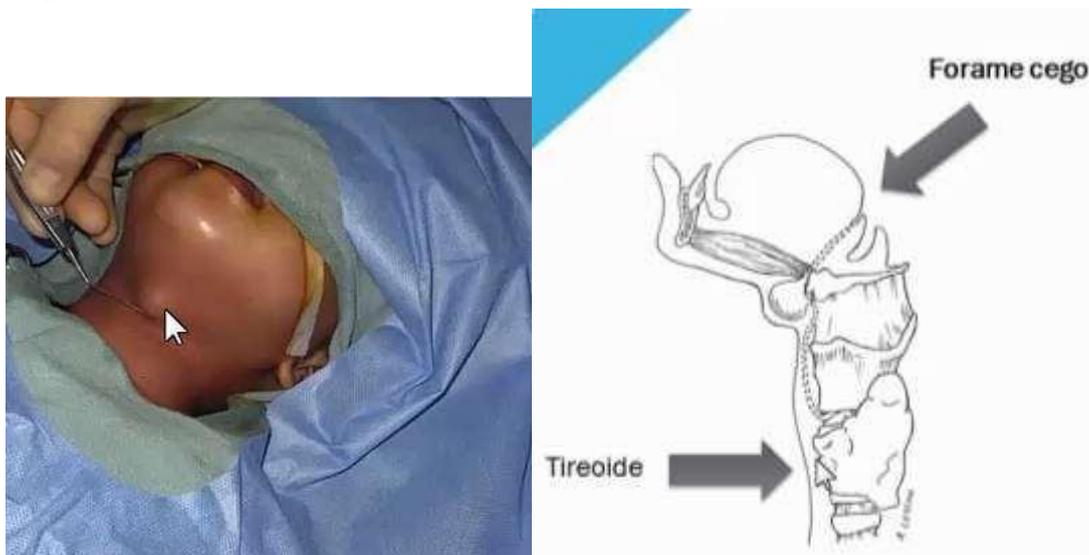
- Definir se é um nódulo infeccioso ou não. Se for infeccioso, pode-se iniciar antibioticoterapia empírica. Se for de fato infeccioso, espera-se uma melhora dentro de 3 a 5 dias. Nesses casos, o ideal é manter o tratamento até 10 a 14 dias.
- Se é infeccioso, mas não houve melhora nos primeiros dias com a antibioticoterapia, pode ser que tenha se desenvolvido um abscesso no pescoço. Nesse caso, o ideal é fazer um exame de imagem (TC) para confirmar. Se houver, de fato, um abscesso, ele precisa ser drenado. Se não houver abscesso, o paciente deve ser internado para antibioticoterapia endovenosa.
- Se definirmos que não é infeccioso, precisa-se analisar se existe suspeita de malignidade. Se houver, o nódulo deve ser biopsiado. Se não houver essa suspeita, é provável que seja uma causa congênita, e deve-se fazer uma ultrassonografia para confirmar essa possibilidade.
- Se a lesão congênita for confirmada, encaminhamos o paciente para sua remoção cirúrgica.
- Se, ao US, surgir suspeita de malignidade, observa-se a progressão da lesão nas próximas 4 a 6 semanas. Se ela persistir (ou aumentar) a remoção cirúrgica é indicada.
- Todos esses passos estão resumidos no diagrama a seguir:



EXEMPLOS DE PATOLOGIAS QUE CURSAM COM NÓDULOS NA INFÂNCIA:

CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO

- Cisto da linha média, de origem congênita;
- O ducto tireoglossso é formado a partir da migração das células da faringe primitiva para a formação da tireóide.
- Durante essa migração, pode persistir, no caminho, um ducto com uma luz. Se esse ducto produzir uma secreção, esta pode se acumular na sua luz, originando um cisto.



- A sua correção é por remoção cirúrgica (é imprescindível que se retire não apenas o cisto, mas também todo o ducto, desde o cisto até a base da língua, na sua origem no forame cego).
- Uma das complicações frequentes são infecções desse cisto, como mostrado na imagem abaixo (por vezes, pode ocorrer uma fistulização do seu conteúdo para pele). Por essas complicações, é indicado sua remoção cirúrgica.



CISTOS BRANQUIAIS

- São cistos que se forma nas laterais da face, abaixo do pavilhão auricular;
- Podem ser grandes, mas, normalmente, não tem características inflamatórias;



LINFANGIOMA (ou HIGROMA CÍSTICO)

- São cistos grandes, originados a partir de uma malformação linfática;
- Podem ser observados desde o nascimento;



NÓDULOS CERVICAIS DE ORIGEM HEMATOPOIÉTICA

- O pescoço pode conter de 300 a 600 linfonodos (o que pode significar até 40% dos linfonodos de um indivíduo)
- Assim, alguns tumores de origem hematopoiética, sobretudo os linfomas podem se manifestar na região cervical (5% dos nódulos malignos do pescoço são linfomas).
- Os linfomas podem ser classificados em dois grandes grupos, que apresentam peculiaridades clínicas e morfológicas distintas:

→ LINFOMAS HODGKINS:

- Acomete uma única cadeia de linfonodos;
- Não há acometimento extranodal, normalmente fica restrito ao nódulo;
- É pouco agressivo;
- Tem presença de “sintomas B” (febre, sudorese noturna, etc).

→ LINFOMAS NÃO HODGKINS

- Acomete múltiplas cadeias de linfonodos cervicais;
- Normalmente não fica restrito ao nódulo, gerando acometimento extra-nodal, como por exemplo, do Anel de Weldeyer (que pode ser acometido em até 30% dos linfomas Não- Hodgkins);
- Tem comportamento mais agressivo;
- Não manifesta “sintomas B”.

→ O diagnóstico depende:

- De uma história clínica e exame físico bem feito;
- De exames de imagem, como TC, RM e US (que pode ser usada até para o diagnóstico, para guiar a agulha fina para punção aspirativa – PAAF);
- Da análise citológica (pode ser feita pela PAAF, mas o padrão ouro para o diagnóstico de linfomas é a biópsia). A biópsia pode ser excisional (em que há remoção por completo da massa) ou incisional (quando a massa é muito grande e, nesses casos, não é necessário remover toda a massa, e sim uma parte dela).



→ Apesar de útil ao diagnóstico, a PAAF tem certas limitações e desvantagens:

- Ela não permite análise da arquitetura do nódulo;
- Impossibilita definição do subtipo histológico do linfoma;
- Dificulta a distinção entre linfonodo reacional e alguns tipos de linfoma;
- Dificulta o diagnóstico do Linfoma de Hodgkin, que requer a identificação da célula de Reed- Sternberg.

→ Por isso, a biópsia ainda é a melhor opção para o diagnóstico de lesões. É importante lembrar que a biópsia não é isenta de riscos, ela pode trazer:

- Lesão de nervo (p.ex: nervo acessório);
- Pode haver lesão de ducto torácico (isso gera um fluido leitoso no nódulo supraclavicular esquerdo);
- A dissecação posterior da carótida durante a biópsia pode lesar o gânglio estrelado (levando à Sd. de Horner);
- Pode ocorrer pneumotórax (devemos suspeitar disso quando, ao realizar manobra de valsava no paciente, nota-se um borbulhamento do sítio cirúrgico).

→ O tecido extraído na biópsia para o diagnóstico de linfoma deve ser enviado a fresco e não em formol.

METÁSTASES CERVICAIS

→ A localização da metástase cervical é de muita importância. Por isso, existe uma classificação que divide o pescoço em 6 níveis:

Nível 1: formado pelas cadeias submentoninas e submandibular

Nível 2: cadeia júgular-carotídea alta

Nível 3: cadeia júgular-carotídea média

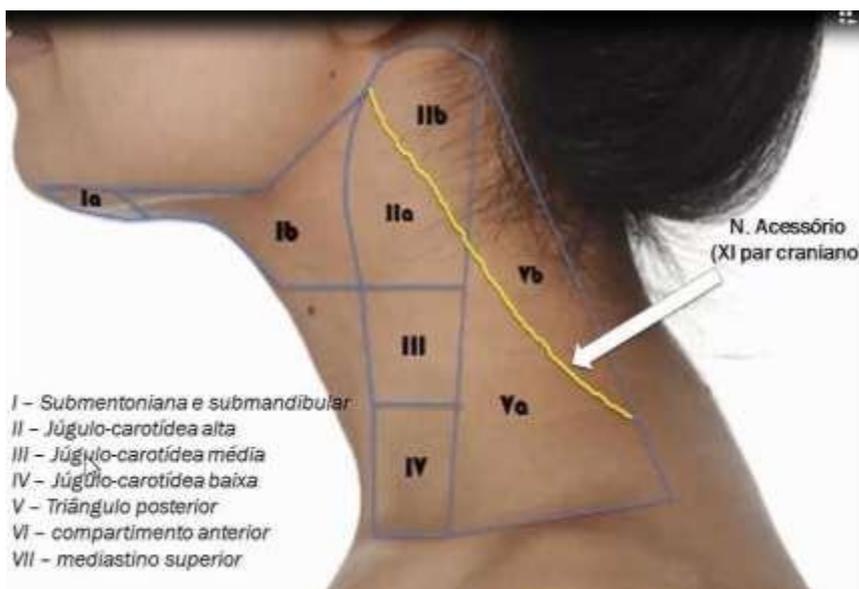
Nível 4: cadeia júgular-carotídea baixa

Nível 5: triângulo posterior

Nível 6: compartimento anterior do pescoço (não representado na figura abaixo).

Nível 7: mediastino posterior

- O nervo acessório (XI par craniano) subdivide o nível 2 e o 5 (triângulo posterior) em “a” e “b”.



- As metástases cervicais são, em sua grande maioria, originárias de sítios primários do próprio pescoço ou região da cabeça e pescoço (é muito mais raro ocorrer metástases cervicais provenientes de sítios primários à distância).
- Os cânceres de cabeça e pescoço, que frequentemente originam metástases cervicais, compreendem os tumores que atingem:
 - Cavidade oral
 - Faringe
 - Laringe
 - Seios paranasais
 - Cavidade Nasal
 - Glândulas salivares
- Se somarmos a incidência de todos esses tipos de tumores, o câncer de cabeça e pescoço aparece como o segundo mais frequente em homens, ficando atrás, somente, do câncer de próstata.
- Segundo o INCA, para 2014, estimava-se um total de mais de 18 mil casos novos de câncer de cavidade oral e laringe no Brasil.

RISCO DE METÁSTASE CERVICAL EM CÂNCERES DE CABEÇA E PESCOÇO

- O risco de metástase cervical em cânceres de cabeça e pescoço aumenta à medida que se progride dos lábios para a orofaringe, de modo que o risco de metástase cervical em tumores de lábio é baixo. Em tumores de cavidade oral, esse risco é médio. Já em tumores de orofaringe, ele é alto.
- Quando se trata da laringe, os tumores mais localizados na linha média (próximos às cordas vocais) tem risco mais baixo de originarem metástases cervicais. Já tumores do muro ariepiglótico têm risco médio e tumores da faringe e parede de faringe tem risco alto de originar tais metástases (muitas vezes, o diagnóstico do tumor é feito pela metástase cervical).

MANEJO DE METÁSTASES CERVICAIS

- Se o paciente tem um estadio de tumor do N1, N2 ou N3 (isto é, se já existe uma metástase cervical), o tratamento é o esvaziamento radical.
- O esvaziamento radical clássico retira linfonodos das cadeias I a V, músculo esternocleidomastoideo, veia jugular interna e nervo acessório. Esse esvaziamento é realizado em casos de lesões e nódulos grandes.
- Existem outras modalidades de esvaziamento radical que são modificações do clássico. São usados em lesões e nódulos menores, e buscam preservar estruturas nobres como o m. esternocleidomastoideo, a v. jugular interna e n. acessório.
- Se o paciente não tem metástase cervical (estádio N0), mas tem risco de apresentar uma, o tratamento é feito por esvaziamentos seletivos, tais como:
 - Suprahioideo (esvazia cadeias I, II e III)
 - Lateral (II, III e IV)
 - Anterior (nível VI)
 - Posterolateral (esvazia as cadeias II a V, além das cadeias auricular posterior e suboccipital)

ABCESSOS CERVICAIS

→ Normalmente têm origem no trato aerodigestivo. A grande maioria é proveniente de abscessos odontogênicos, mas outras lesões podem evoluir para um abscesso, tais como:

- Infecções de orofaringe (p.ex: amigdalites)
- Linfadenites
- Manipulação cirúrgica
- Sinusites
- Mastoidites
- Infecções de pele
- Cistos congênitos infectados

→ Anatomicamente, a face e o pescoço são formados por um complexo de fâscias e aponeuroses, que determinam a formação de espaços no pescoço, tais como: Espaço parafaríngeo, submandibular e sublingual, visceral anterior, retrofaríngeo, mastigatório, parotídeo, pré-vertebral (também conhecido por “espaço perigoso”, pois quando infectado, pode permitir que a infecção se dissemine até o mediastino, gerando uma mediastinite) e carotídeo.

DIAGNÓSTICO

→ A história clínica é fundamental para o diagnóstico, pois de acordo com os achados clínicos é possível inferir qual é o espaço acometido:

- a) Secreção nasal purulenta = sugere abscesso provindo linfadenopatia retrofaríngea
- b) Desvio da úvula = sugere acometimento do espaço peritonsilar
- c) Abscessos dentários funcionam como fonte odontogênica = podem se associar a abscessos cervicais
- d) Desvio posterior da língua, com comprometimento da via aérea = sugere acometimento do espaço sublingual (angina de Ludwig)
- e) Edema unilateral da faringe = sugere acometimento do espaço parafaríngeo
- f) Sintomas neurológicos = sugerem extensão intracraniana
- g) Dispneia ou estridor = sugere acometimento do espaço visceral (é importante garantir uma via aérea para o paciente)

TRATAMENTO

→ Pode ser realizado por:

- **Antibióticoterapia** (fatores como: possível imunodepressão do paciente, quadros de infecção grave, como a fascíte necrotizante, e o tipo de germe – se é da comunidade ou hospitalar – devem ser considerados na hora de tomar essa decisão).

- **Cirurgia é indicada quando:**

- Identifica-se o abscesso ao exame de imagem
- Observa-se ar no interior do abscesso ao exame de imagem
- A lesão ameaça a via aérea

- Há falta de resposta à antibioticoterapia por 48 a 72h.
- A drenagem pode ser feita por punção percutânea, mas esta só é indicada em lesões menores, pequenas e pouco extensas.
- Outras modalidades cirúrgicas de drenagem envolvem a drenagem transoral, cervicotomia transversa e a incisão pré-auricular.

COMPLICAÇÕES DAS INFECÇÕES CERVICAIS

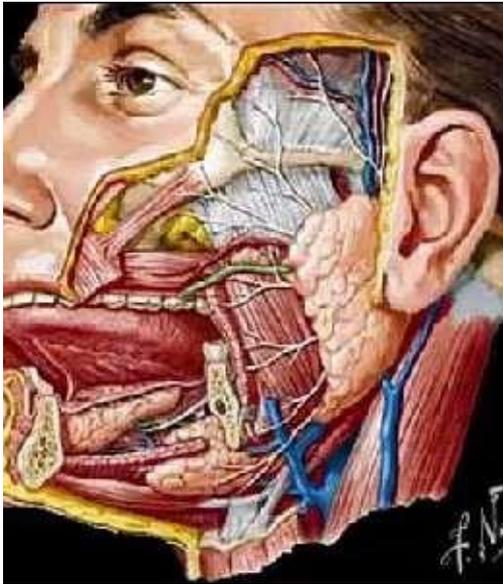
- Síndrome de Lemiere (situação grave, que cursa com septicemia e trombose da veia jugular)
- Trombose do seio cavernoso
- Pseudoaneurisma de carótida
- Mediastinite (que tem uma taxa de óbito em torno de 30 a 40%)
- Fasceíte necrotizante

LESÕES DE GLÂNDULAS SALIVARES

- As lesões de glândulas salivares são, em sua maioria (85%), não neoplásicas. Dentre essas, destacamos as sialoadenites (inflamações das glândulas salivares, que perfazem 83% dos casos) e as mucocelos (extravasamento da saliva por mau funcionamento do ducto) e sialolitíase (formação de cálculos no interior das glândulas salivares)
- No caso das lesões neoplásicas, predominam as benignas, como os adenomas pleomórficos. As lesões malignas, como o carcinoma mucoepidermóide, são menos frequentes.
- Clinicamente, essas lesões tendem a se apresentar como abaulamentos em região de projeção da glândula salivar acometida (parótida, submandibular ou sublingual).

INVESTIGAÇÃO E PROPEDÊUTICA DOS NÓDULOS DE GLÂNDULAS SALIVARES

- Na **ANAMNESE** avaliar:
 - Presença de sinais agudos de infecção (que podem ser determinantes para o diagnóstico de sialoadenites agudos)
 - Presença de sinais de cronicidade, que falam a favor de sialoadenites crônicas, neoplasias ou mucocelos.
- **EXAMES DE IMAGEM** podem ser úteis para auxiliar na definição da topografia da lesão, confirmando se a lesão é, de fato, em glândula salivar. Um exame útil e pouco invasivo é o US.
- A **PAAF** (punção aspirativa por agulha fina) é utilizada para a confirmação diagnóstica da natureza da lesão. A biópsia incisional não é indicada para abordagem de glândulas salivares. Lembre-se que a parótida é atravessada por uma série de ramos do nervo facial. Uma biópsia incisional sem a identificação prévia desses nervos pode levar a lesões neurológicas com sequelas funcionais e estéticas da face:



→ Existem 3 pares de glândulas salivares maiores:

- Parótidas
- Submandibulares
- Sublinguais

→ Além disso, existem de 600 a 1000 glândulas salivares menores, distribuídas de forma difusa por vários pontos da cavidade oral e nasal (boca, faringe, seios paranasais)

MUCOCELES:

→ As mucocèles de glândula salivar sublingual podem se manifestar como abaulamentos e nódulos cervicais:



→ A mucocèle de glândula salivar sublingual, também conhecida por rânucla (pelo seu aspecto semelhante ao ventre de uma rã, como na imagem) é uma apresentação possível das mucocèles.

→ Eventualmente, a rânucla pode crescer e atravessar o assoalho da boca, formado pelo músculo milo- hioideo e se tornar mergulhante (“rânucla mergulhante”). Nesses casos, o paciente também se apresenta com um abaulamento em região cervical.

→ O tratamento das rânulas mergulhantes é a excisão cirúrgica



SIALOADENITES

→ Outra causa de nódulos e abaulamentos de glândula salivar são as sialoadenites (principalmente a sialoadenite crônica, que leva a um endurecimento da glândula à palpação). É comum a formação de cálculos (sialolítase) no interior dos ductos das glândulas salivares associados às sialoadenites.



NEOPLASIAS DE GLÂNDULAS SALIVARES

→ Em termos de prevalência, as glândulas salivares sublinguais são as que têm menor incidência de nódulos, já as parótidas são as que mais frequentemente apresentam nódulos (as submandibulares tem uma frequência intermediária).



- Apesar disso, o risco de malignidade é o menor para os nódulos da parótida e é maior para a glândula sublingual (as lesões em glândula submandibular tem risco moderado de malignidade).

NÓDULOS DE ORIGEM ENDÓCRINA

- Os nódulos de origem endócrina são aqueles que se originam na glândula tireóide e paratireoide.
- Estudos clássicos mostram que a prevalência de nódulos tireoidianos à palpação chega de 3 a 4% da população.
- Essa prevalência aumenta muito quando se faz a investigação dos nódulos pela ultrassonografia, atingindo valores superiores a 30% da população.
- Outro fator complicador no manejo dos nódulos tireoidianos é fato de muitos deles (chegando a mais de 5% dos pacientes) apresentarem neoplasia maligna na glândula tireóide apesar de nunca desenvolverem a doença.

INVESTIGAÇÃO DO CÂNCER DE TIREÓIDE:

- A investigação diagnóstica começa com uma boa história clínica, na qual devemos averiguar:
 - Se o paciente tem histórico de irradiação prévia
 - Se o paciente tem histórico de câncer na família
 - Apresenta nódulo de crescimento rápido
- No exame físico, devemos atentar para alguns sinais, tais como:
 - Rouquidão, nódulo fixo ou linfadenopatia, os quais falam a favor de um nódulo maligno
 - É importante ressaltar que a ausência de sintomas não afasta a possibilidade de lesão maligna.

EPIDEMIOLOGIA DOS NÓDULOS DE TIREÓIDE

- 40% dos pacientes com nódulos tireoidianos são assintomáticos e têm baixa chance de malignidade (menos de 10% são malignos)
- 40% dos pacientes com nódulos, no entanto, apresentam achados clínicos e fatores de risco de malignidade (sexo masculino, tem menos de 20 anos ou mais de 60, tem histórico de irradiação prévia, o nódulo tem fixação duvidosa e/ou é maior que 4 cm, e o nódulo é parcialmente cístico). Nesses casos, a chance de malignização é moderada, em torno de 15%
- 20% dos pacientes com nódulos tireoidianos apresentam achados muito sugestivos de malignidade (nódulo de crescimento rápido, de consistência firme e fixo a outras estruturas, paralisia de corda vocal e linfonodos regionais aumentados). Nesses, a chance de malignidade é alta, em torno de 70%.

ULTRASSONOGRAFIA

- O U.S é um exame que fornece uma série de características sobre o nódulo que podem nos orientar sobre a possibilidade de malignidade, tais como:
 - Dimensão
 - Multicentricidade

- Ecogenicidade (nódulos hipoeecóicos têm maior chance de malignidade)
- Presença de componente cístico
- Calcificações (presença de microcalcificações fala a favor de malignidade)
- Margens (se são regulares ou irregulares)
- Presença ou não de halo
- Padrão de vascularização (padrão de vascularização central está mais associado a neoplasias malignas, enquanto que o padrão periférico está mais associado às benignas).

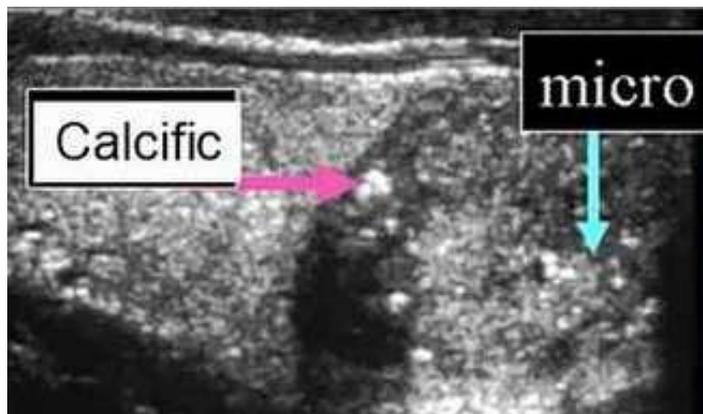


Imagem: U.S mostrando calcificações e microcalcificações no nódulo.

→ Cada um desses achados ao U.S apresenta uma sensibilidade e especificidade própria para neoplasias malignas:

Caract. ultrassonográfica	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)
Microcalcificações	45	85
Ausência de halo	66	46
Margens Irregulares	64	77
Hipoeogenicidade	80	45
Fluxo intranodular aumentada	67	81

→ A associação de algumas dessas características ultrassonográficas pode ser altamente específica para o diagnóstico de neoplasia maligna de tireóide.

ASSOCIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA	SENSIBILIDADE	ESPECIFICIDADE
Microcalcificação + Margens irregulares	30%	95%
Microcalcificação hipoeogenicidade	28%	95%

DIAGNÓSTICO E PUNÇÃO

→ As características clínicas e ultrassonográficas são importantes para se definir quais nódulos devem ser puncionados. Isso é importante por que o número de pacientes com nódulos é grande, podendo chegar a 30%, então precisamos de critérios para dizer

qual deles deve ser investigado por punção.

QUANDO INDICAR A PUNÇÃO?

Pacientes com nódulos únicos:

→ Puncionar todo nódulo maior que 1cm

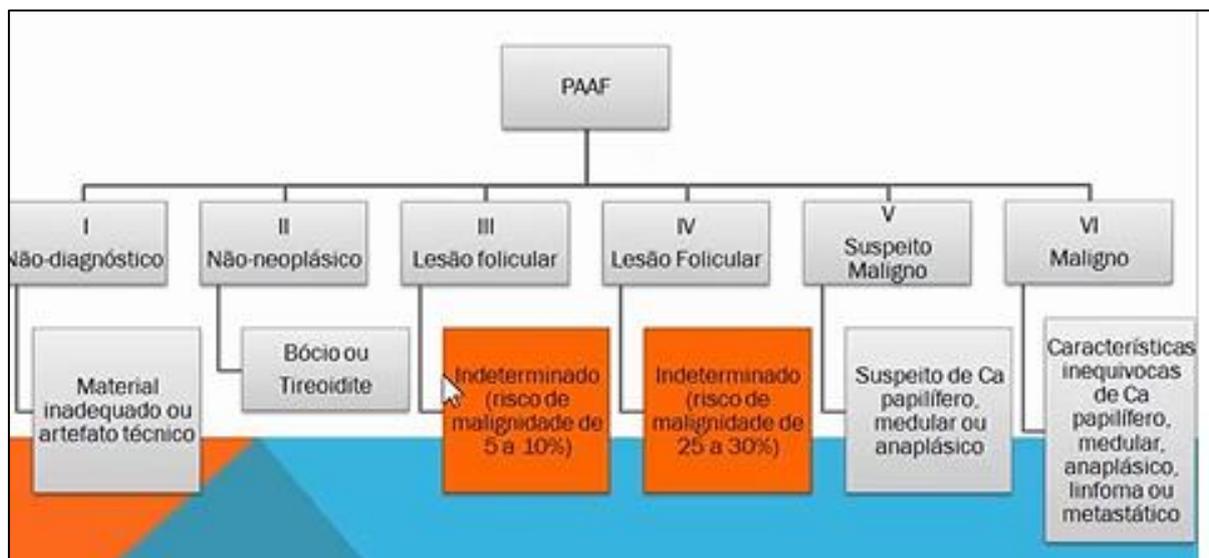
→ Se o nódulo tem menos de 1 cm: só puncionar aqueles pacientes que tem alto risco de malignidade e/ou que tenha características ultrassonográficas de malignidade (microcalcificações, nódulos hipoeecóicos e margens irregulares)

Pacientes com múltiplos nódulos:

→ Só puncionar aqueles nódulos que são suspeitos ao U.S.

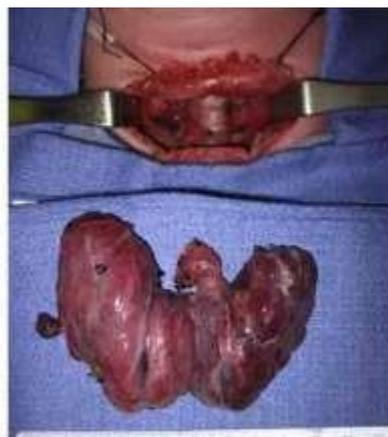
CLASSIFICAÇÃO DE BETHESDA

→ Uma vez realizada a PAAF, o diagnóstico do nódulo é feito pela classificação de Bethesda, um método que confere uma “gradação” de risco a partir dos achados citológicos. A classificação vai de I a VI e, para cada uma, existe uma chance específica de malignidade:



TRATAMENTO

- O tratamento do câncer de tireóide é a tireoidectomia total.
- Faz-se uma incisão transversa no pescoço e retira-se toda a glândula:



- O ponto crucial na tireoidectomia é a identificação do nervo laríngeo recorrente e das glândulas paratireoides. Essas estruturas devem ser preservadas durante a cirurgia:

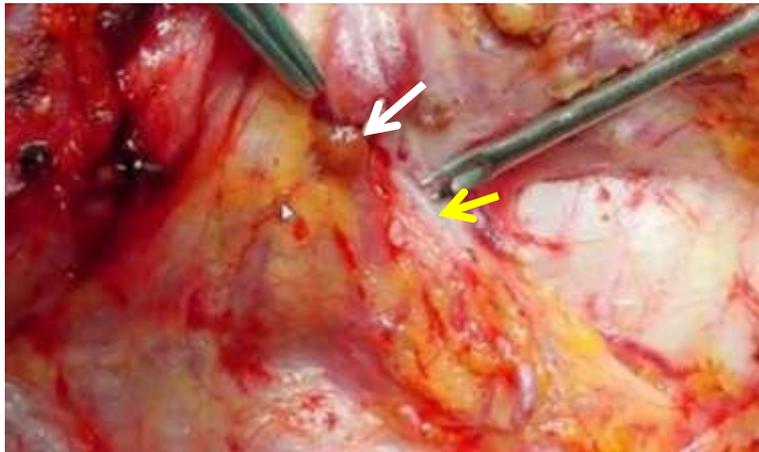


Imagem: a seta amarela mostra o nervo laríngeo recorrente, entrando na laringe e o a seta branca mostra uma das glândulas paratireoides, próxima da entrada no nervo.

LESÕES DE PARATIREÓIDE

- As lesões de paratireoide também são etiologias de nódulos cervicais. Dentre as possíveis condições que podem ser encontradas temos;
 - Adenoma único, que pode gerar hiperparatireoidismo primário;
 - Adenomas múltiplos, que também podem causar hiperparatireoidismos primário;
 - Hiperplasia de paratireóide;
 - Carcinoma de paratireóide;
- Os nódulos de paratireoide, geralmente, não são palpáveis, pois sua consistência é muito parecida com a dos tecidos moles no pescoço. Quando palpáveis, é bem provável que seja uma lesão maligna, isto é, um carcinoma de paratireoide, que é uma neoplasia rara.

LESÕES DE ORIGEM VASCULAR

- Pelos consensos internacionais, as lesões de origem vasculares podem ser divididas em 2 grandes grupos:

TUMORES VACULARES

- Hemangioma (lesão benigna)
- Hemangioepitelioma (lesão localmente agressivo)
- Sarcoma ou Hemangioepitelioma epitelióide (lesão maligna)

MALFORMAÇÕES VACULARES

- Podem ser capilares, arteriais, venosas ou linfáticas.

HEMANGIOMAS

- Na maioria das vezes acometem face e cabeça. São mais raros no pescoço.

→ Podem ser classificados em:

- **HEMANGIOMAS FOCAIS:**

Representam 76% dos casos. Caracteriza-se por lesões em linhas de fusão:



- **HEMANGIOMAS DIFUSOS:**

Representam 24% dos casos. Caracteriza-se por lesões em placas de distribuição segmentar:



MALFORMAÇÕES LINFÁTICAS

- Caracterizam-se por serem lesões nodulares, denominados higromas císticos, em região cervical.
- É uma lesão relativamente comum em crianças.
- O higroma caracteriza-se por ser uma massa indolor, de consistência amolecida, não-pulsátil, e geralmente recoberta por pele de coloração normal (como mostrado na imagem abaixo)
- O problema é que ele pode ter um aumento de tamanho por traumatismos, hemorragias intralesionais ou infecções.

PARAGANGLIOMA

- Lesão originária de um tumor neuroendócrino, que se origina na artéria carótida, exatamente na bifurcação da carótica comum em carótida interna e carótida externa (como mostrado na imagem, pela seta).



- Não é uma lesão vascular propriamente dita, mas como seu crescimento acontece próximo à a. carótida, é tratado como tal.

TUMORES DE PARTES MOLES DO PESCOÇO

→ Podem ser originados de diversos tecidos moles cervicais:

- Músculos
- Tecido adiposo
- Nervo
- Tecido Conjuntivo

→ **BENIGNOS:**

Lipoma: é a lesão benigna mais comum. Marcado por um abaulamento amolecido, de crescimento lento e indolor.



Swannoma: lesão derivada de tecidos nervosos (p.ex: nervo vago)

Leiomioma (tumor benigno derivado de músculo liso)

Rabdomioma (tumor benigno derivado de músculo estriado esquelético)

→ **MALIGNOS:**

Lipossarcoma

Fibrossarcoma

Leiomiossarcoma

Rabdomiossarcoma (tumor maligno de músculo estriado esquelético. Acomete mais crianças e tem resposta relativamente boa à radioterapia e à quimioterapia, mas, a depender de sua extensão, exige excisão cirúrgica).