

Caso clínico

Tumoración supraclavicular

¹María del Carmen Baz Collado, ¹José Ignacio Jaén Díaz, ²Blanca Cordero García, ¹Jesús Díaz Aguado, ¹Salama Mohamed Aya, ³Francisco Javier Miranda Paúl

¹Centro de Salud Buenavista- ²Centro de Salud Santa María Benquerencia- ³Centro Rural Orgaz
Toledo

Paciente de 70 años de edad, que acudió a la consulta ante la aparición de un bultoma cervical izquierdo hace una semana, no doloroso ni acompañado de otra sintomatología; no síndrome constitucional, digestivo, urológico ni respiratorio.

En la exploración clínica se objetivaba una masa redondeada, dura, adherida a planos profundos y de un tamaño aproximado al de una ciruela. El resto de la exploración clínica no arrojaba otras alteraciones.

Ese mismo día se realizó una ecografía en nuestro centro de salud. En la fosa supraclavicular izquierda se encontró una masa de 30 mm de diámetro máximo, heterogénea (zonas anecoicas alternadas con otras hiperecóticas), de morfología y bordes irregulares, mal delimitada de los tejidos circundantes a los que parecía infiltrar y escasamente vascularizada. Por detrás de ésta se detectó otra masa de 13 mm de diámetro máximo con las mismas características ecográficas que la anterior (figuras 1, 2 y 3 y vídeo 1).



Figura 1.

En el contexto clínico de la paciente, la primera posibilidad diagnóstica era la de adenomegalias patológicas, probablemente tumorales o metastásicas.



Figura 2.



Figura 3.

VÍDEO 1

La paciente fue ingresada para estudio. En la TAC tóraco-abdominal se halló una posible neoplasia de cabeza de páncreas que se confirmó tras realizar una PAAF ecodirigida.

El resultado de la citología fue positivo para células malignas: material constituido por grupos de células atípicas, de citoplasma claro, núcleos pleomórficos e hiper-cromáticos. Diagnóstico: adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado de páncreas.

COMENTARIO

Desde el punto de vista ecográfico los ganglios linfáticos cervicales normales presentan un tamaño inferior a los 10 mm (en el eje corto), forma ovalada (relación ancho/largo por debajo de 0,5), hilio ecogénico central y vascularización hiliar central. Por el contrario, y aunque no existen características "típicas" de malignidad, son

sugerentes de ello los ganglios linfáticos mayores de 10 mm, de forma redondeada (relación ancho/largo mayor de 0,5), con ausencia de hilio, con vascularización periférica, con "apelotonamiento" de varios de ellos, con infiltración de los tejidos de alrededor, con fenómenos de necrosis o con microcalcificaciones en su interior. En el caso que nos ocupa estaba claro que se trataba de una adenomegalia de características patológicas, probablemente malignas, y dentro de éstas podía tratarse de un tumor específico del ganglio (linfoma) o de una metástasis de un tumor primitivo de otro origen.

El carcinoma de páncreas es una de las neoplasias más letales. Su supervivencia global es de 1-2% a los 5 años y constituye la cuarta causa de muerte por cáncer en los países occidentales. La supervivencia media es de 8-12 meses en pacientes con enfermedad localmente avanzada e irrecable, y tan sólo de 3-6 meses en casos con metástasis en el momento del descubrimiento. La edad media de diagnóstico es de 60-65 años y es relativamente raro por debajo de los 45 años.

Tienden a ser tumores agresivos, que se diseminan precozmente siguiendo patrones similares de invasión metastásica en la mayoría de los pacientes. La infiltración local de las estructuras adyacentes se observa frecuentemente y suele englobar la vena mesentérica superior, la porta y la arteria mesentérica superior, lo que impide muchas veces la extirpación quirúrgica. La diseminación a ganglios linfáticos regionales es habitual, así como las metástasis hepáticas a través de la porta. La diseminación a superficies peritoneales (carcinomatosis) se observa frecuentemente en la enfermedad avanzada, igual que las metástasis pulmonares.

Los síntomas previos al diagnóstico suelen ser malestar vago, dolor, pérdida de peso e ictericia:

- El dolor se presenta en 80-85% de los pacientes con enfermedad localmente avanzada o diseminada. Suele referirse al área epigástrica e irradiarse hacia la región dorso-lumbar. Es de predominio nocturno, empeora con la ingesta y con el decúbito supino y gene-

ralmente es continuo y vago.

- La presencia de adelgazamiento es relativamente frecuente. Suele asociarse con anorexia, saciedad precoz, diarrea y esteatorrea.

La determinación analítica de rutina, incluida la serie enzimática hepato-pancreática, es poco útil para el diagnóstico.

El marcador de mayor interés es el CA 19.9. Su sensibilidad se incrementa con el tamaño del tumor y en la enfermedad diseminada; a menudo los tumores de pequeño tamaño no consiguen producir una cantidad suficiente para ser detectada por encima del umbral sérico aceptado (35 U/ml). Su principal inconveniente es que se detecta también en casos de ictericia obstructiva, colangitis y episodios de pancreatitis aguda.

La ecografía alcanza una sensibilidad y especificidad del 75-90% y de 90-99%, respectivamente, aunque estos datos dependen, obviamente, de la experiencia del ecografista.

En nuestro caso llama la atención la ausencia de síndrome constitucional y otra patología concomitante, así como que el primer y único síntoma fuera la aparición de adenopatías supraclaviculares, sin que en la TAC de abdomen y tórax se apreciara invasión local u otras metástasis a distancia.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahuja A, Ying M. *Sonography of neck lymph nodes. Part II: abnormal lymph nodes. Clin Radiol. 2003;58:359-66.*
- Fernández Cotarelo MJ, Guerra Vales JM. *Diagnostic approach to cancer of unknown primary site. Rev Clin Esp 2009; 209:341-51.*
- García Alcántara F. *Protocolo diagnóstico de las adenopatías cervicales. Medicine 2007;09:5904-7.*
- Martínez-Amores Martínez B, López González JL, Martín Angulo M, Álvarez-Mon Soto M. *Cáncer de Páncreas. Medicine 2009;10:1737-43.*
- Ying M, Ahuja A. *Sonography of neck lymph nodes. Part I: normal lymph nodes. Clin Radiol 2003;58:351-8.*