

Caso clínico

Alta resolución en el abordaje de una masa cervical gracias a la ecografía

¹Olga Vicente López, ²Ángel Luis Sáez Fernández, ³Ángela Fernández Rodríguez, ⁴Ana Morán Escudero, ⁵Ana Segura Grau, ¹Isabel Alba Gago, ¹Elena Sierra Rubio

¹Centro de Salud La Marazuela. Las Rozas (Madrid).- ²Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.- ³Servicio de Atención Rural. Rascafría (Madrid).- ⁴Centro de Salud Juncal. Torrejón de Ardoz (Madrid).- ⁵Centro de Diagnóstico Eco-gráfico. Madrid

Varón de 50 años de edad, sin antecedentes clínicos de interés; fumador habitual (IPA 32) hasta hace 6 meses; no realiza tratamiento farmacológico habitual.

Acude a consulta por haberse notado desde hace cinco días un bulto en la región cervical izquierda, no doloroso. Se encuentra asintomático; no ha presentado fiebre, sudoración ni síndrome constitucional.

Durante la exploración física se palpa en la zona supraclavicular izquierda un nódulo de consistencia dura, de 4 x 3 cm, inmóvil, no adherido a la piel ni doloroso con la palpación. No se palpan otras adenopatías sospechosas en la región cervical, axilar ni inguinal. Exploración otorrinolaringológica sin alteraciones. La auscultación cardiopulmonar es normal. En la exploración del abdomen no se palpan masas ni organomegalias.



Fig. 1. Conglomerado adenopático en la fosa supraclavicular izquierda.

Se efectúa exploración ecográfica cervical con sonda lineal de alta frecuencia. En la zona supraclavicular iz-

quierda se detecta una lesión predominantemente hipocóica, con algún área anecoica y con cierto refuerzo posterior, con zona central y tractos lineales hiperecóticos, de 49 x 20 x 35 mm (figuras 1 y 2), con escasa vascularización central y periférica mediante doppler (figuras 3 y 4), que interpretamos como conglomerado adenopático sospechoso de malignidad; se detectan otras adenopatías cervicales, todas de morfología ovalada con eje corto menor de 5 mm; tiroides sin alteraciones.

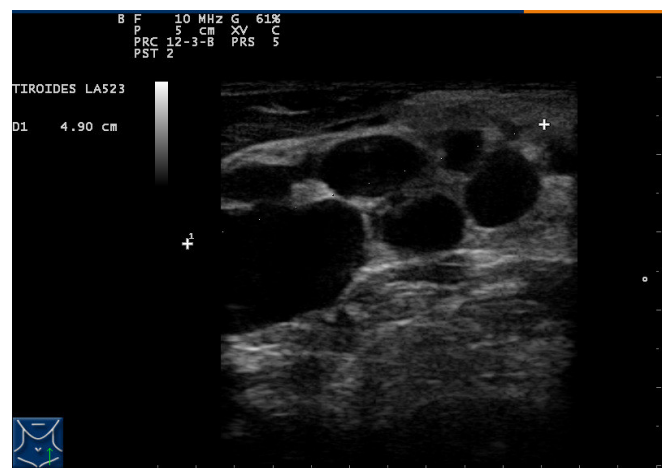


Fig. 2. Conglomerado adenopático en la fosa supraclavicular izquierda.

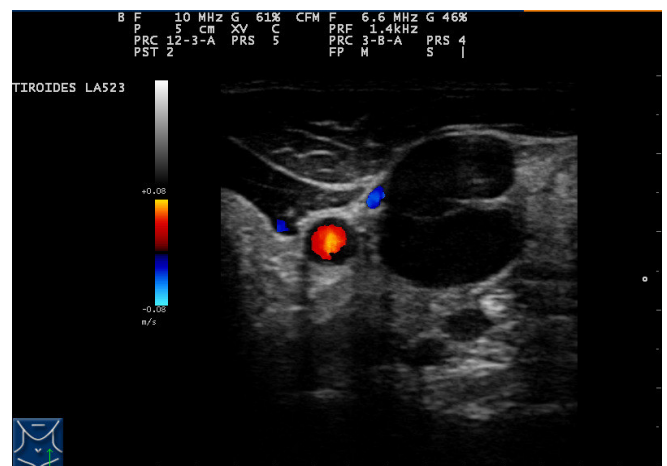


Figura 3. Conglomerado adenopático en la fosa supraclavicular izquierda. Corte transversal en el que se observa vascularización periférica mediante doppler.

Se realiza también exploración ecográfica abdominal con sonda cóncava. Se detecta alguna pequeña adenopatía retroperitoneal; hígado, vesícula biliar, vía biliar, páncreas, bazo y ambos riñones sin alteraciones (figuras 5 y 6).

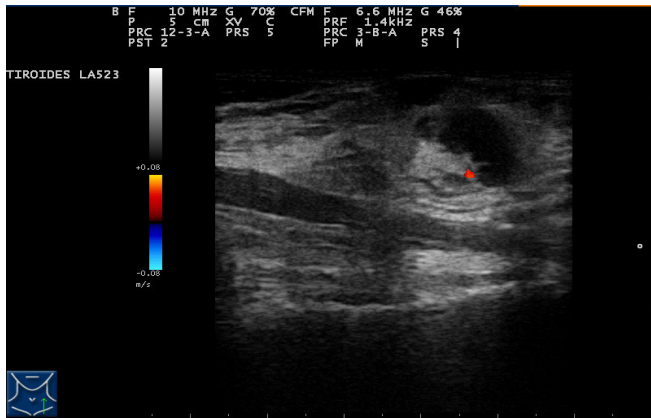


Figura 4. Conglomerado adenopático en la fosa supraclavicular izquierda. Corte transversal en que se observa vascularización hilar mediante doppler.

Se remite al paciente a Medicina Interna y se activa el circuito de malignidad.

Allí se realiza punción-aspiración con aguja fina ecodirigida, cuyo resultado es sospechoso de malignidad; posteriormente se lleva a cabo biopsia del ganglio, mediante la que se alcanza el diagnóstico de linfoma no Hodgkin B difuso de célula grande (LNH B DCG).

El paciente es remitido a Hematología. Tras estudio de extensión se concluye LNH B DCG estadio III-B IPI 3. Se inicia régimen de tratamiento con quimioterapia R-CHOP, seis ciclos.

COMENTARIO

La ecografía es la primera técnica de imagen a realizar para la evaluación de adenopatías y otras masas cervicales. Aunque no existe ningún dato ecográfico patognomónico, disponemos de varios parámetros de estudio, que, sumados, permiten diferenciar, con aceptable precisión, entre el origen benigno o maligno del proceso que origina la adenomegalia e incluso orientar en su etiología. Las variables a valorar incluyen forma y tamaño, presencia o ausencia de hilio graso central, ecogenicidad, vascularización doppler y presencia de microcalcificaciones.

La mayoría de los ganglios linfáticos normales, son de morfología ovalada, con eje corto menor a 8 mm en los niveles I y II y menor de 5 mm en el resto de los niveles. Presentan zona central hiperecoica correspondiente al hilio graso, y una corteza homogénea, con vascularización hilar o ausente mediante doppler. Los ganglios reactivos mantienen esta morfología; suelen ser mayores, pero el eje corto sigue siendo menor de 8-10 mm y persiste la vascularización hilar, aunque ésta puede ser más llamativa e incluso arboriforme.

Los ganglios sospechosos de malignidad tienden a ser redondeados, con eje corto mayor de 8-10 mm en cualquier nivel; la ratio eje corto/largo es mayor de 0,5. Es frecuente la pérdida de configuración córtico-medular, sin visualización del hilio graso, con ecogenicidad heterogénea en la corteza. Tienden a ser hipoeoicos e incluso anecoicos por necrosis. La vascularización mediante doppler se hace anómala, con tendencia a ser periférica o parenquimatosa. Pueden presentar microcalcificaciones,

especialmente el carcinoma papilar de tiroides. En ocasiones pueden confluir y originar un conglomerado adenopático.

Los ganglios de naturaleza linfomatosa son notablemente hipoeoicos, en ocasiones casi anecoicos e incluso con refuerzo acústico posterior: dan un aspecto "pseudocístico". Con las sondas actuales de alta frecuencia se puede evidenciar la ecoestructura reticulada o micronodular.

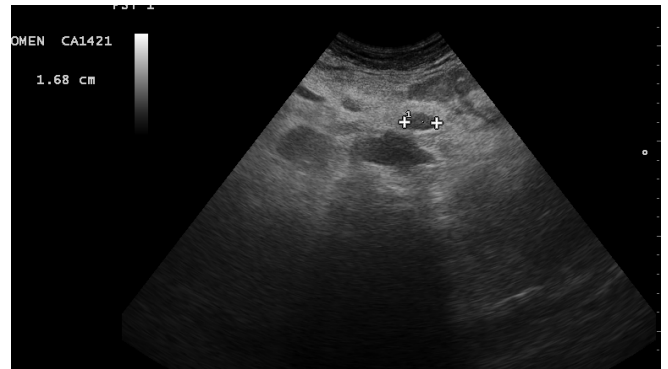


Figura 5. Adenopatía retroperitoneal.

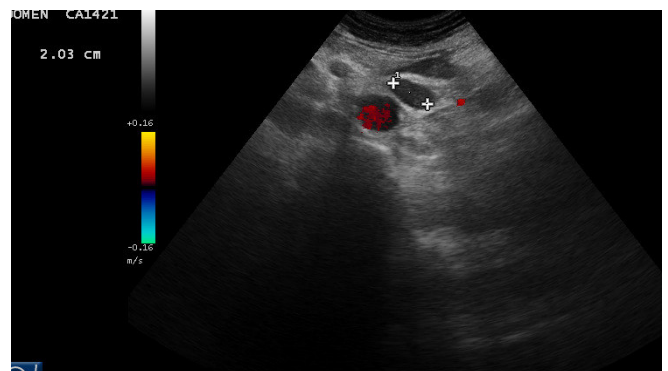


Figura 6. Adenopatía retroperitoneal, sin vascularización mediante doppler.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahuja AT, Ying M, Ho SY, Antonio G, Lee YP, King AD, Wong KT, *Ultrasound of malignant cervical lymph nodes. Cancer Imaging. 2008;8:48-56*
- Ahuja A, Ying M, Yuen H, Metreweli C. 'Pseudocystic' appearance of non-Hodgkin's lymphomatous nodes: an infrequent finding with high-resolution transducers. *Clin Radiol. 2001; 56:111-5*
- Ahuja A, Ying M. Grey-scale sonography in assessment of cervical lymphadenopathy: review of sonographic appearances and features that may help a beginner. *Br J Oral Maxillofac Surg. 2000;38:451-9.*
- Koischwitz D, gritzmann N. *Ultrasound of the neck. Radiol Clin North Am. 2000;38:1029-45.*
- Hayashi T, Ito J, Haira S, Katsura K, Shingaki S, Hoshina H. The clinical significance of follow-up sonography in the detection of cervical lymph node metastases in patients with stage I or II squamous cell carcinoma of the tongue. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003;96:112-7.*
- Mendoza Arnau I, Muñoz Parra F, Ortiz Cuevas C, Carrasco Chinchilla L. Adenopatías cervicales como primer signo de proceso neofornativo. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1594/seram2014/S-0813>