

DIME CÓMO ES TU ADENOPATÍA CERVICAL Y TE DIRÉ CÓMO ES TU TUMOR PRIMARIO

Sofía Otano Espinedo¹, Helena Gómez Herrero¹, Nuria Sobrino Baeza¹, Andrea Sandúa Condado¹, Edurne Repáraz Martínez-Bayarri¹, Celia Fernández González¹, Daniel López Delgado¹.

¹ Servicio de Radiología. Hospital Universitario de Navarra.

Objetivo docente

- Descripción de semiología ecográfica de adenopatías cervicales tumorales para relacionarlas con el tumor primario.
 - Revisar las variantes tumorales diagnosticadas mediante eco-PAAF en una cohorte de 326 casos de adenopatías cervicales.
-

Revisión del tema

- Las adenopatías cervicales tumorales son un motivo de consulta habitual en la práctica médica y de realización de pruebas de imagen.
 - Dichas adenopatías son accesibles para su estudio ecográfico y eco-PAAF para realizar estudios citológicos.
 - Los tumores primarios más frecuentes son las neoplasias del área ORL, linfomas, neoplasias tiroideas y cutáneas. Neoplasias torácicas como el cáncer de pulmón o la mama y abdominales también pueden metastatizar al área ganglionar cervical.
-

- Se revisa una serie de 326 casos de adenopatías tumorales cervicales confirmadas con eco-PAAF y se hace un repaso de la **localización (nivel ganglionar y lateralidad), semiología ecográfica y tamaño** de dichas adenopatías, identificando características que puedan relacionarse con algunos **tumores primarios**.

Origen tumoral de las adenopatías	N
Pulmón	148
ORL (Cabeza y cuello)	58
Linfoma	41
Abdominal	21
Tiroides	19
Carcinoma escamoso cutáneo	12
Carcinoma de mama	12
Melanoma	8
Carcinoma escamoso de origen desconocido	8

Tabla 1. Distribución de estirpes tumorales de nuestra cohorte de pacientes.

- El origen primario de las adenopatías más frecuentemente encontrado fue el **cáncer de pulmón**, con las siguientes estirpes anatomopatológicas:
 - Adenocarcinoma: 53,4%
 - Carcinoma microcítico: 26,3%
 - Carcinoma escamoso: 10,5%
 - Otros: 9,7%
 - El segundo tumor más frecuente en nuestra serie fue la **neoplasia de cabeza y cuello**, siendo el carcinoma escamoso el subtipo histológico más frecuente (91%).
-

En cuanto a la **localización** de las adenopatías:

NIVEL GANGLIONAR

Aquellas localizadas en:

- ✓ Niveles I-II (submentonianas, submandibulares, yugulares) se asociaron a neoplasias ORL.
- ✓ Niveles III-IV (yugulares medias y bajas y supraclaviculares mediales) se encontraron más frecuentemente en neoplasias tiroideas.
- ✓ Parotídeas: se relacionaron con neoplasias cutáneas de cabeza y cuello
- ✓ Supraclaviculares: asociadas a neoplasias abdominales y torácicas (neoplasias de pulmón y mama)

* Las adenopatías supraclaviculares corresponden a los niveles IVb y Vc a nivel inferior, 2 cm por encima del esternón

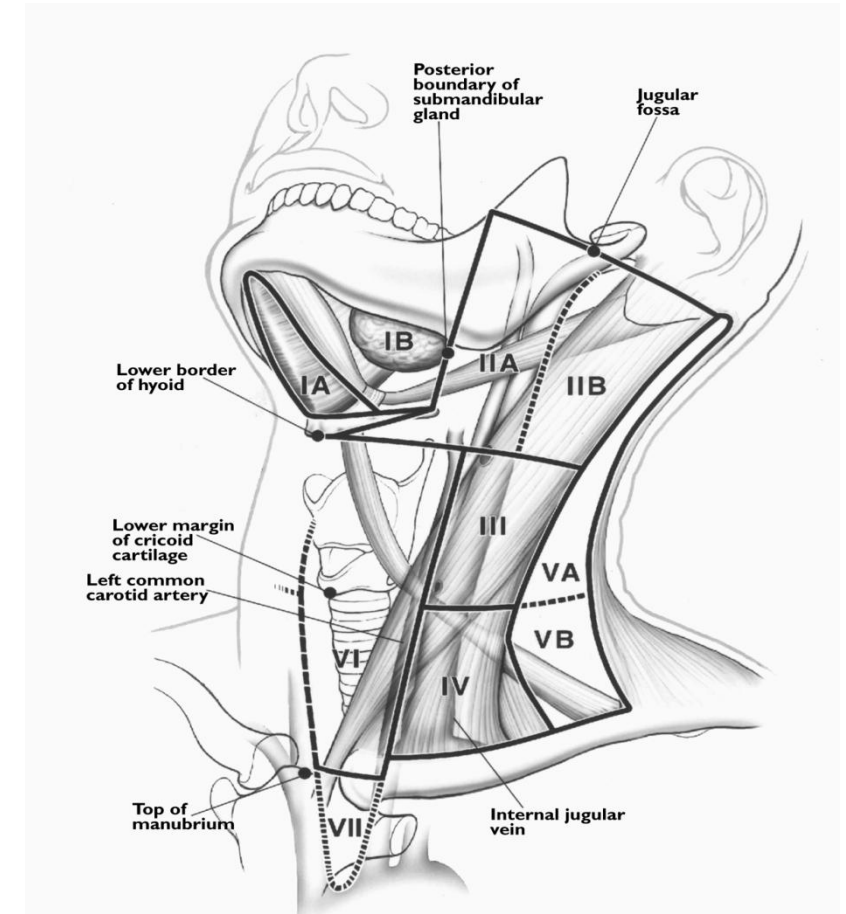


Figura 1. Niveles ganglionares cervicales (5).

En cuanto a la **localización** de las adenopatías:

NIVEL GANGLIONAR

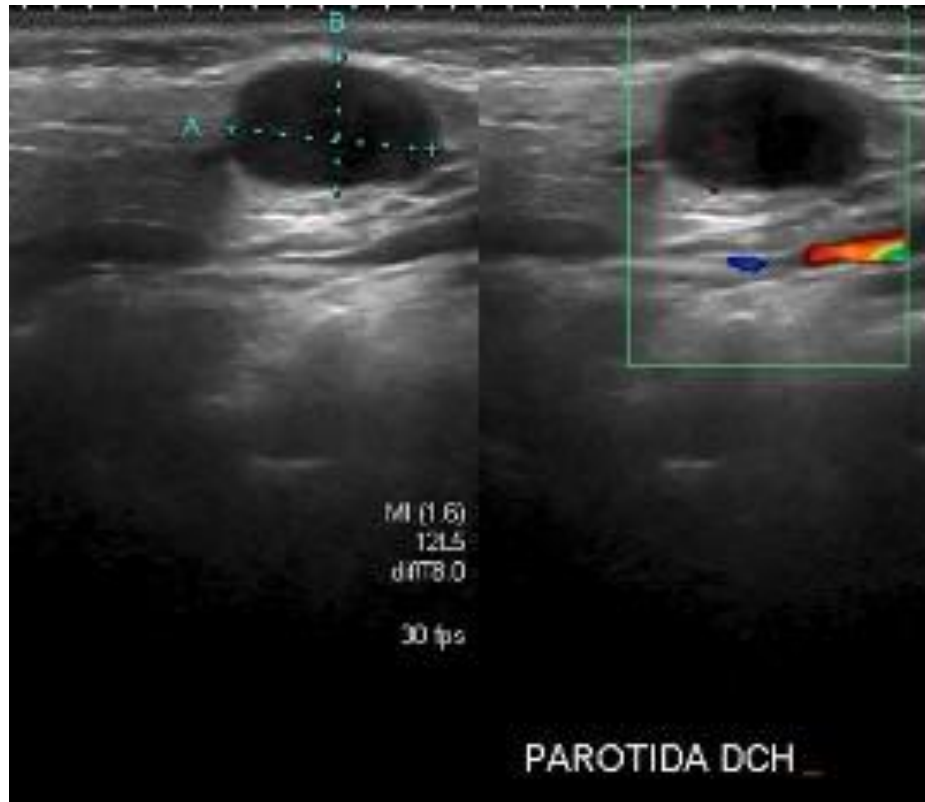


Figura 2.

Mujer de 84 años con carcinoma cutáneo escamoso en la región malar, durante el seguimiento presenta una masa palpable.

La imagen ecográfica muestra un nódulo hipoecoico en la región parotídea derecha. La citología confirmó que se trataba de una adenopatía metastásica.

En cuanto a la **localización** de las adenopatías:

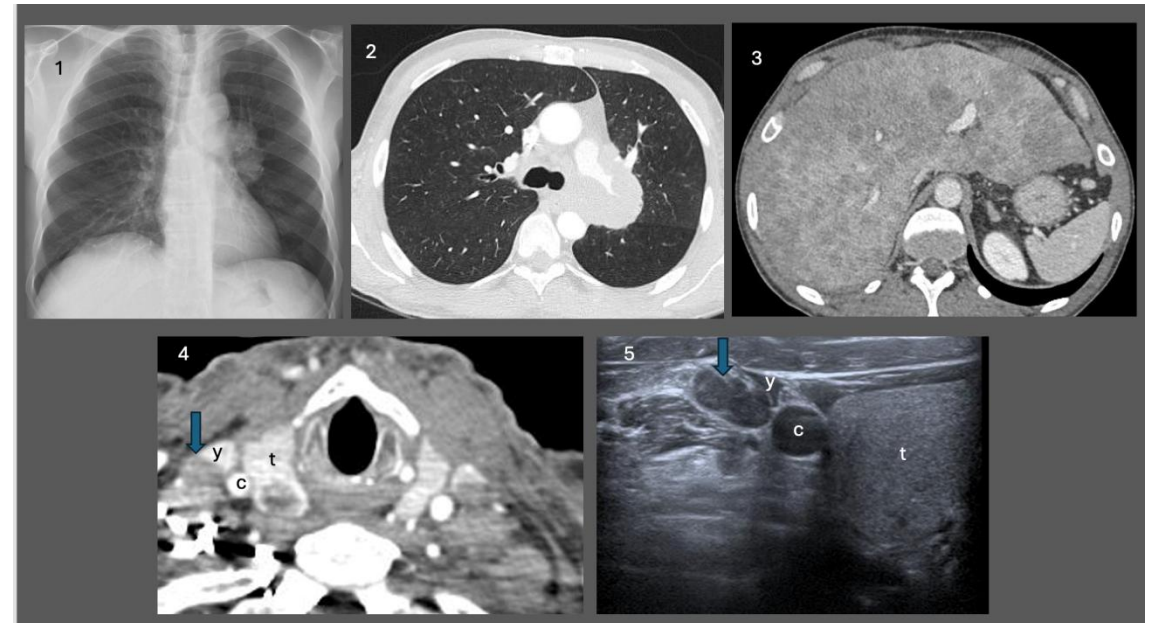
NIVEL GANGLIONAR

✓ Las **supraclaviculares** se relacionaron con neoplasias de origen torácico y abdominal.

Figura 3.

Varón de 51 años con síndrome constitucional.

En RX y TC (1, 2) se muestra masa hiliar izda con multiples metastasis hepaticas (3). El área supraclavicular izda muestra pequeñas adenopatías (flecha) sospechosas (4). En (5) la ecografía confirma la existencia de pequeñas adenopatías de 8x10 mm accesibles para eco-PAAF. Diagnóstico citológico de neoplasia microcítica (c: carótida, y: yugular, t: tiroides)



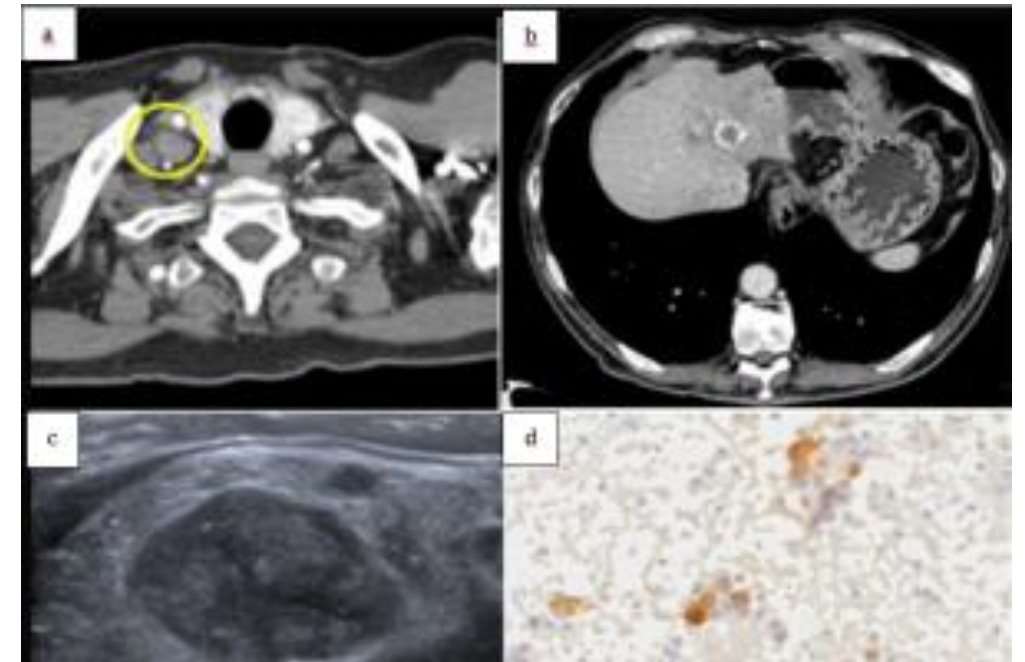
En cuanto a la **localización** de las adenopatías:

NIVEL GANGLIONAR

- ✓ Las **supraclaviculares** se relacionaron con neoplasias de origen torácico y abdominal.

Figura 4.

Hombre de 56 años con dolor abdominal y pérdida de peso. El TC con contraste reveló adenopatías supraclaviculares derechas (a) y una masa hepática (b). La ecografía (c) confirmó acceso para punción de las mismas mediante eco-PAAF, obteniendo material citológico positivo para citoqueratina 19 y CA 19.9 (d), hallazgos sugestivos de origen biliar. El diagnóstico final fue de **colangiocarcinoma**, en base a los resultados citológicos y características por imagen de la lesión hepática.



En cuanto a la **localización** de las adenopatías:

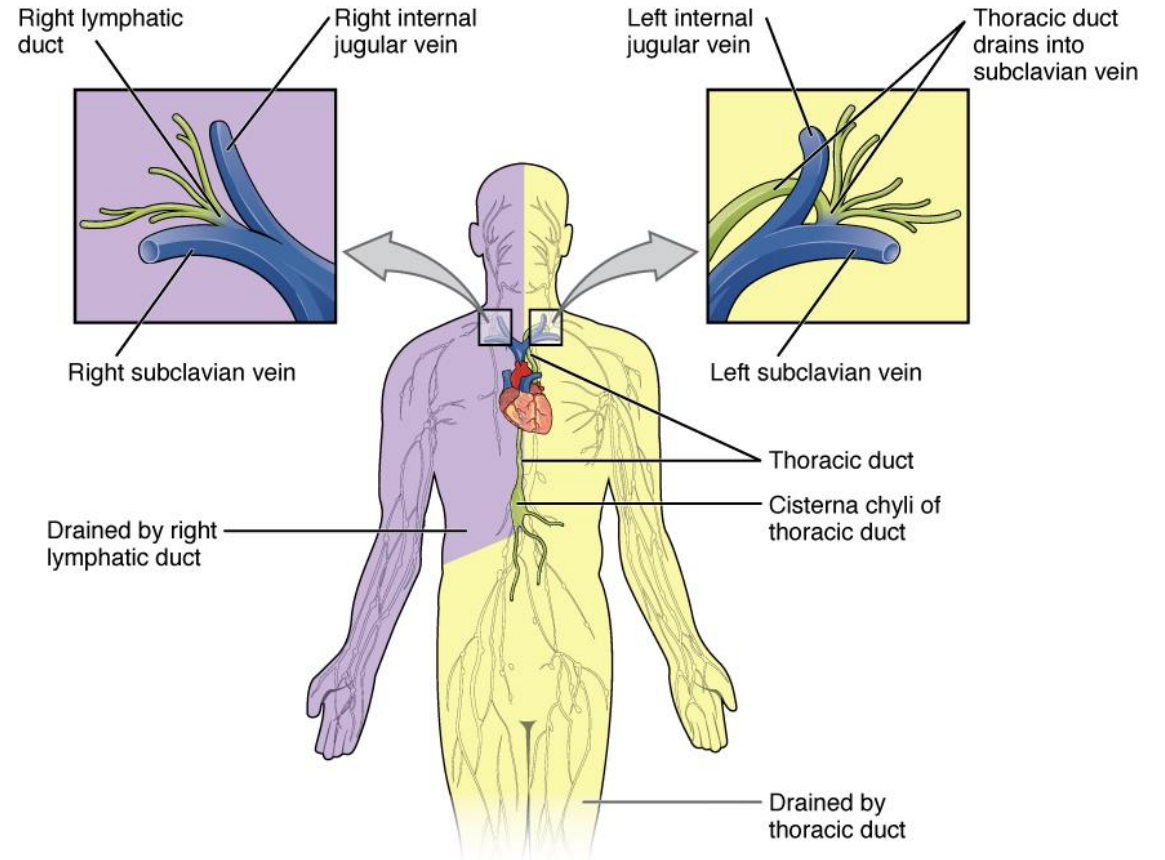
LATERALIDAD

- ✓ Nódulo de Virchow: **adenopatía supraclavicular izquierda secundaria a una neoplasia abdominal.**

El drenaje linfático al sistema venoso es asimétrico, así el lado derecho de cabeza, cuello, tórax y la ESD drenan hacia la vena subclavia derecha a través del **conducto linfático derecho** y las partes restantes del cuerpo drenan hacia el **conducto torácico** que desemboca en la vena subclavia izquierda.

Este drenaje justifica la existencia del nódulo de Virchow pero existen muchas variaciones de la anatomía linfática con conexiones del conducto torácico a nivel del tórax.

Figura 5. Anatomía linfática (6)



En cuanto a la **localización** de las adenopatías:

LATERALIDAD

En nuestra serie el 33% de las neoplasias abdominales tenían afectación **de la región supraclavicular derecha**, lo que puede explicarse por **variantes anatómicas e interconexiones del conducto torácico**. Sólo en unos pocos casos las adenopatías eran palpables, lo que recuerda la importancia de incluir la región supraclavicular en el estudio de extensión por imagen.

En los casos de neoplasia pulmonar en el 57% de los casos las adenopatías puncionadas fueron derechas y no siempre en relación con tumor ipsilateral

En las neoplasias de mama la mayoría de las adenopatías cervicales fueron ipsilaterales al lado de la neoplasia, pero en 2 casos contralaterales (casos de neoplasias diseminadas).

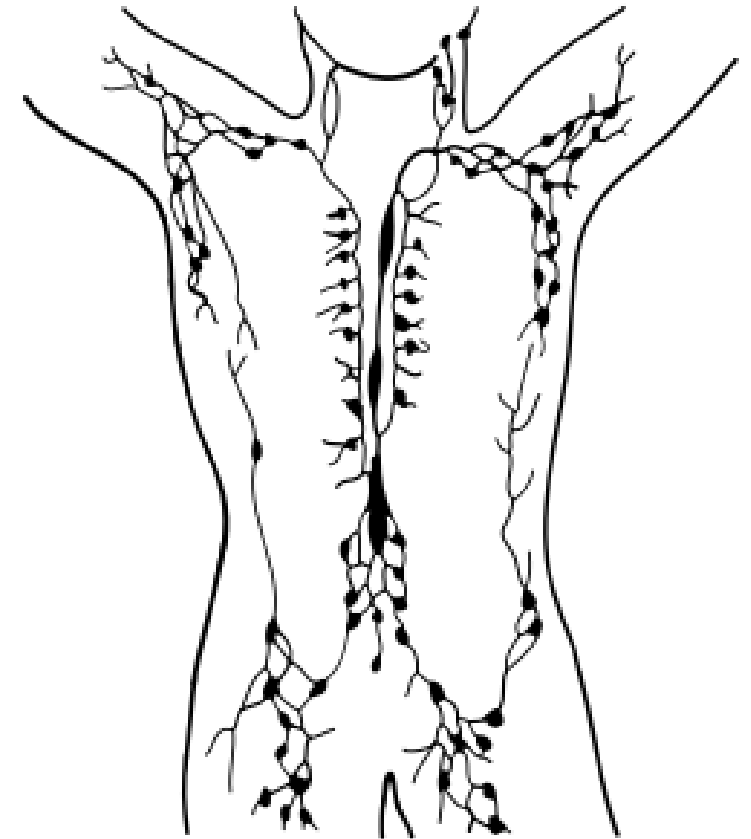


Figura 5. Múltiples interconexiones del conducto torácico.

En cuanto a la **semiología ecográfica** de las adenopatías:

Las adenopatías **quísticas** y con **microcalcificaciones** se asocian a neoplasias primarias tiroideas.



Figura 6.

Mujer de 41 años con masa cervical palpable. En el nivel ganglionar IV derecho se identifica una adenopatía con microcalcificaciones dispersas. La citología tras eco-PAAD fue diagnóstica para neoplasia papilar de tiroides.

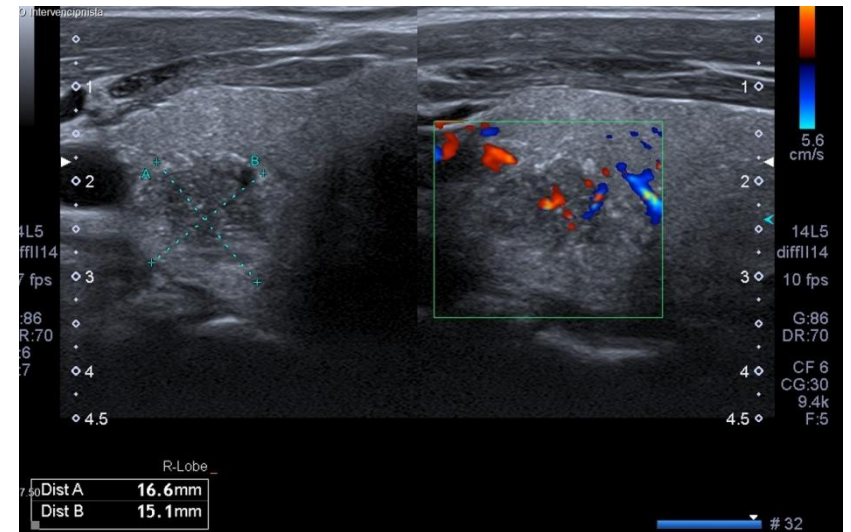
En cuanto a la **semiología ecográfica** de las adenopatías:

Las adenopatías **quísticas** y con **microcalcificaciones** se asocian a neoplasias primarias tiroideas.

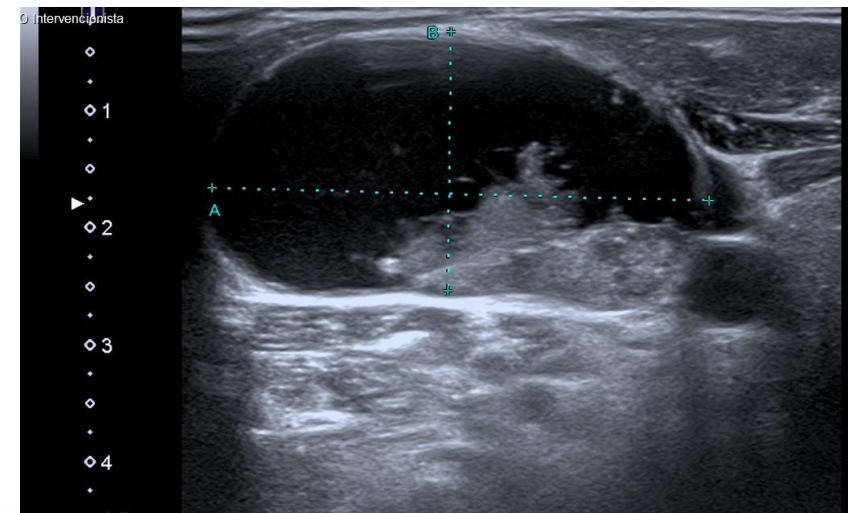
Figura 7 (A y B)

Varón de 41 años con neoplasia papilar de tiroides (A) y metástasis cervical en forma de adenopatía quística de 4,2 x 2,2 cm con polo sólido con microcalcificaciones (B).

7A



7B

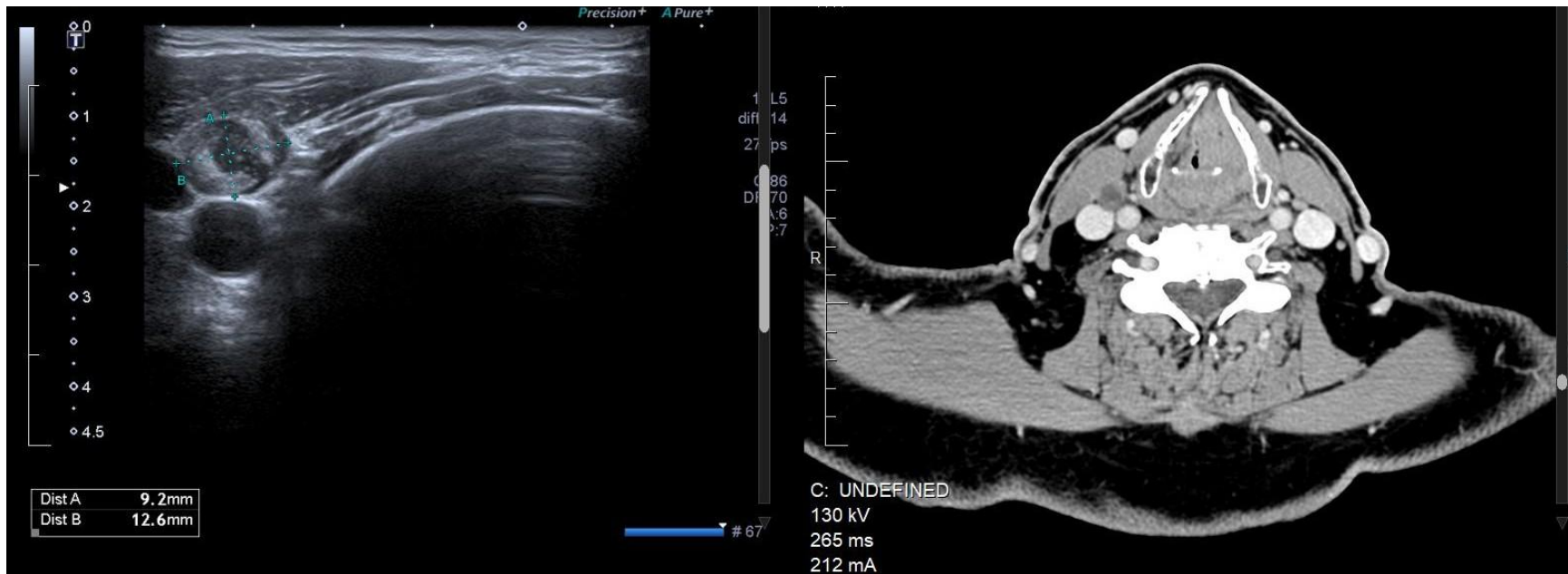


En cuanto a la **semiología ecográfica** de las adenopatías:

Las adenopatías **necróticas** se asocian a neoplasias del área ORL.

Figura 8.

Adenopatía necrótica en nivel III. Tras la PAAF de la misma se confirmó el diagnóstico de metástasis de carcinoma escamoso de laringe. (TC adenopatía necrótica y neoplasia de cuerda vocal izda)



El componente necrótico central probablemente se debe a que el crecimiento tumoral excede el aporte vascular, resultando en una apariencia hipoeoica en ecografía.

En cuanto a la **semiología ecográfica** de las adenopatías:

Las **hipoecoicas-pseudoquísticas** se asocian a linfomas.

El diagnóstico de un subtipo linfoide suele requerir biopsia incisional o excisional.

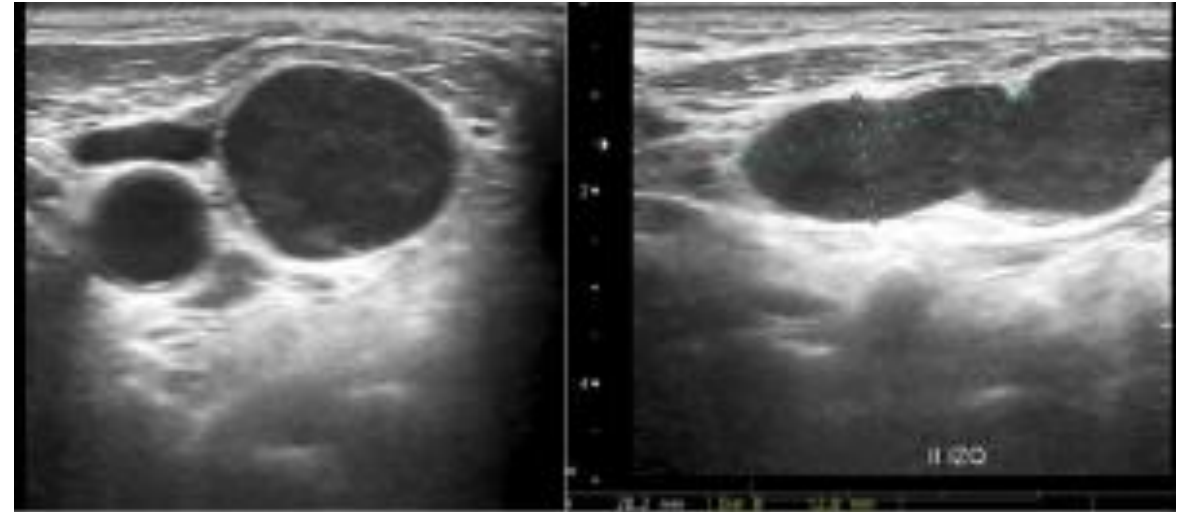


Figura 9.

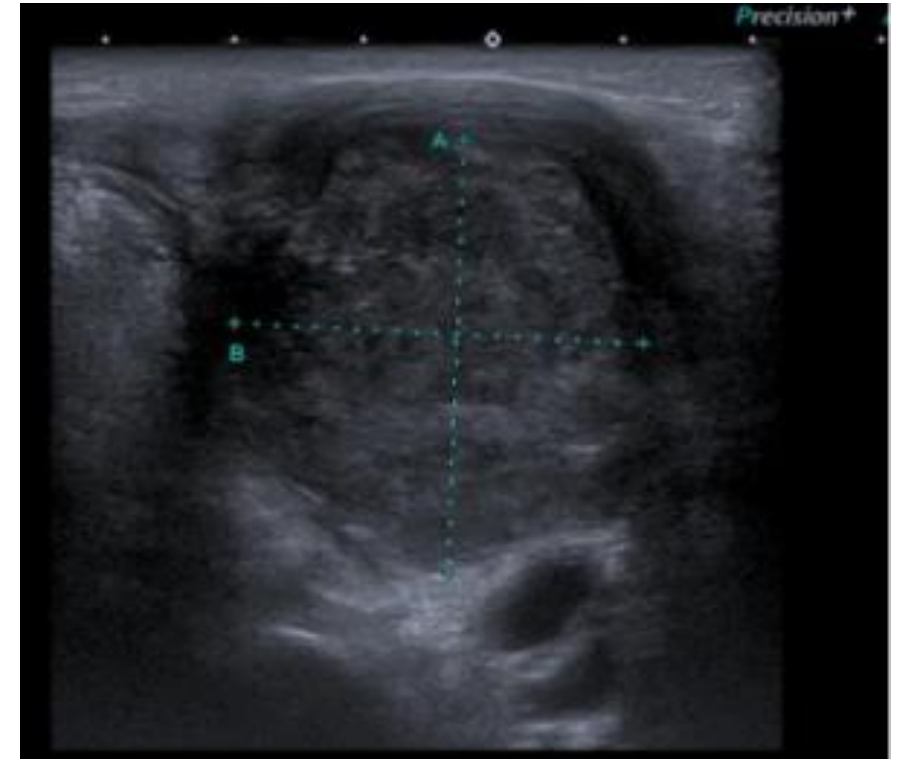
Hombre de 89 años con antecedente de LLC-B, presenta crecimiento progresivo de adenopatías cervicales. La ecografía reveló masas ganglionares en el nivel II izquierdo, redondeadas y con pérdida del hilio graso; así como marcadamente hipoecoicas y apariencia “pseudo-quística”. La citología tras eco-PAAF reveló un “trastorno linfoproliferativo inespecífico”; tras lo cual se realizó una biopsia que confirmó LLC-B.

En cuanto al **tamaño** de las adenopatías:

Las adenopatías más **voluminosas** se detectaron en linfomas y neoplasias de ORL.

Figura 10.

Adenopatía de 3 x 3 cm, de ecogenicidad heterogénea y aspecto sólido, localizada en el nivel cervical III derecho en un paciente con diagnóstico final de carcinoma de ORL de origen primario desconocido. Su presentación inicial fue la de masa cervical palpable.



En cuanto al **tamaño** de las adenopatías:

Las adenopatías más **pequeñas** se detectaron en las neoplasias cutáneas, en las neoplasias de mama y en las que metastatizaban al área supraclavicular.

En el caso de las adenopatías pequeñas, es especialmente importante prestar atención a signos ecográficos sutiles de malignidad, como por ejemplo, la vascularización periférica, la pérdida de hilio graso y la morfología redondeada.



Figura 11.
Ganglio normal.

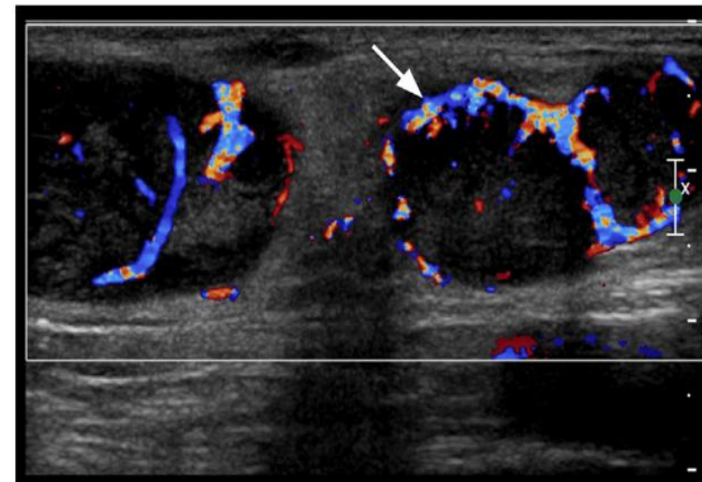


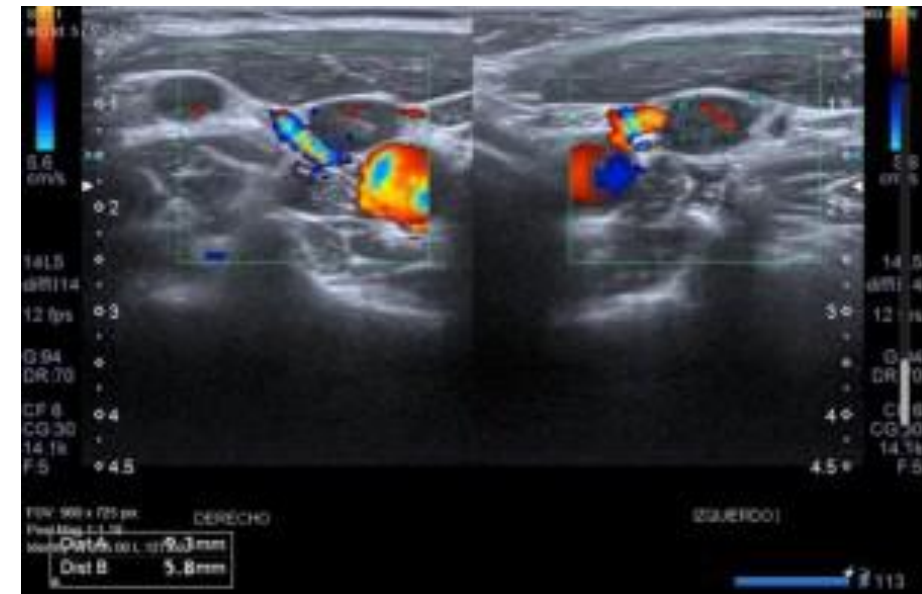
Figura 12.
Ganglio patológico.
(1)

En cuanto al **tamaño** de las adenopatías:

Las adenopatías más **pequeñas** se detectaron en las neoplasias cutáneas, en las neoplasias de mama y en las que metastatizaban al área supraclavicular.

Figura 13.

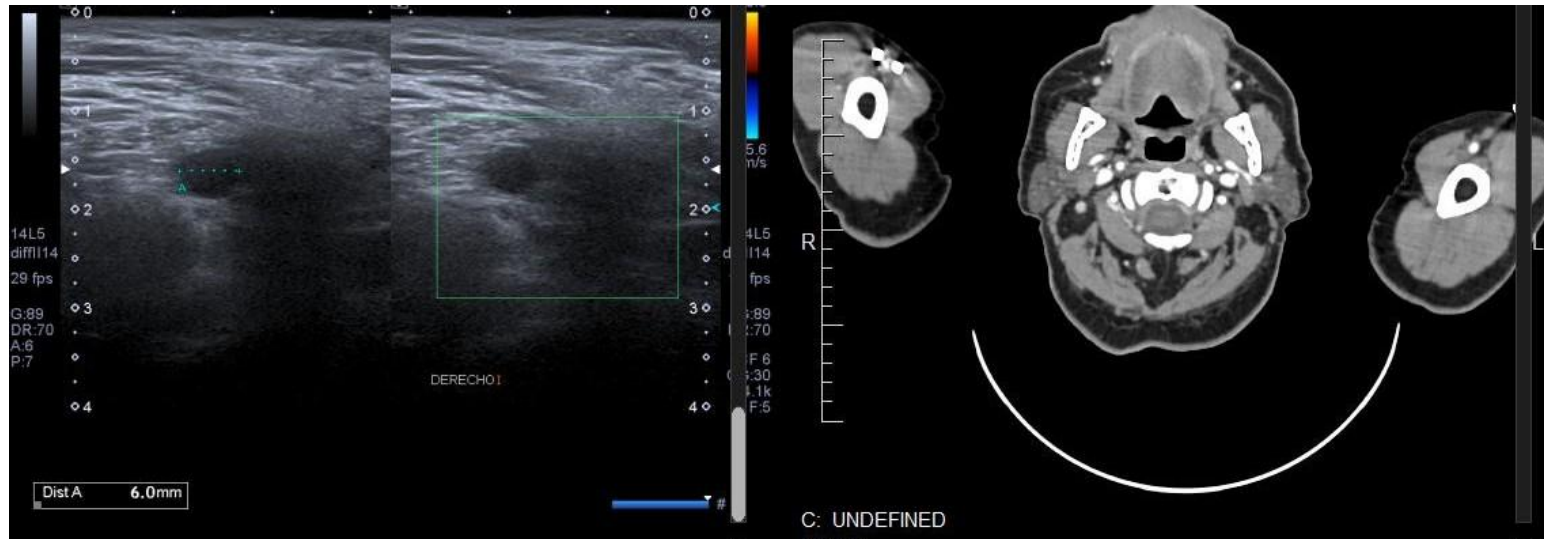
Paciente con cáncer de mama con afectación axilar contralateral y una adenopatía aislada en el nivel cervical II izquierdo identificada durante el estudio de extensión PET-TC inicial. Dicha adenopatía no era palpable y medía 9 × 5 mm y el único hallazgo ecográfico sospechoso de malignidad fue la pérdida del hilio graso (se muestra ganglio contralateral con preservación de hilio graso).



En cuanto al **tamaño** de las adenopatías:

Las adenopatías más **pequeñas** se detectaron en las neoplasias cutáneas, en las neoplasias de mama y en las que metastatizaban al área supraclavicular.

Figura 14. Pequeña imagen nodular redondeada sugestiva de adenopatía en el nivel IIB dcho. Adenopatía hipercaptante, de pequeño tamaño en TC. Resultó ser una metástasis ganglionar de melanoma.



Conclusiones

- La **localización, semiología ecográfica y tamaño** de las adenopatías cervicales pueden orientar sobre el origen del tumor primario.
- Los resultados de nuestra revisión apoyan la evidencia existente sobre el papel fundamental de la eco-PAAF en el diagnóstico y manejo de las adenopatías cervicales.

Referencias

1. Prativadi R, Dahiya N, Kamaya A, Bhatt S. Chapter 5 Ultrasound Characteristics of Benign vs Malignant Cervical Lymph Nodes. Semin Ultrasound CT MRI. October 2017;38(5):506-15.
 2. Shyu S, Rajgariah A, Saoud C, Rogers N, Ali SZ. Image-guided lymph node fine-needle aspiration: the Johns Hopkins Hospital experience. J Am Soc Cytopathol. 2021 Nov;10(6):543-57.
 3. Ahuja AT. Ultrasound of malignant cervical lymph nodes. Cancer Imaging. 2008;8(1):48-56.
 4. Fernández Aceñero MJ, Caso Viesca A, Díaz Del Arco C. Role of fine needle aspiration cytology in the management of supraclavicular lymph node metastasis: Review of our experience. Diagn Cytopathol. 2019 Mar;47(3):181-6.
 5. Som PM, Curtin HD, Mancuso AA. Imaging-Based Nodal Classification for Evaluation of Neck Metastatic Adenopathy.
 6. <https://www.lecturio.com/es/concepts/sistema-de-drenaje-linfatico/>
-