

seram

Sociedad Española de Radiología Médica

34

Congreso Nacional

PAMPLONA $\frac{24}{27}$ MAYO 2018

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

Adenopatías laterocervicales
metastásicas de primario
conocido/desconocido. ¿Hemos
buscado en el sitio correcto?

- AUTORES: Anna Ungueti Rodríguez, Marta Abadal Prades, Sonia Casals Vila, Neus Torra Ferrer, Maria Teresa Fernández Planas

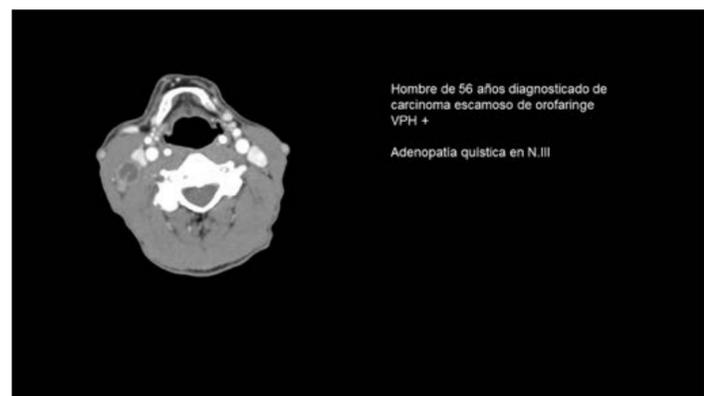
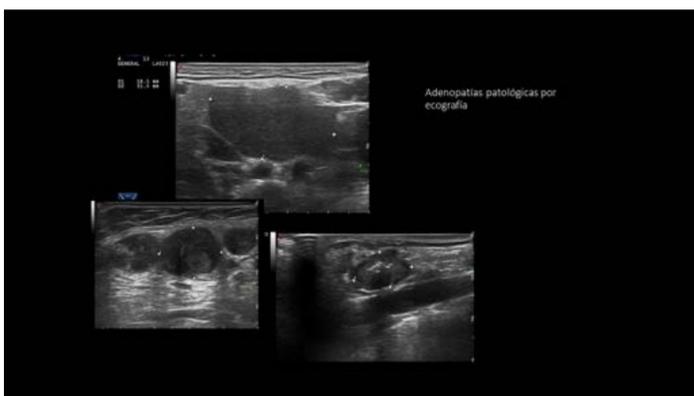
Hospital Mataró, BARCELONA, ESPAÑA

OBJETIVOS

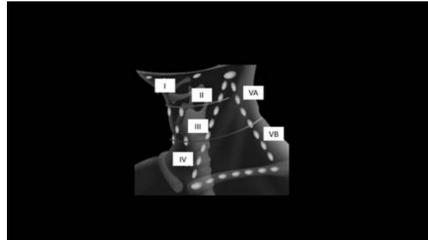
- Revisar las áreas de drenaje de los ganglios cervicales en pacientes con neoplasia primaria conocida
- Revisar los criterios de imagen (ECO, TC, RM) para identificar adenopatías patológicas
- Abordaje diagnóstico de las metástasis ganglionares de primario desconocido. Valorar la identificación del virus del papiloma humano y del virus de Epstein Barr en todas las muestras.

REVISIÓN DEL TEMA

- La presencia de adenopatías laterocervicales es un motivo frecuente de consulta. El contexto clínico y las características de las adenopatías en las diferentes técnicas de imagen (Ecografía, TC, RM) y PET, seguido del análisis histológico en los casos donde se identifiquen criterios de sospecha nos ayudaran a determinar la naturaleza de las adenopatías.
- Criterios de sospecha
 - Tamaño
 - 10-15 mm de diámetro máximo en los niveles I y II
 - 10 mm resto de niveles.
 - 6-8 mm ganglios retrofaríngeos
 - El tamaño es un criterio de controversia. Hay publicaciones que definen como ganglio patológico medidas > 11mm en diámetro axial en niveles I-II, >5mm en ganglios retrofaríngeos, >10mm en resto de niveles. Otras publicaciones describen una ratio entre diámetro longitudinal y el transversal. Hay que recordar que hasta un 25% de los ganglios metastásicos son <10mm.
 - Morfología
 - Pérdida de la morfología ovoidea normal, un ganglio redondeado nos hará sospechar
 - Pérdida del hilio graso
 - Pérdida de contornos lisos (abombamiento focal)
 - Homogeneidad--
 - Necrosis - área central de baja atenuación y márgenes periféricos irregulares con captación contraste, será un ganglio patológico hasta que no se demuestre lo contrario
 - Contenido quístico - asociado a VPH
 - Diagnóstico diferencial (DD) con quiste branquial
 - Calcificaciones - asociadas a carcinoma diferenciado de tiroides
 - DD TBC, enfermedades granulomatosas, ganglios post-radioterapia)
 - Restricción de la difusión en RM, en general con valores de ADC < 1 x 10⁻³mm²/s.
 - Contorno
 - Diseminación extracapsular - En la 8ª edición de la estadificación TNM (AJCC) cobra especial importancia la extensión extranodal (ENE): Es la única característica que forma parte del ESTADIAJE. En los carcinomas de orofaringe no asociados a VPH un ganglio con criterios de diseminación extracapsular (comprobado histológicamente) pasa a corresponder a N3.
 - Pérdida de márgenes regulares y bien definidos
 - Realce capsular del ganglio
 - Pérdida de planos de separación con estructuras vecinas (posible infiltración)

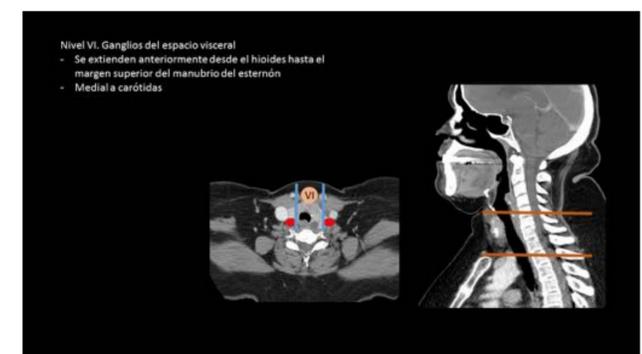
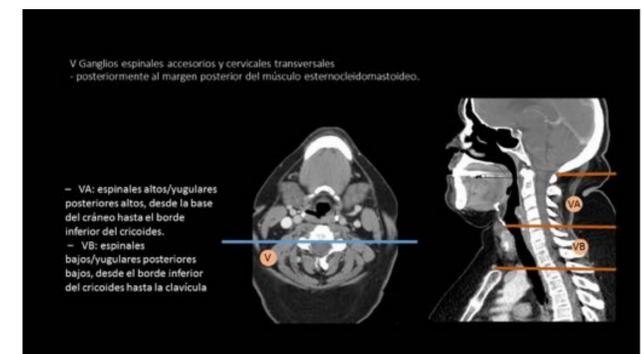
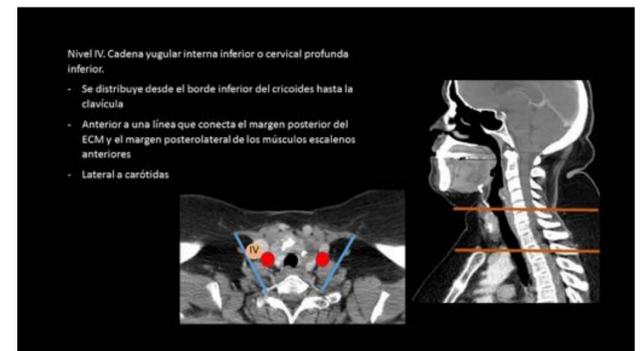
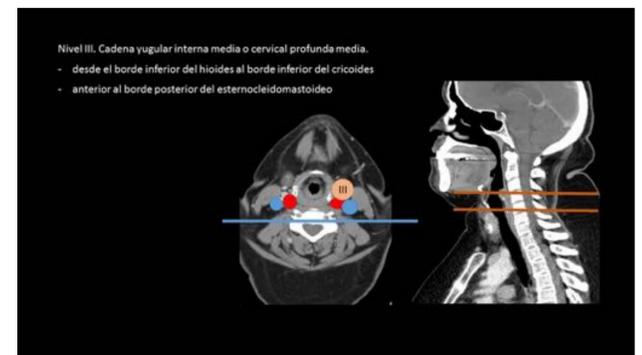
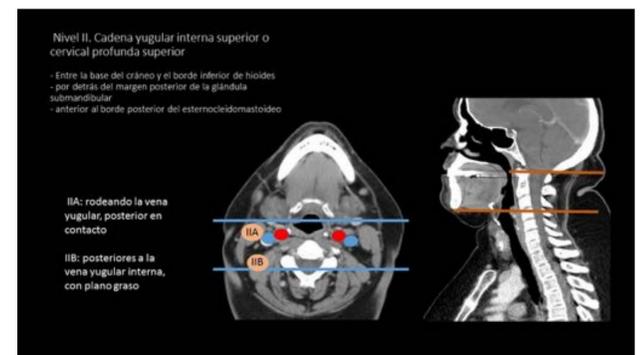
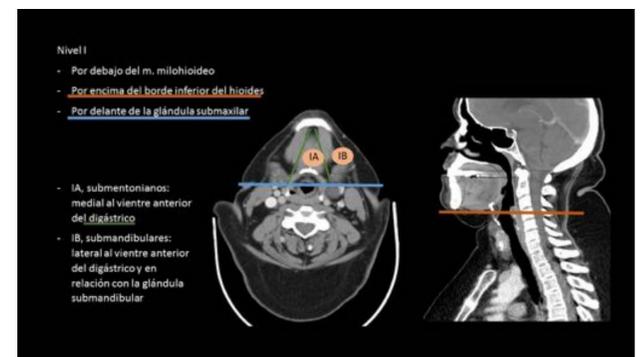


Existen varias formas de clasificar los ganglios, por grupos o cadenas ganglionares (anatómica) o por niveles (anatómica y funcional). En la descripción anatómica de los grupos ganglionares destaca un triángulo principal que incluye la cadena yugular interna (equivale a niveles II-III y IV), la cadena del nervio espinal (equivale a nivel V) y la cadena cervical transversa



En la descripción por niveles se describen los siguientes:

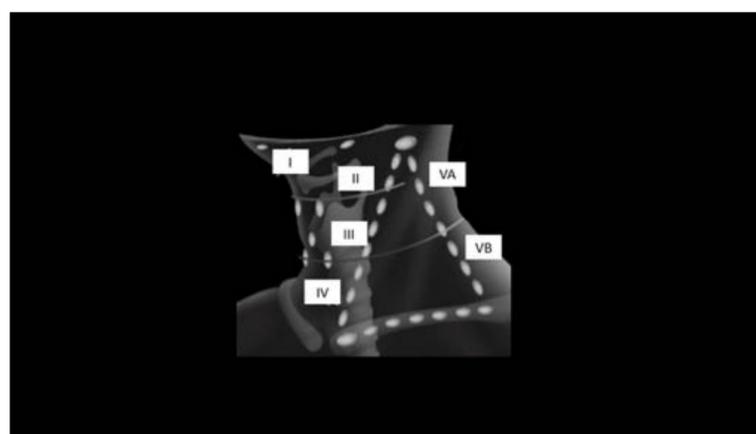
- **Nivel I Ganglios submentonianos y submandibulares.**
 - IA, submentonianos: entre los vientres anteriores del digástrico y situados lateralmente los IB, submandibulares .
- **Nivel II. Cadena yugular interna superior o cervical profunda superior.**
 - Por detrás y encima del hioides y por delante al borde posterior del m. esternocleidomastoideo
 - IIA: rodeando la vena yugular interna
 - IIB: posteriores a la vena yugular interna, con plano graso de separación
- **Nivel III. Cadena yugular interna media o cervical profunda media.**
 - Desde el borde inferior del hioides al borde inferior del cricoides.
- **Nivel IV. Cadena yugular interna inferior o cervical profunda inferior.**
 - Desde el borde inferior del cricoides hasta la clavícula
- **Nivel V. Ganglios espinales accesorios y cervicales transversales.**
 - Se localizan posteriormente al margen posterior del músculo esternocleidomastoideo
 - VA: espinales altos/yugulares posteriores altos, desde la base del cráneo hasta el borde inferior del cricoides.
 - VB: espinales bajos/yugulares posteriores bajos, desde el borde inferior del cricoides hasta la clavícula.
- **Nivel VI. Ganglios del espacio visceral**
 - Se extienden anteriormente desde el hioides hasta el margen superior del manubrio del esternón.
- **Nivel VII. Mediastínicos superiores**
 - Localizados entre ambas carótidas internas, el manubrio del esternón y la vena innominada.
- **Ganglios retrofaríngeos (mediales o laterales) y los parotídeos.**
- **Tejido linfóide del anillo de Waldeyer**
 - Amígdala faríngea o adenoides
 - Amígdala tubárica:
 - Amígdala palatina (o tonsila)
 - Amígdala lingual



El conocimiento de la extensión de la enfermedad a través de las diferentes cadenas ganglionares nos facilitará un mapa guiándonos hacia el origen de la enfermedad. Existen numerosas conexiones linfáticas así que no se podrá definir un mapa común ya que habrá variaciones según cada paciente, no obstante, se podrá hacer una aproximación con las vías más frecuentes. Una de las aproximaciones propuestas es la siguiente:

- NIVEL I : recibe el drenaje linfático de los labios, el suelo de la boca y la lengua
 - El nivel IA normalmente drena al nivel IB, y este nivel drena a su vez al nivel II
- Los ganglios intraparotídeos: reciben el drenaje de CAEs, oreja, trompa Eustaquio, piel, encías y mucosa bucal
 - Normalmente drenan en cadena yugular interna alta
- Los ganglios retrofaríngeos reciben drenaje de la mucosa nasosinusal, y faríngea
 - drenan en cadena yugular interna alta
- La cadena yugular interna (NIVELES II-III-IV): reciben de drenaje de nivel I, espacio parotídeo, espacio retrofaríngeo, faringe y ganglios faciales. El camino de drenaje más frecuente es de II a III, y de III a IV.
 - Drena a vena subclavia, a la vena yugular interna o la cadena cervical transversa
- La cadena del nervio espinal (NIVEL V): recibe drenaje de ganglios occipitales, mastoideos, cuero cabelludo y cuello lateral
 - Drena a cadena cervical transversa
- La cadena cervical transversa: recibe drenaje de cadena yugular interna, cadena del nervio espinal, ganglios supraclaviculares, pared anterior torácica y piel del cuello anterolateral
- NIVEL VI: recibe drenaje del espacio visceral, incluyendo laringe, tiroides, piel cuello anterior, tráquea, esófago
 - Normalmente drena a ganglios del territorio IV y a mediastino

Es importante recordar que hay algunos tipos de tumores, como el carcinoma papilar de tiroides que parecen ignorar por completo estas vías de drenaje, pudiéndose presentarse con una adenopatía retrofaríngea.



En el otro escenario donde el paciente se presenta con una adenopatía metastásica de primario desconocido, tendremos que revalorar los lugares del posible primario. Se iniciará con un examen físico convencional con endoscopia y se procederá a PET.

En las técnicas de imagen revisaremos los territorios de drenaje habituales e identificaremos la presencia del virus del papiloma humano y del virus de Epstein Barr, para guiar nuestra búsqueda y como factor pronóstico.

- Según el territorio donde localicemos la adenopatía podremos pensar en el origen más probable:
 - Adenopatías en parótidas –el origen es más frecuente que provenga de un tumor cutáneo, más que de cabeza y cuello
 - Nivel I y II: pensaremos en cavidad oral como el sitio más probable
 - Nivel II-III: orofaringe y supraglotis
 - Nivel IV: laringe, hipofaringe y esófago cervical
 - Nivel V: nasofaringe
 - Espacio parafaríngeo: hipofaringe y supraglotis
 - Bilaterales: nasofaringe, base de lengua, hipofaringe y otras lesiones de línea media.

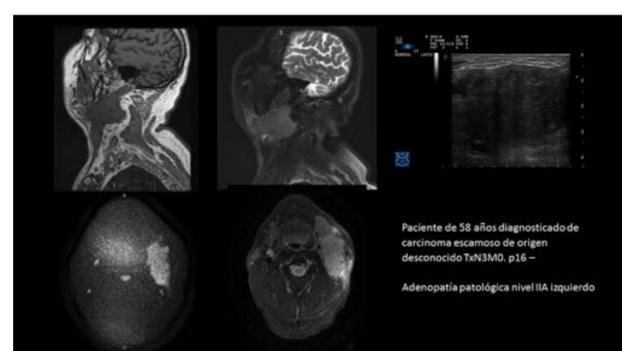
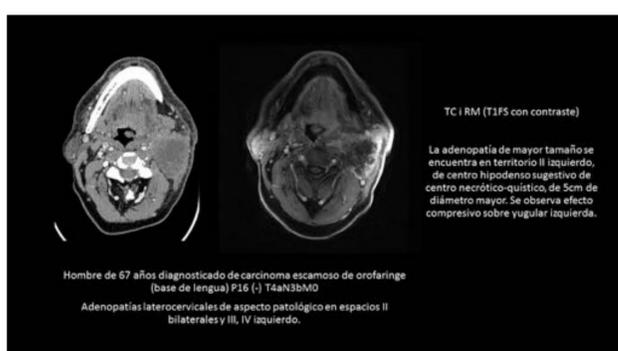
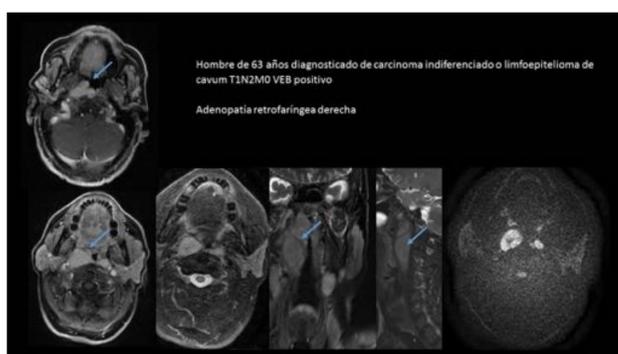
Recientes estudios sugieren determinar VPH, p16 y VEB en las PAAF realizadas de los ganglios de primario desconocido ya que ofrecen una guía adicional para encontrar el tumor primario:

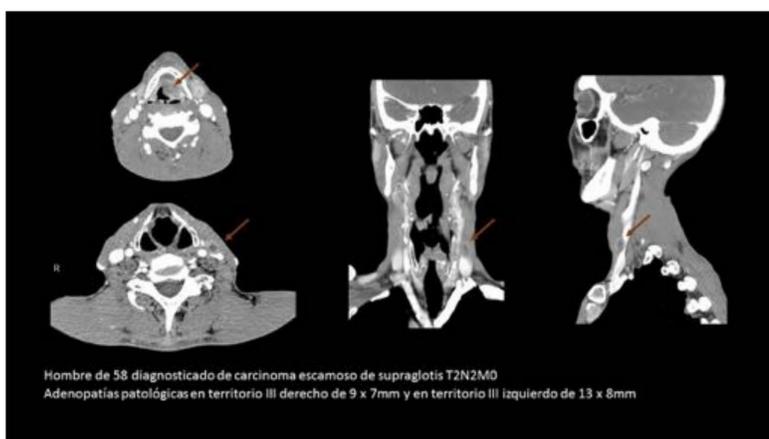
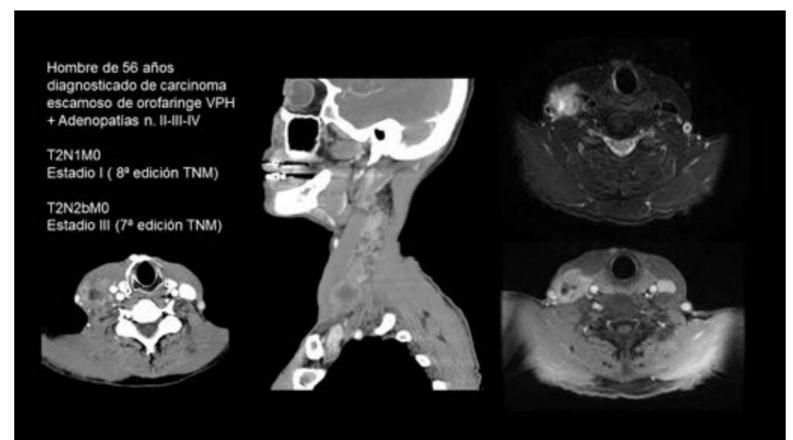
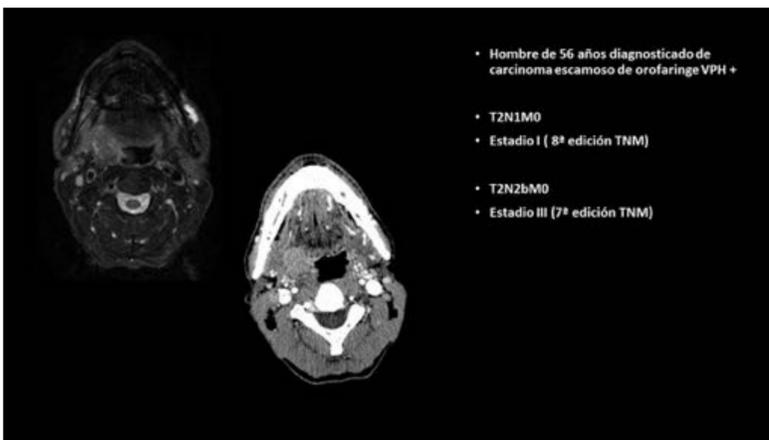
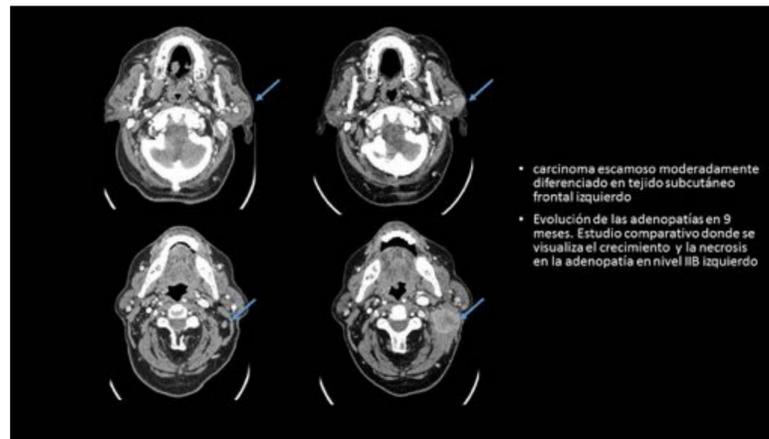
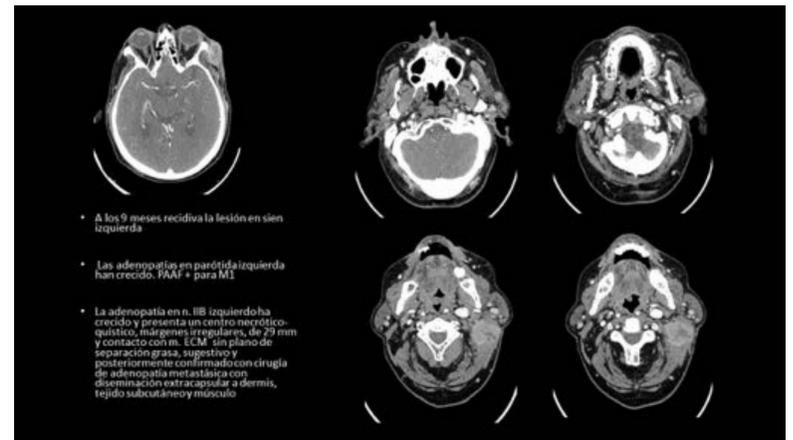
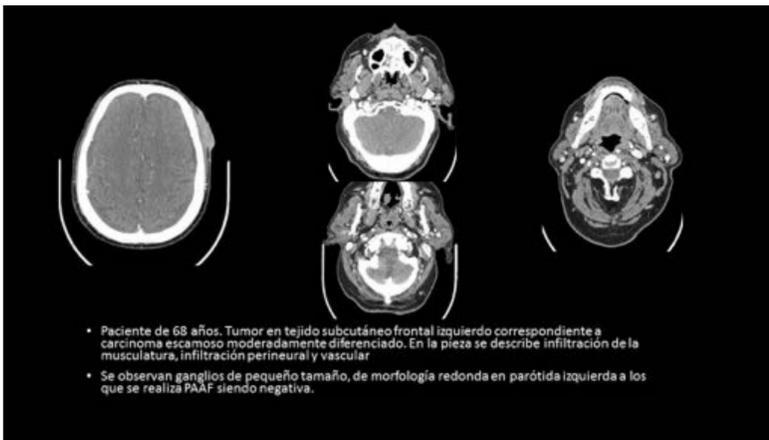
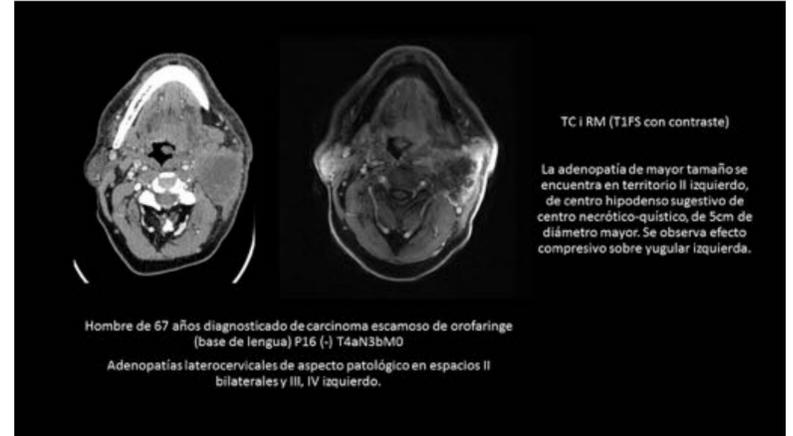
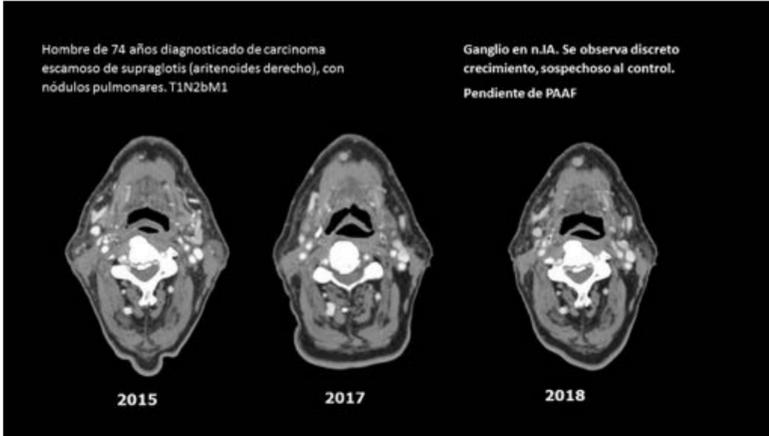
- VHP y la positividad a p16 se asocian a neoplasia de orofaringe. Se reconoce la relación causa-efecto en pacientes con carcinoma escamoso de orofaringe.
- VEB se asocia a carcinoma de nasofaringe

Si la PAAF de las adenopatías demuestra metástasis de carcinoma indiferenciado o tipo limfoepitelioma, se aconseja hacer citología del techo de la nasofaringe y torus tubarico ya que es la región más frecuentemente implicada.

Si a pesar de los estudios de PET, panendoscopia y estudios TC y RM no se consigue encontrar el primario, hay grupos de investigación que proponen la amigdalectomía ipsilateral al sitio de la metástasis porque se cree que es el sitio donde más frecuentemente se encuentran las neoplasias ocultas (criptas amigdalinas), seguido de la base de la lengua.

CASOS:





CONCLUSIÓN

- En casos de tumor primario conocido la ecografía, TC y RM nos ayudaran a detectar adenopatías sospechosas, confirmándolo posteriormente con el examen histológico
- En los casos de tumor primario desconocido revisaremos el origen de los territorios de drenaje afectados y valoraremos la presencia de ciertos virus para ayudarnos a detectar el origen de la neoplasia