

# Adenopatías abdominales: “Canarios de mina” cuando no hay nada más

Nazaret Orgaz Méndez<sup>1</sup>, Esther Domínguez Ferreras<sup>1,2</sup>, Elena Navarro Expósito<sup>1</sup>, Beatriz Sánchez Neila<sup>1</sup>, Fernando Dotor García-Soto<sup>1</sup>, Ludmila Protti<sup>1</sup>, Beatriz Olinda Leiva Pomacahua<sup>1</sup>, Jorge López Beneyto<sup>1</sup>, Marina García Selam<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario, Ciudad Real;

<sup>2</sup>Facultad de Medicina de Ciudad Real, UCLM.

# Objetivos

- Identificar las líneas de diseminación adenopática abdominal, especialmente en caso de neoplasias, para la realización de una lectura inversa de forma que puedan utilizarse como “centinelas” para la búsqueda dirigida de neoplasias primarias intraabdominales.
- Reconocer, tras la detección de una afectación adenopática aunque sea sutil, qué áreas u órganos ameritan un “second look” para intentar buscar el origen de la afectación.
- Determinar, en base a la localización y morfología de los ganglios detectados, en ausencia de otras alteraciones morfológicas definibles tras la revisión, qué estudio/s recomendar.

# Revisión del tema Introducción<sup>1</sup>

Es conocido que ciertas neoplasias primarias intra-abdominales tienden a diseminarse precozmente por vía ganglionar antes de manifestarse claramente como masas definidas en los estudios de imagen.

Cada vez es más frecuente la indicación de pruebas de imagen para búsqueda de malignidad subyacente en pacientes con clínica no dirigida en los que el orden habitual de trabajo, identificación de neoplasia y estudios de extensión, puede no ser aplicable. En estos pacientes la detección de un hallazgo sutil, como una imagen ganglionar patológica, puede orientar la búsqueda de la lesión primaria tanto en la imagen como a través de otros estudios dirigidos.

Los ganglios linfáticos normales son ovalados, con ejes cortos inferiores a 1cm y se suelen distribuir de forma paralela a los vasos acompañantes. Cuando están afectados por un proceso maligno, su morfología pasa a ser redondeada con aumento del eje corto (principal criterio de afectación adenopática) y ocasionalmente variaciones de su contorno o densidad. Además, se debe considerar sospechosa la presencia de numerosos ganglios en una zona "centinela" donde se sabe que podría metastatizar una neoplasia concreta, reorientando la búsqueda.

Con respecto al tamaño, se suele considerar patológico un eje corto mayor de 10 mm en términos generales, aunque se debe de tener en cuenta un tamaño mayor a 3 mm para ganglios perirrectales, a 6 mm para ganglios retrocraurales y periportales y a 8 mm para los ganglios del ligamento gastrohepático<sup>3,5</sup>. Para las adenopatías de las cadenas pélvicas algunas guías recomiendan una mayor tolerancia aceptando como normales ejes cortos inferiores a 15 mm.

En aquellos casos en los que la clínica es inespecífica y no permite orientar la búsqueda y una primera revisión de la imagen no permite identificar un proceso maligno primario evidente, la detección de afectación adenopática puede permitir una búsqueda dirigida, directamente en la imagen en busca de alteraciones sutiles y, si esta es infructuosa, orientar el manejo del paciente y las subsiguientes pruebas diagnósticas.

# Revisión del tema

## Diseminación adenopática

De manera habitual, las neoplasias primarias intraabdominales afectan en primer lugar a los ganglios locales más próximos a las mismas, pudiendo después dar depósitos secundarios en cadenas ganglionares más alejadas, cercanas a órganos susceptibles en los que metastatizan. En la tabla 1 se reflejan los grupos de diseminación preferente por localización de la neoplasia y qué localizaciones de afectación adenopática pueden considerarse “canarios de mina” para ellas y obligan a la revisión dirigida del órgano.

Neoplasia primaria asociada	Grupos ganglionares de diseminación	Considerar como “canario de mina”
Gástrica y Duodenal	1º: Grupo celiaco, ligamento gastrohepático y periesplénico 2º: Cadena portal y pancreático duodenal	G. Virchow Ligamento gastrohepático Peripilóricas y pericardiales
Hígado y vía biliar	Ganglios portales y grupo celiaco	
Páncreas	Periesplénicos, pancreático-duodenales, AMS, grupo celiaco, retroperitoneales y ligamento gastrohepático	G. Virchow Peripancreáticas AMS
Intestino delgado	Ganglios mesentéricos y de la cadena AMS	Mesentéricos
Ciego	Pericólico, ciego anterior, ciego posterior, ileocólico y cólico derecho	Mesociego y grasa pericecal
Colon ascendente	Pericólico, ileocólico, cólico derecho y cólico medio	
Ángulo hepático	Pericólico, cólico medio y cólico derecho	
Ángulo esplénico	Pericólico, cólico medio, cólico izquierdo, AMI	
Colon descendente	Pericólico, cólico izquierdo, AMI y sigmoide	Peri y paracólicos (Buscar en el segmento de colon adyacente )

Tabla 1; primera parte.

Neoplasia primaria asociada	Grupos ganglionares de diseminación	Considerar como “canario de mina”
Colon transverso	Pericólico y cólico medio	Mesocolon transverso
Colon sigmoide	Pericólico, mesentérico inferior, rectal superior (hemorroidal), sigmoide y mesentérico sigmoide	Mesocolon y raíz del mesocolon sigmoide
Recto – Grupo hemorroidal superior	Ganglios paraórticos	Perirrectales y obturatrices
Recto – Grupo hemorroidal medio	1º: Ganglios iliacos internos 2º: Superficie superior de los músculos elevadores del ano y ganglios de los ligamentos laterales del recto	
Recto – Grupo hemorroidal inferior	Ganglios inguinales	
Riñones y suprarrenales	Periaórticos del retroperitoneo	Hilio renal y paraaórticos superiores
Vejiga	1º: Ganglios pélvicos (Hipogástricos, obturador, iliaco interno y externo, perivesicales, sacro (lateral y promontorio) y presacro) 2º: Iliacos comunes y retroperitoneales	Grupos iliacos externos y obturatrices
Próstata, cérvix y endometrio	1º: Ganglios pélvicos (Hipogástricos, obturador, iliaco interno y externo, perivesicales, sacro (lateral y promontorio) y presacro) 2º: Iliacos comunes y retroperitoneales	Grupos iliacos externos y obturatrices, con frecuencia bilaterales y ascendentes a cadenas paraaórticas

Tabla 1; segunda parte: grupos de diseminación preferente por localización de la neoplasia y qué localizaciones de afectación adenopática pueden considerarse “canarios de mina” o “centinelas”.

# 1.- Ganglios retrocraurales

- El espacio retrocraural es un espacio de morfología triangular que se sitúa en la porción caudal del mediastino posterior, y no presenta límites definidos con respecto a la porción posteromedial de la cavidad torácica, de forma que en la práctica conecta el mediastino posterior al retroperitoneo, y puede valorarse de forma efectiva en los cortes craneales de cualquier estudio planar abdominal<sup>1</sup>.

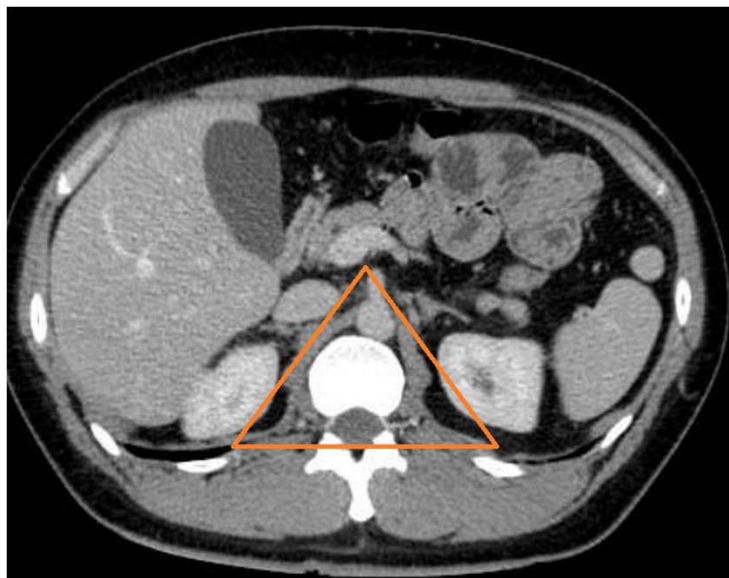


Imagen 1: Espacio retrocraural.

- A los ganglios retrocraurales drenan los linfáticos de la región diafragmática, mediastino posterior y región lumbar superior. Por tanto, las neoplasias que se originen tanto craneales como caudales al diafragma pueden comunicarse a través de este espacio, no obstante las neoplasias primarias que con mayor frecuencia los afectan son el cáncer pulmonar, el linfoma y el mesotelioma, por lo que su afectación aislada debe orientar la búsqueda a lesiones supradiafragmáticas<sup>2</sup>.
- Se consideran patológicos cuando exceden los 6 mm de eje corto<sup>1</sup>.

## 2.- Ganglios del ligamento gastrohepático

- El ligamento gastrohepático se extiende desde el cardias y la curvatura menor del estómago hasta la cisura del ligamento venoso, situada en el aspecto inferior del hígado. En las imágenes de CT corresponde al área grasa entre el hígado y la pared gástrica en la que circulan los vasos gástricos izquierdos<sup>3</sup>.
- Los ganglios del ligamento gastrohepático pueden considerarse sospechosos cuando alcanzan ejes cortos de 8mm<sup>1</sup>.

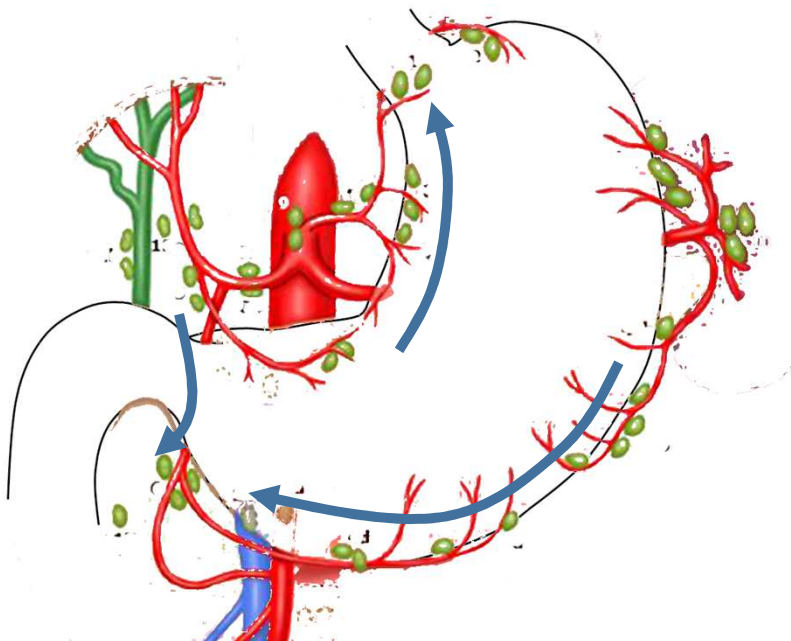


Figura 1: TC abdominal en fase portal en el que se identifica un ganglio hipercaptante de contornos desflecados en el ligamento gastrohepático (circulo naranja). El primario gástrico, confirmado posteriormente en endoscopia) se manifiesta como un sutil engrosamiento hipercaptante de la pared anterior del estómago (flecha naranja).

- Estos ganglios se afectan de forma precoz por diseminación local de los tumores localizados en la unión esófago-gástrica, curvatura menor y antro pilórico, y, de forma retrógrada en las neoplasias pancreáticas, por lo que su afectación aislada debe inducir la reevaluación de la pared gástrica (Figura 1) y del cuerpo pancreático<sup>4</sup>.

### 3.1.- Ganglios pericardiales y peripilóricos

- Drenajes de los tumores gástricos, esofágicos distales (pericardiales) y duodenales (peripilóricos):
- Los ganglios pericardiales son nódulos que recogen el drenaje de los nódulos de la curvatura menor de estómago, el fundus gástrico y la unión esófago-gástrica (esquema 1). Nos orientarán, por tanto, a tumor primario esofágico distal o gástrico (fundus, curvatura menor)<sup>5</sup>.
- Los ganglios peripilóricos recogen el drenaje de los nódulos situados a lo largo del antro gástrico, la curvatura mayor del cuerpo gástrico y del ligamento gastroduodenal. Se verán afectados, en consecuencia, por neoplasias gástricas (antro, curvatura mayor) (Figura 2) como duodenales (Figura 3)<sup>5</sup>.
- Son patológicos cuando superan los 8 mm de eje corto. Drenarán a los ganglios del tronco celiaco<sup>1</sup>.



Esquema 1: esquema de los ganglios de drenaje gástricos



## 3.2.- Ganglios pericardiales y peripilóricos

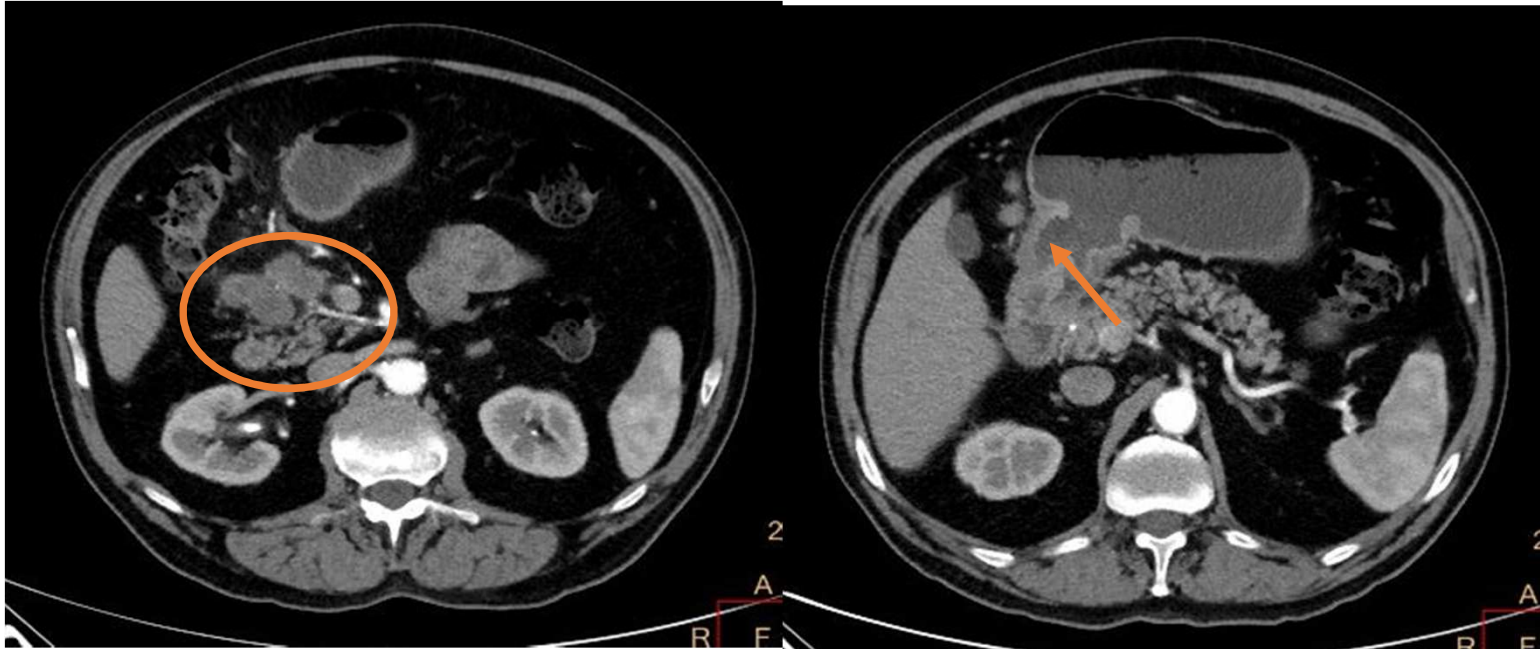


Figura 2: TC abdominal en fase portal en el que se identifican adenopatías de centro hipodenso y tamaño patológico adyacentes a los vasos pancreatoduodenales y peripilóricos (círculo naranja). El primario gástrico se manifiesta como un engrosamiento sutil de la pared del antro, desestructurada, pero sin masa apreciable (flecha naranja). Obsérvense los ganglios de contornos desflecados adyacentes a la lesión neoplásica.

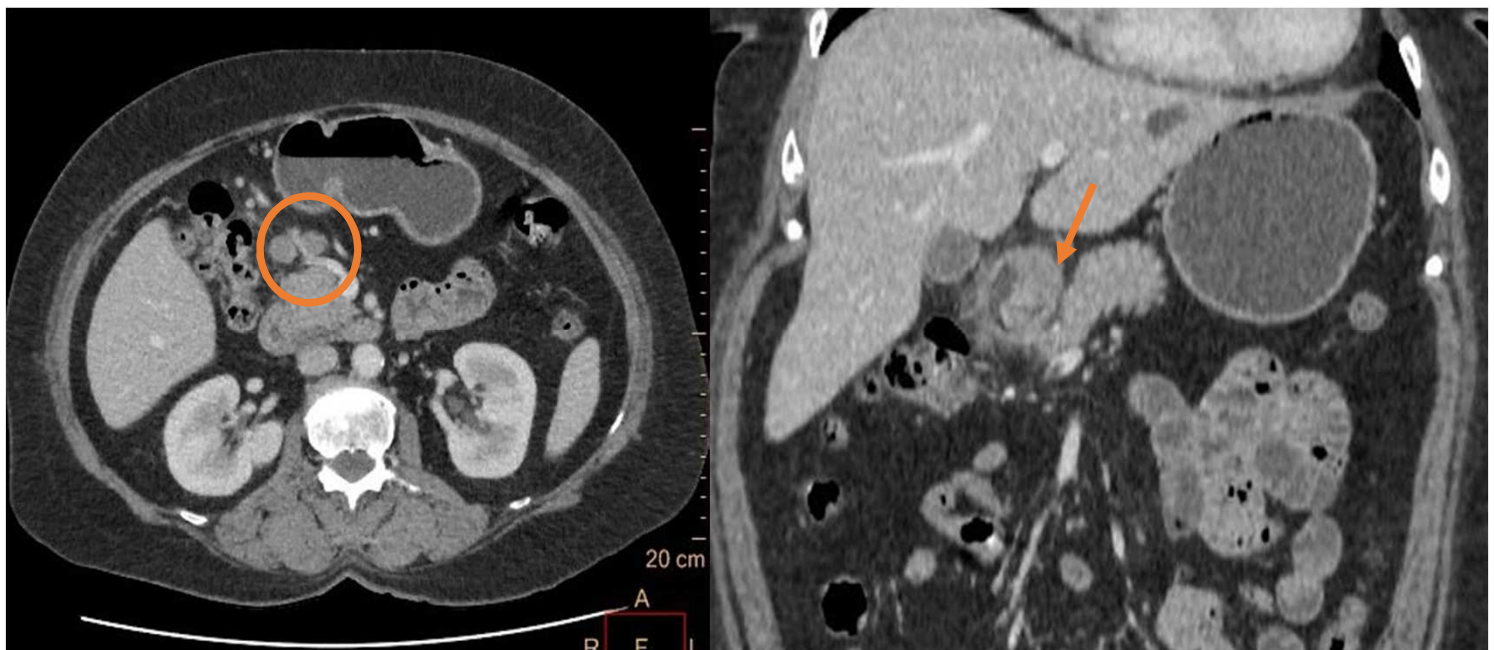
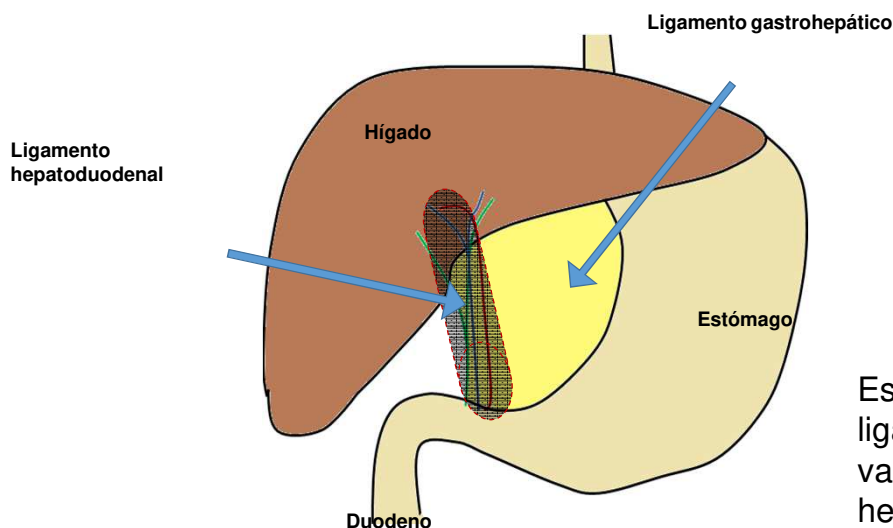


Figura 3: TC abdominal en fase portal en el que se identifican adenopatías de centro hipodenso adyacentes a los vasos pancreatoduodenales y peripilóricos (círculo naranja). El primario duodenal (flecha naranja) confirmado posteriormente en la endoscopia recomendada, es difícil de ver en los axiales, simulando peristaltismo.

## 4.- Ganglios portales-hepáticos

- Estos grupos ganglionares se sitúan a lo largo de la porta hepatis, sobre la fisura transversa sobre la que asienta el hilio hepático, el plexo nervioso hepático y los conductos linfáticos hepáticos, y recorren el ligamento hepatoduodenal (esquema 2). Drenan en los ganglios celiacos, y mantienen interconexiones con los ganglios del ligamento gastrohepático<sup>6</sup>.
- Se alteran por afectación locorregional en caso de tumores hepáticos (la masa suele ser muy evidente), de vía biliar (con frecuencia asociados a dilatación e ictericia) y duodenales, y por diseminación retrógrada los gástricos, esofágicos, pancreáticos, pulmón y colon, con mayor frecuencia.
- No obstante el hígado es un órgano de diseminación preferente para los tumores digestivos a través de la vía portal, de tumores de otras localizaciones por vía hematógena, y dada su función de transformación metabólica puede sufrir cambios inflamatorios asociados a múltiples procesos y a toma de fármacos por lo que encontrar ganglios aumentados de tamaño, pero con morfología conservada en esta localización es frecuente, por lo que no es una localización que pueda utilizarse con éxito como “centinela”.



Esquema 2: Representación de los ligamentos gastrohepático (portando los vasos del hilio hepático y la vía biliar) y hepatoduodenal.

## 5.- Ganglios celiacos

- Este grupo se compone por los ganglios situados en localización preaórtica en torno al tronco celiaco y su bifurcación
- Son patológicos cuando miden 10 mm de eje corto o si son numerosos<sup>1</sup>.
- A ellos drenan los vasos linfáticos procedentes del tracto gastrointestinal y los órganos intraabdominales, por lo que tienen interconexión con los ganglios portales-hepáticos, pancreático-duodenales, esplénicos y mesentéricos<sup>3,7</sup>. Así, podemos deducir que cualquier neoplasia intraabdominal puede dar depósitos secundarios en estos ganglios.
- No obstante, al tratarse de una estación secundaria o terciaria en la mayoría de los casos, su afectación aislada sin masa visible en otras localizaciones es poco frecuente. Cuando aparece, la búsqueda debe orientarse preferentemente al estómago y esófago distal (figura 4).

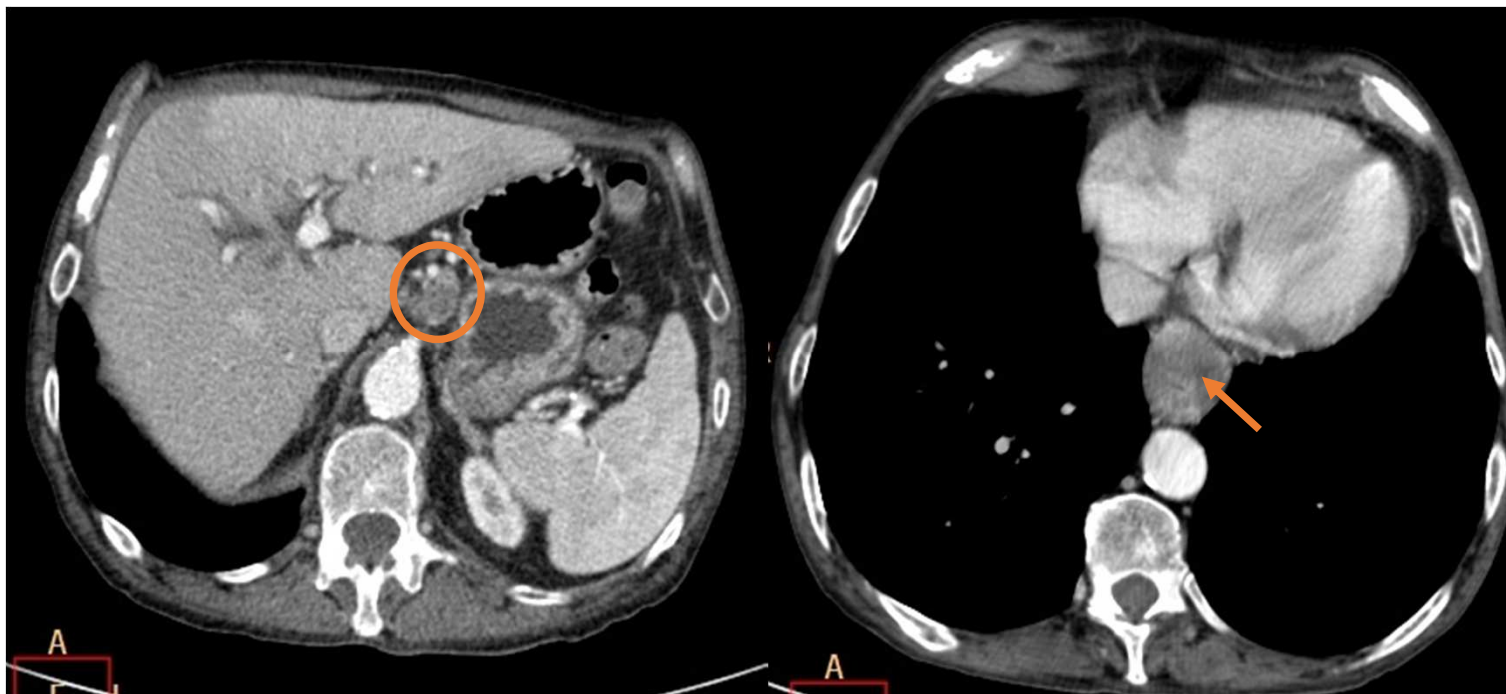
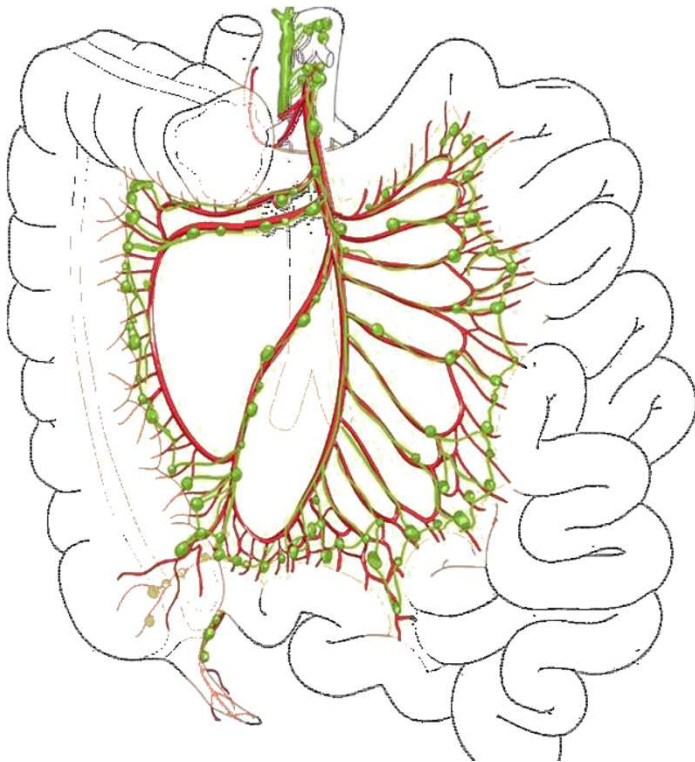


Figura 4: TC abdominal en fase portal (izquierda) en el que se identifica adenopatía de centro hipodenso adyacentes al tronco celiaco (círculo naranja). El estómago no mostraba alteraciones. En el corte de TC torácico se identifica el primario esofágico (flecha naranja) confirmado posteriormente en la endoscopia recomendada.

## 6.1.- Ganglios de los mesos

- El mesenterio es la doble hoja peritoneal que tapiza las asas de yeyuno e íleon. Entre ambas discurren los vasos intestinales y los linfáticos mesentéricos (esquema 3). El ciego, colon transverso y colon sigmoide, intraperitoneales, tienen mesos propios<sup>3</sup>.
- Los ganglios mesentéricos son un conjunto numeroso que sitúa en el espesor de la grasa de los mesos y drena en sentido craneal hacia el retroperitoneo superior, y serán sospechosos si son numerosos, con captación de contraste marcada, y como norma, si alcanzan los 10 mm de eje corto<sup>1</sup>.



Esquema 3: Ganglios mesentéricos.  
Modificado de  
<https://doi.org/10.37019/e-anatomy>,  
ISSN 2534-5079

- Aunque puede aparecer afectación ganglionar sobre los mesos como metástasis a distancia de otras neoplasias, la afectación adenopática sobre el meso tiene como orígenes primarios preferentes las neoplasias intestinales y la afectación linfomatosa por lo que ante la detección de ganglios sospechosos en los mesos es necesario considerar distribución, morfología y número<sup>8</sup>.

## 6.2.- Ganglios de los mesos

- Considerando distribución, morfología y número:
  - La afectación focal y restringida sobre una localización en el meso (incluidos los mesos colónicos), especialmente si alguno de los ganglios muestra espiculación del contorno obliga a revisar el asa de intestino correspondiente al área de drenaje, considerando en la evaluación de forma más preferente el segmento de intestino incluido que corresponda al arco de drenaje de un ángulo de 90° sobre el meso cuya bisectriz sea el eje del vaso mesentérico adyacente al ganglio afecto, en busca de una lesión intestinal (figura 5).

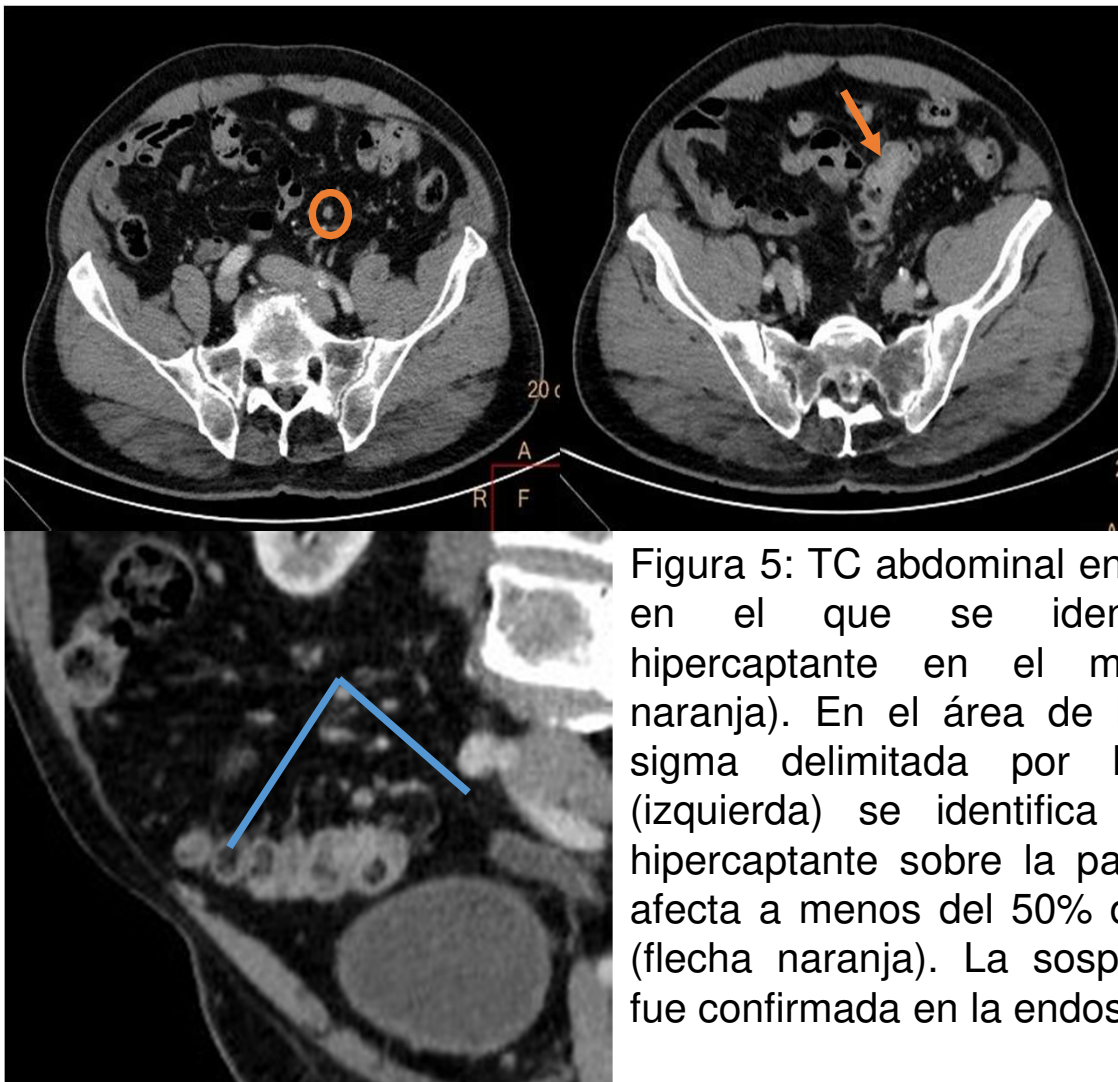


Figura 5: TC abdominal en fase portal (arriba) en el que se identifica adenopatía hipercaptante en el mesosigma (círculo naranja). En el área de búsqueda sobre el sigma delimitada por las líneas azules (izquierda) se identifica una lesión plana hipercaptante sobre la pared del sigma que afecta a menos del 50% de la circunferencia (flecha naranja). La sospecha de neoplasia fue confirmada en la endoscopia.

## 6.3.- Ganglios de los mesos

- Considerando distribución, morfología y número:
  - La afectación difusa, especialmente del mesenterio, con ganglios de bordes lisos y, con mayor confianza si los ganglios tienden a formar imágenes de “signo del sándwich” o a coalescer formando masas, será sugerente de síndrome linfoproliferativo y debe orientarse el proceso diagnóstico en esa dirección (Figura 6).

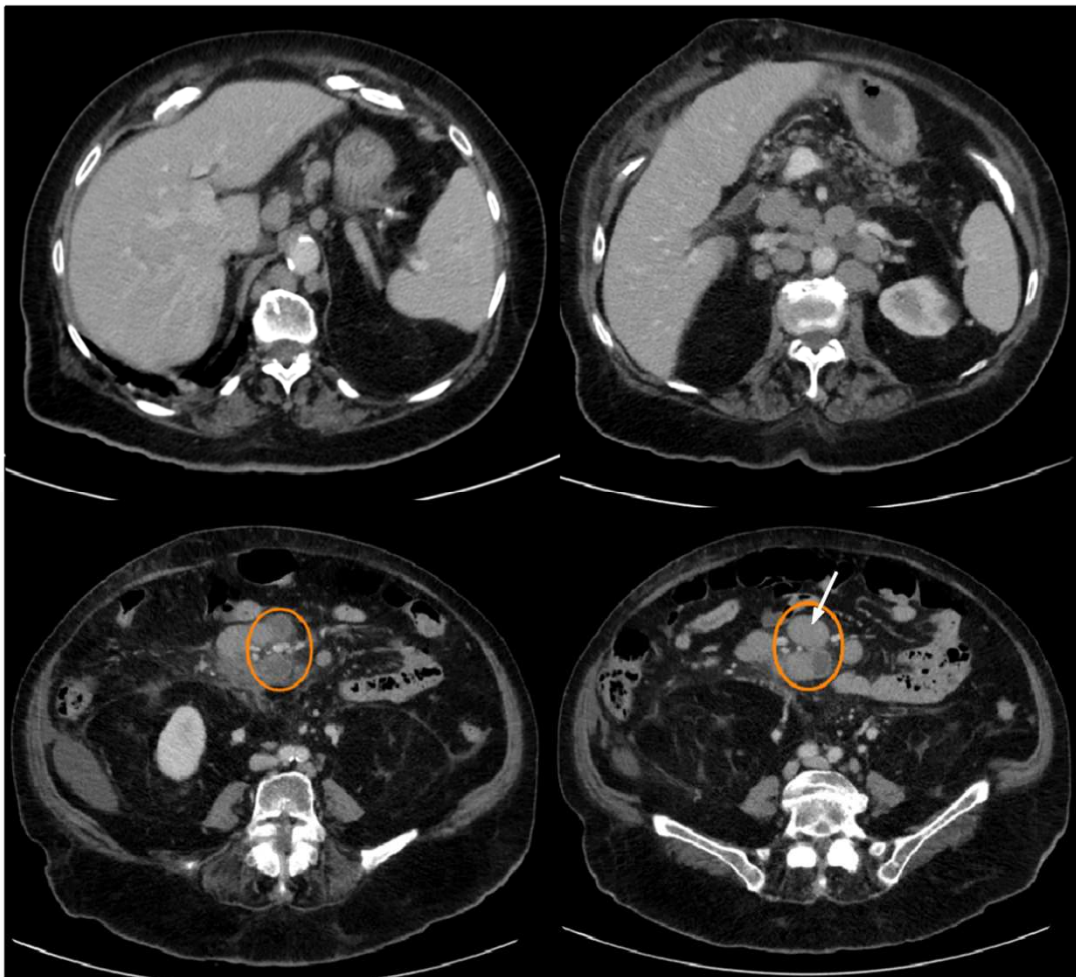


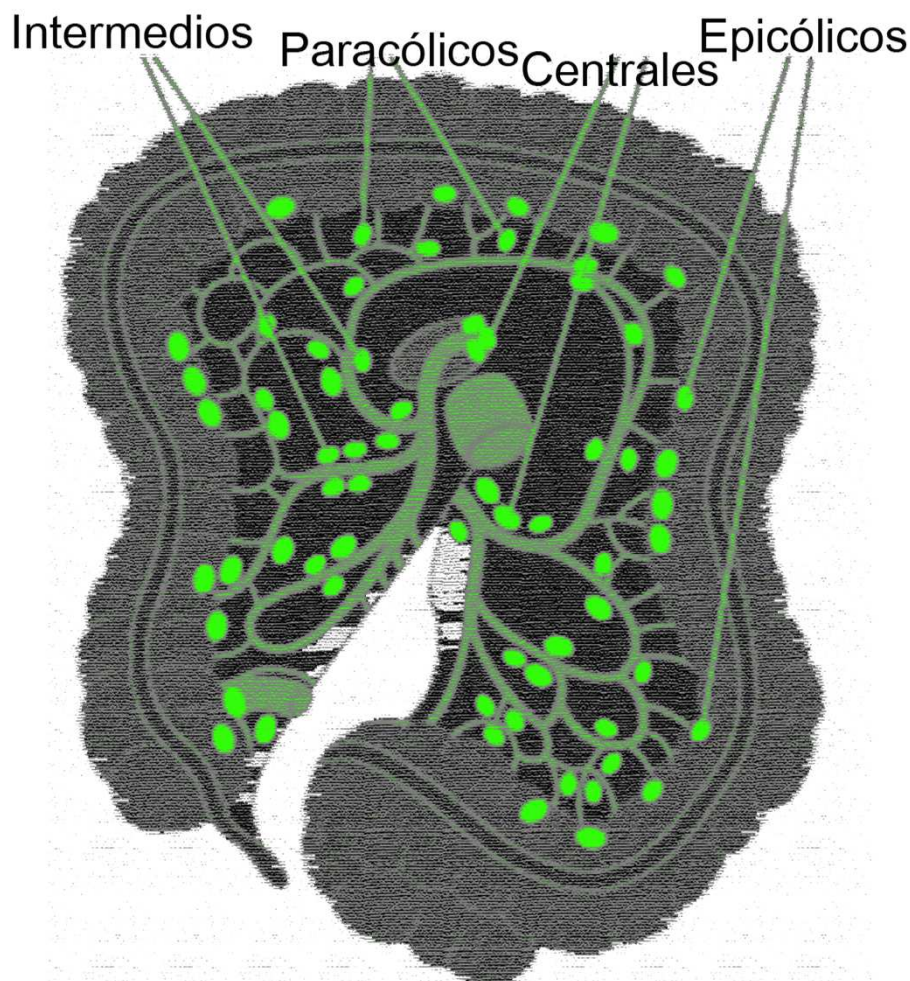
Figura 6: TC abdominal en fase portal en el que se observan numerosas adenopatías, algunas de ellas necrosadas y de hasta 24 mm de eje corto (flecha), con afectación de la práctica totalidad de las cadenas abdominales y que en el mesenterio rodean los vasos mesentéricos, con imágenes de “signo del Sándwich” (círculo naranja). El estudio histológico confirmó LNH.

## 7.1.- Ganglios epicólicos y paracólicos

- Drenaje del colon retroperitoneal (ascendente y descendente):
  - El espacio pararrenal anterior del retroperitoneo se puede dividir en tres compartimentos: el pancreático-duodenal y los paracólicos izquierdo y derecho, los cuales caudalmente se unen con el espacio pararrenal posterior, para formar el espacio infrarrenal, que comunica a su vez con la pelvis<sup>5</sup>. Los ganglios paracólicos se distribuyen adyacentes a los vasos marginales del colon ascendente y descendente (esquema 4).
  - Los ganglios paracólicos ascendentes recogerán los drenajes de las neoplasias cecales, del colon derecho y del ángulo hepático del colon.
  - Los ganglios paracólicos descendentes recogerán los drenajes de los tumores del ángulo esplénico del colon, del colon izquierdo y del sigma.
  - Serán patológicos si superan los 10 mm de eje corto, numerosos, redondeados o hipercaptantes<sup>1</sup>.

## 7.2. - Ganglios epicólicos y paracólicos

- Los ganglios epicólicos se sitúan en contacto con las paredes del colon. Los paracólicos en la grasa adyacente al mismo. Los intermedios a lo largo de los vasos sanguíneos radiales, sobre las líneas de drenaje y los centrales en las raíces de los troncos vasculares principales.



Esquema 4: Ganglios de drenaje del colon; epicólicos, paracólicos, Intermedios y centrales. Modificado de Pallarés Segura, José Luis; Balagué Ponz, M. Carmen, dir.; Targarona Soler, Eduardo Ma. El papel del ganglio centinela en la evolución del cáncer de colon. 2011. 49 p. <<https://ddd.uab.cat/record/85537>>



## 8.1.- Ganglios retroperitoneales

- El retroperitoneo es la región comprendida entre el peritoneo parietal posterior y la fascia transversalis que recubre a los músculos de la región lumbar, en la zona posterior de la cavidad abdominal. Caudalmente, se delimita por el diafragma, caudalmente por el suelo de la pelvis<sup>7</sup>.
- Por tanto, tumores originados intraperitonealmente o en pelvis pueden dar con facilidad adenopatías retroperitoneales.
- Suelen ser patológicos cuando superan los 10 mm de eje corto o si son numerosos<sup>1</sup>.
- Las neoplasias primarias que con mayor frecuencia afectan a este grupo ganglionar son los carcinomas de próstata, cérvix, uterino, testicular, renal y el linfoma y es además característica la diseminación retrógrada metastásica del cáncer gástrico<sup>9</sup>.
- Por todo ello, al evaluar la afectación ganglionar retroperitoneal es necesario tener en cuenta la morfología, captación y localización de los ganglios patológicos, la existencia de afectación concomitante de otras cadenas si las hay (buscarlas) y la evolución si se dispone de estudios previos comparativos.

## 8.2.- Ganglios retroperitoneales

### • Valoración de ganglios retroperitoneales:

- La afectación difusa, con ganglios de bordes lisos y de gran tamaño y, con mayor confianza si los ganglios tienden a coalescer formando masas con extensión perivascular, será sugerente de síndrome linfoproliferativo y debe orientarse el proceso diagnóstico en esa dirección (figura 6).
- Adenopatías perirrenales unilaterales aisladas o con mínima extensión a las cadenas de los grandes vasos homolaterales sin extensión craneocaudal significativa se asocian a alteraciones nefro-urológicas homolaterales, por lo que en ausencia de otras alteraciones y si debemos usarlas como centinelas será necesario buscar activamente en esta localización lesiones renales de pequeño tamaño o captaciones uroteliales.
- Ganglios múltiples, relativamente pequeños, pero hipercaptantes, a veces desflecados, en localización para-aórtica izquierda infrarrenal pueden ser signo de diseminación retroperitoneal de un carcinoma gástrico, obligando a reevaluar esta víscera cuando las empleamos como “canarios de mina”.

## 8.3.- Ganglios retroperitoneales

### • Valoración de ganglios retroperitoneales:

- Ganglios múltiples, relativamente pequeños pero hipercaptantes, a veces desflecados, en localización para-aórtica izquierda infrarrenal pueden ser signo de diseminación retroperitoneal de un carcinoma gástrico, obligando a reevaluar esta víscera cuando las usamos como “canarios de mina” (Figura 7).
- Afectación adenopática ascendente: la afectación de las cadenas del retroperitoneo perivascular distal con extensión hacia las cadenas iliacas comunes y pélvicas laterales debe inducir una búsqueda activa de la causa en el aparato genital. En los varones es frecuente que la afectación ganglionar de origen testicular sea unilateral en la pelvis (Figura 8), mientras que la afectación de origen prostático es frecuentemente bilateral y relativamente craneal (Figura 9).

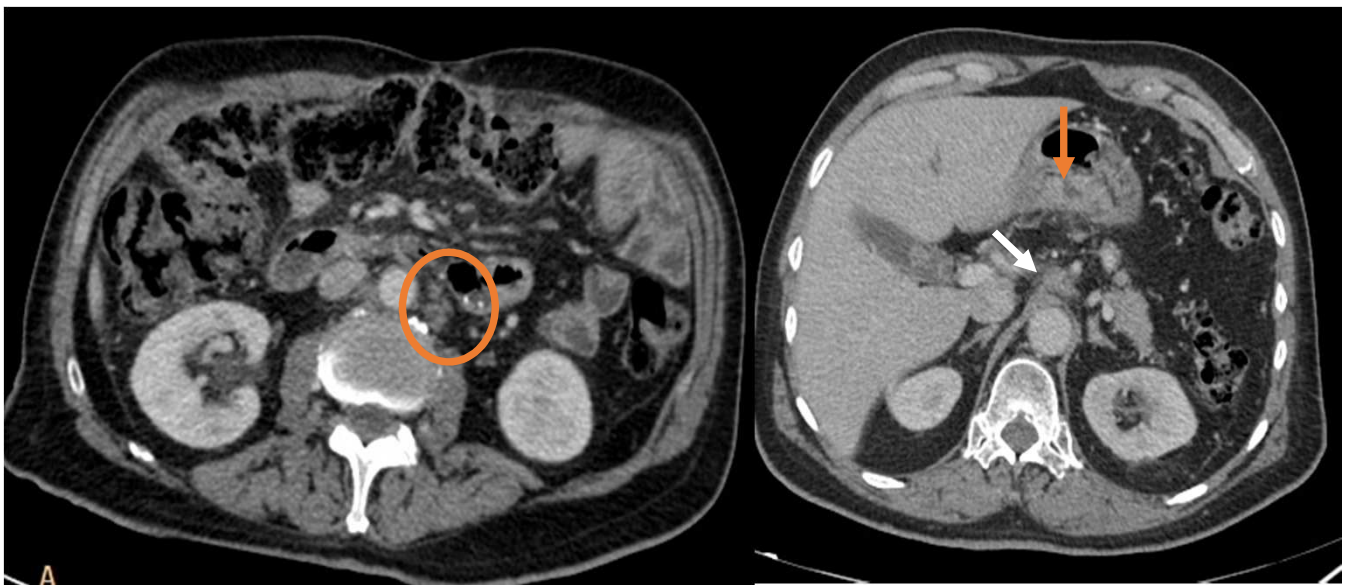


Figura 7: TC abdominal en fase portal en el que se identifican múltiples ganglios desflecados de pequeño tamaño en las cadenas paraaórticas infra renales (círculo naranja) y adenopatía de similares características adyacente al tronco celiaco (flecha blanca). El primario gástrico ulcerado sobre la pared posterior del estómago (flecha naranja) confirmado posteriormente en endoscopia podría haber sido difícil de detectar debido al colapso gástrico por intolerancia oral del paciente.

## 8.4.- Ganglios retroperitoneales

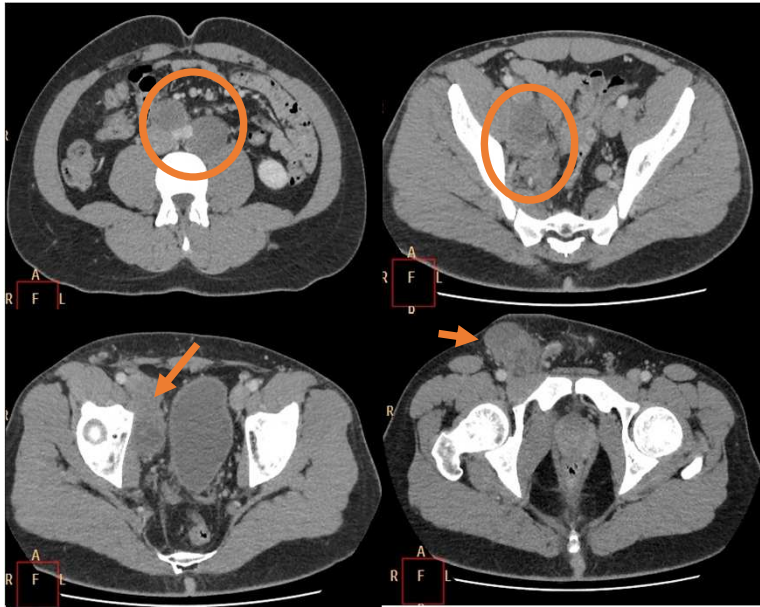


Figura 8: TC abdominal en fase portal en el que se identifican múltiples adenopatías individuales (no fusionadas) hipodensas y de gran tamaño que se extienden cranealmente desde las cadenas inguinales derechas hasta el retroperitoneo infrarrenal (marcas naranjas). La afectación unilateral y ascendente sugiere lesión perineal o en MID. En este caso se diagnosticó un seminoma testicular derecho.

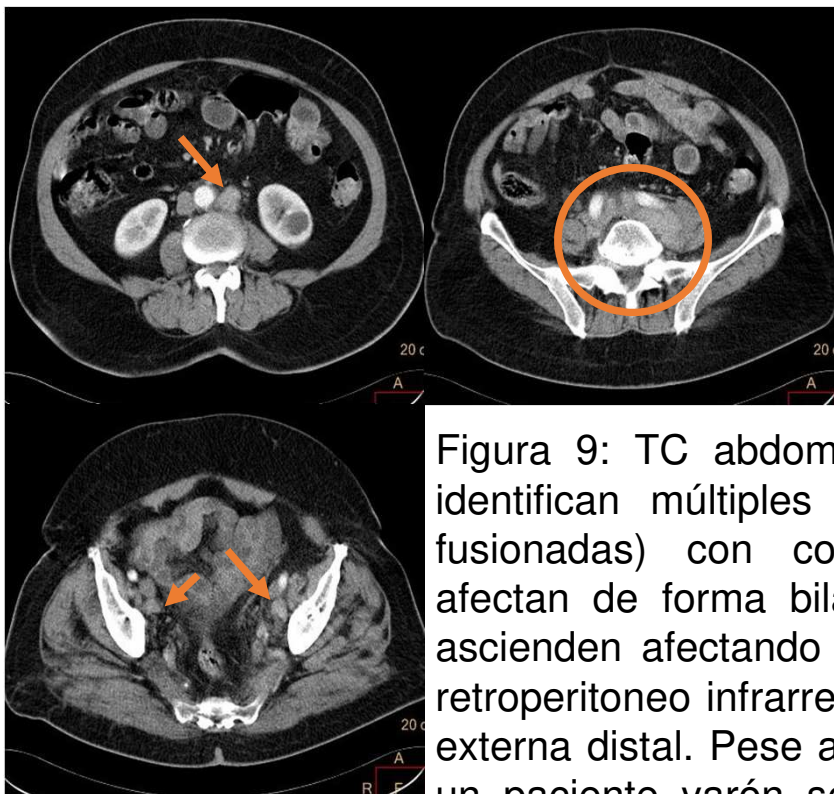


Figura 9: TC abdominal en fase portal en el que se identifican múltiples adenopatías individualizables (no fusionadas) con contornos relativamente lisos que afectan de forma bilateral a los grupos obturadores y ascienden afectando a los grupos ilíacos comunes y al retroperitoneo infrarrenal distal, pero sin afectación ilíaca externa distal. Pese a la ausencia de lesiones óseas, en un paciente varón se sospechó un Ca. Próstata y se recomendó valorar PSA. El PSA, llamativamente elevado, permitió indicar la biopsia de próstata y confirmar histológicamente el diagnóstico de sospecha.

## 9.- Ganglios pélvicos

- Son un grupo extenso, como el anterior, que se distribuyen adyacentes a los vasos iliacos (comunes, internos y externos) y en contacto con los músculos psoas (los inguinales externos). Tienen fuertes interconexiones con los ganglios retroperitoneales, como hemos referido en dicho apartado y suelen valorarse junto con ellos y siguiendo las mismas reglas.
- Entre ellos destaca el ganglio obturador, que pertenece al grupo externo. Suele ser el primer ganglio afecto por neoplasias como la prostática, vesical o cervical. En referencia a él, esta cadena se denomina a veces así mismo “cadena/grupo obturatriz”<sup>9</sup>.
- Su tamaño patológico está en torno a los 15 mm, aunque como venimos destacando, si son numerosos pueden alertarnos de una patología subyacente<sup>1</sup>.
- A ellos drenan los tumores anteriormente mencionados, así como el carcinoma anorrectal tras metastatizar primero a los ganglios pararrectales, y por mecanismo retrógrado de los tumores de ovario, testículo y trompas de Falopio, que drenan en primer lugar a retroperitoneo.

## 10.- Ganglios extra-abdominales

- Ganglio de Virchow:

Se trata de una adenopatía supraclavicular izquierda, que mantiene estrecha relación con el conducto torácico principal al cual drenan los vasos linfáticos abdominales. Se afecta característicamente por metástasis de carcinoma gástrico (el primero relacionado históricamente con este nódulo), pero también del pancreático o de la vía biliar<sup>10</sup>.

Es de especial utilidad como “ganglio centinela” de estas entidades, ya que suelen presentar una alta mortalidad por permanecer silentes hasta estados avanzados de la enfermedad (Figura 10).

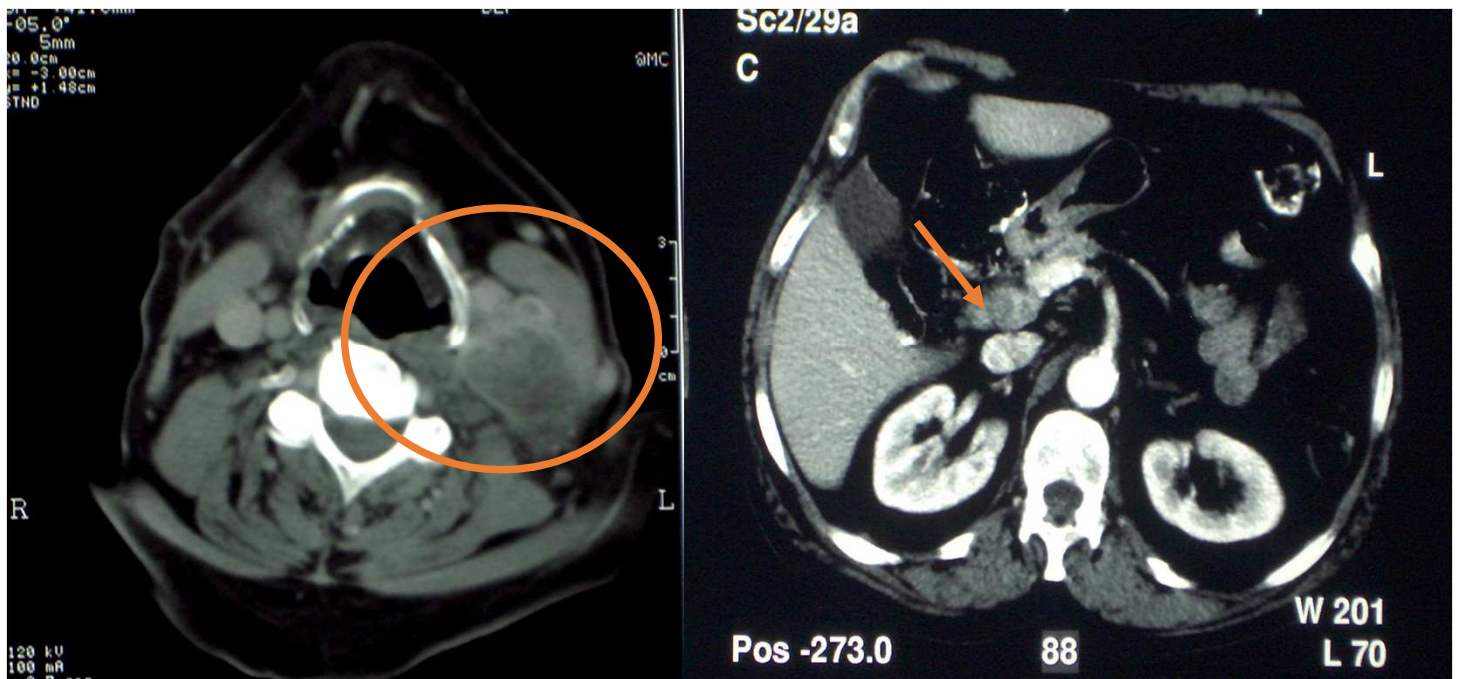


Figura 10: TC de cuello (izquierda) y de abdomen (derecha) en un paciente que consulta por masa palpable supraclavicular izquierda. En el TC de cuello se identifica una masa adenopática necrosada supraclavicular izquierda sin otros hallazgos. La panendoscopia oral y el resto del estudio cervical fue negativo por lo que se decide ampliar la evaluación a tórax y abdomen, detectándose una pequeña lesión hipocaptante y excrecente en la cabeza del páncreas (flecha naranja). El estudio histológico confirmó finalmente neoplasia pancreática con ganglio de Virchow de gran tamaño.

# Revisión del tema

## Resumen

Cuando se encuentran ganglios aislados sin clara lesión visible en una evaluación inicial, la localización y distribución de los mismos puede orientar la búsqueda del primario (Tabla 2).

Ganglios “aislados” : “Canarios de mina”	Dónde buscar primero
Ganglio de Virchow	Hemiabdomen superior: páncreas, estómago y vía biliar
Ganglios pericelíacos	Estómago y esófago distal
Ligamento gastroduodenal	Estómago y páncreas
Ganglios peripilóricos y pancreatoduodenales	Estómago, páncreas y bulbo duodenal
Ganglios paracólicos y sobre los mesos	Asa intestinal. <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el colon retroperitoneal buscar en el segmento adyacente.</li> <li>• Sobre el meso, reevaluar el arco insertado en un ángulo de 90º con vértice en el ganglio y bisectriz sobre el vaso más próximo</li> </ul>
Cadenas perirrenales unilaterales	Riñón y sistema excretor renal superior homolaterales
Afectación pélvica ascendente unilateral	Periné y miembro inferior homolateral en ambos sexos y trompas de Falopio
Afectación pélvica ascendente bilateral	Genitales internos (cérnix y útero) en las mujeres y próstata en los varones
Grupos inguinales	Periné y miembro inferior homolateral

Tabla 2: dónde orientar inicialmente la búsqueda del primario cuando se detecta una afectación adenopática “aislada” en una primera evaluación sobre grupos ganglionares o combinaciones de ellos que puedan considerarse “canarios de mina” o “centinelas”.

# Conclusión

- Existen grupos ganglionares que se ven afectados de forma precoz y en ocasiones relativamente específica por neoplasias de localizaciones definidas.
- La evaluación ganglionar, cuando considera de manera holística la morfología, localización y captación de adenopatías sospechosas (por número o tamaño) puede orientar la búsqueda de un posible primario.
- En ausencia de una imagen de masa evidente en un estudio de rastreo de “lesión orgánica” sobre sintomatología inespecífica, la presencia de afectación adenopática sobre alguno de los principales grupos ganglionares “centinelas” nos puede guiar en la búsqueda de lesiones de pequeño tamaño no detectadas inicialmente o en la planificación del estudio dirigido del paciente.



# Bibliografía

1. Webb, W. TAC Body. Ed. Marbán. USA. Ed. 3ª. 2007.
2. Rifkin MD, Ehrlich SM, Marks G. Staging of rectal carcinoma: prospective comparison of endorectal US and CT. Radiology 1997; 170:319-322.
3. Rouvière-Delmas. Anatomía humana. Ed. Masson. Ed. 11º. 2005.
4. Deutch SJ, Sandler MA, Alpern ME. Abdominal lymphadenopathy in benign diseases: CT detection. Radiology 1997; 163:335-338.
5. Michel Latarjet, Alfredo Ruiz Liard. Anatomía Humana. Ed. Médica Panamericana. Ed. 5ª. 2019.
6. Sree Harsha Tirumani et al. Imaging of the Porta Hepatis: Spectrum of Disease. RadioGraphics 2014; 34:73–92.
7. Sobotta. Atlas de Anatomía. Ed. Elsevier. Ed 24ª. 2019.
8. Gray HG, Williams PL, Warwick RJ. Cray's anatomy of the human body. London: Churchill Livingstone 1989; 821-858.
9. Lee JKT. Retroperitoneum. In: Lee JKT, Sagel SS, Stanley RI. Accuracy of CT in detecting intra-abdominal and pelvic adenopathy in lymphoma. AJR 1992; 131:311-315.
10. Rudolph, Virchow (1848). «Zur Diagnose der Krebse in Unterleibe». Med. Reform. (45): 248.