

Caso Clínico.

Paciente con una masa axilar izquierda

José Ramón Moracho Sánchez, Esther Gómez Navarro,
Ana María Domínguez Domínguez, Tania Abós Pueyo

Centro de Salud Estrecho de Corea. Madrid

Mujer de 83 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad. Se le detectó un carcinoma epidermoide de cérvix en estadio IIb en 2009 tratado con histerectomía y radioterapia. Se sometía a sucesivas revisiones por parte de Servicio de Oncología y Ginecología con estudios mamográficos y ecográficos y se le detecta sucesivamente adenopatías múltiples, significativas en número y tamaño con cortical engrosada y eje anteroposterior mayor de 1 cm en ambas axilas. Ante dicha sospecha se realiza PAAF que son informadas como proliferación linfocítica sin evidencia de neoplasia.

En abril de 2014 consulta por odinofagia y sensación de engrosamiento de partes blandas de cuello. A la exploración se palpa bultoma en región esternocleidomastoidea y supraclavicular derecha (Región V de AJCC). Se procedió a realizar Ecografía (Figura 1).

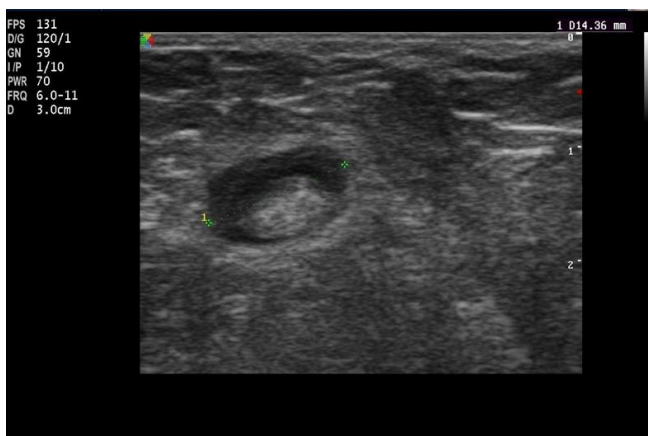


Figura 1

Se aprecia en la zona del bultoma varias adenopatías, la mayor de 11 mm que no muestra aumento de flujo y con hilio ecogénico claramente definido. En hueco supraclavicular se aprecia únicamente aumento de tejido graso bilateralmente. El cuadro se solucionó clínica y ecográficamente con antibioterapia.

En junio de 2015 consulta nuevamente por sensación de tumefacción supraclavicular y axilar izquierda. En la exploración física se palpa tumoración axilar izquierda

dura y adherida sin signos de flogosis. Esa misma tarde se procede a realizar Ecografía en el centro de Salud y se evidencia lo siguiente (Figura 2).

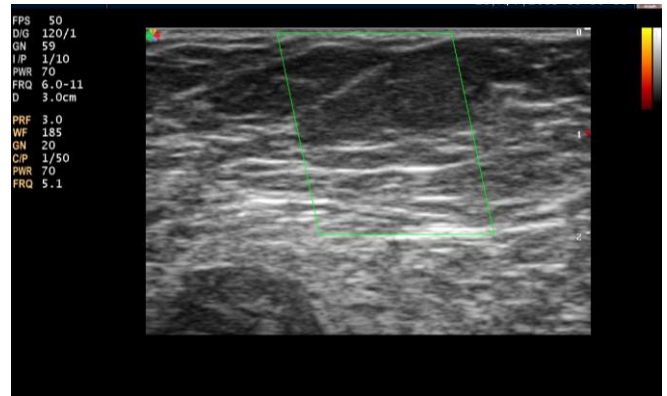


Figura 2

Apenas se aprecia la imagen nodular que íbamos buscando. Al usar la sonda lineal pasa casi desapercibida la imagen en el margen inferior izquierdo por lo que decidimos utilizar el modo trapezoidal que ofrece una buena resolución y además amplía el campo lateral en profundidad (vídeo 1).

VÍDEO 1

En esta imagen (Figura 3) se observa debajo del plano graso de la axila una masa hipocogénica sin refuerzo acústico posterior (solida) con más de 65 mm de eje mayor. Adyacente a esta lesión se observaban tanto en hueco axilar como en regiones supraclavicular y laterocervical unas adenopatías reniformes, de tamaño no patológico (eje corto menor de 5 mm) con hilio graso y sin criterios de malignidad.

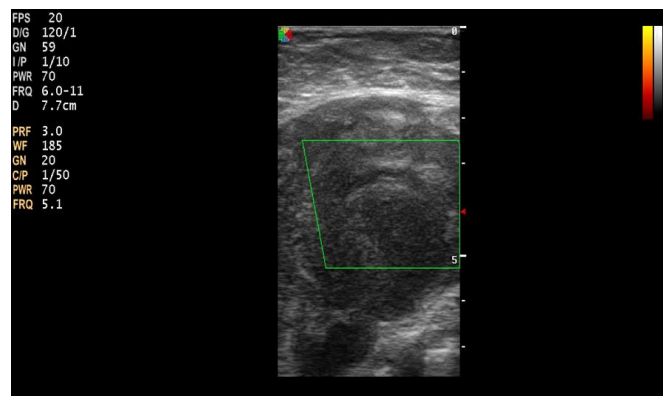


Figura 3.

Se remitió a oncólogo con carácter urgente quien decide realizar: Ecografía informada como conglomerados de múltiples adenopatías de gran tamaño, hipocogénicas y algunas de ellas necrosadas. Existían adenopatías en los niveles I y II de la American Joint Committee on Cancer.¹

TAC toraco-abdomino-pélvico: que muestra una masa axilar izquierda solida de 84 x75 mm, heterogénea que sugiere focos de necrosis en su interior, así como cambios inflamatorios en la grasa axilar. Además, existen múltiples ganglios laterocervicales y submandibulares, ninguno de ellos mayor de 1 cm de eje corto sin significado patológico.

PAAF fue informado como Linfoma B difuso de células grandes estadio II-IIIa.

Se realizó tratamiento con esquema de Quimioterapia y Radioterapia estando la paciente actualmente en remisión.

COMENTARIO

Pero, ¿qué hacemos cuando nos vienen a consultar porque se han encontrado un "ganglio"? Difícil coyuntura se nos suele presentar. Hay clásicamente algunas guías que vienen a ayudar: tamaño, consistencia, adhesión a planos profundos y dolor.²

- **Tamaño** Orienta el diagnóstico hacia enfermedad benigna o maligna. Pero no siempre es así. Clásicamente los ganglios < 1 cm de diámetro se consideran normales (0,5 cm en ganglios epitrocleares y 1,5 cm en ganglios inguinales). Cuando el tamaño es superior a 4 cm es indicativo de biopsia.³

- **Consistencia** Los ganglios blandos suelen ser infecciosos, los de consistencia firme son típicos de linfomas y los duros de las metástasis.

- **Movilidad** Los linfomas o los infecciosos se mueven mientras que los metastásicos suelen estar adheridos a planos profundos.

- **Dolor** La infección suele producir dolor porque distiende rápidamente la capsula. Los ganglios metastásicos no suelen dolor salvo que se necrosen. No es un buen criterio diferenciador entre benignidad y malignidad.⁴

- **Localización** Ayuda para llegar al diagnóstico:

- Occipitales, preauriculares y retroauriculares: drenan del cuero cabelludo y la nuca. Raramente son malignas.

- Cervicales: lo más frecuente son infecciones de boca y cuello. A veces algún tumor de cara, cuello, pulmón y mama. Los linfomas aparecen también con frecuencia aquí.

- Supraclaviculares: son siempre patológicos. El ganglio supraclavicular izquierdo (Virchow) es infiltrado por cáncer metastático (digestivo, riñón). Los ganglios supraclaviculares derechos se relacionan con metástasis de carcinomas de (pulmón, mediastino, esófago, riñón).⁴

- Axilares: infecciones, mama y linfoma Hodgkin y no Hodgkin.

- Inguinal: ETS o a infección de miembro inferior. También pueden infiltrarse por linfomas (raramente

es la primera manifestación) y metástasis de tumores de recto y genitales.²

Características anatómicas y su correlación con la imagen ecográfica:

Los ganglios linfáticos están implicados en las metástasis, linfomas e infección o simplemente aumentan como reacción a una inflamación local (hiperplasia reactiva). La mayoría de las adenopatías yacen 2-3 cm bajo la piel por lo que son fácilmente visualizados con transductores lineales. Una adenopatía normal es aplanada, en forma arriñonada de 0.25 cm a 1 cm de longitud y está compuesta de una cápsula exterior, una corteza periférica y una médula central. La médula se continúa con una pequeña indentación periférica: el hilio.

La corteza consiste en folículos linfoides estrechamente apelotonados, los cuales cuando son estimulados, desarrollan focos de linfopoyesis (centros germinales). La médula está compuesta de senos linfáticos, vasos sanguíneos y tejido conectivo. Múltiples senos convergen en la médula formando el hilio. Los senos linfáticos son simples canales que irradian desde la corteza a la médula. Se encuentra dentro de una estructura que es la cápsula y que mantiene la forma del ganglio. La linfa entra en la periferia del ganglio a través de múltiples vasos linfáticos aferentes y pasa al seno subcapsular periférico el cual rodea el ganglio; entonces pasa a través de los senos corticales radiales a la médula y sale por un solo vaso eferente en el hilio. Las arteriolas y vénulas cruzan a través del eje longitudinal del ganglio en la médula. La corteza es relativamente avascular y está alimentada por los vasos medulares centrales.

Ecográficamente: la cápsula es la zona periférica densamente celular que aparece como hipocogica. La estructura paralela de los senos medulares actúa como múltiples reflectores especulares que producen una estructura hiperecogica llamada hilio. Esto se pensaba que era debido a su contenido en grasa, pero recientes estudios han confirmado que se debía a la convergencia de los senos. La respuesta normal de un ganglio es aumentar de tamaño y aumentar su vascularización. Dentro de la corteza los folículos linfoides aumentan en número y centros germinales. Además, estos cambios producen una redistribución vascular en la corteza produciendo que una zona que es normalmente avascular se visualice uniformemente vascularizada.

¿Cómo reconocer cuando un ganglio es patológico con ecografía?

El clásico concepto del tamaño de los ganglios está en desuso, ya que grandes ganglios pueden no ser patológicos y ganglios normales o pequeños pueden serlo.

El ganglio linfático axilar normal debe ser oval con contornos lisos y bien definidos con corteza algo hipocogica, fina no más de 3 mm. Los ganglios que cumplen estos criterios permiten asegurar un valor predictivo negativo para malignidad.⁶

Los signos morfológicos sugestivos de malignidad son el engrosamiento de la corteza (mayor de 3.5 mm) y la protuberancia del bulbo en la misma.

Otro signo sería la alteración entre los ejes menor y

mayor del ganglio que no debería superar el 50%. No son signos específicos y son de bajo valor predictivo positivo. Estos signos tienen un valor cuando se asocian al flujo vascular no hilar en el Doppler color, cuando el flujo se muestra en la corteza ⁷

BIBLIOGRAFIA

1. Rhian R. *Clinical Ultrasound. Third Edition. London: Winston Livingstone 2011; chapter 46, pag 920-37.*
2. Raluy Domínguez JJ, Meleiro Rodríguez L. *A partir de un síntoma: adenopatía. AMF. 2011;7:218-22.*
3. Navas Almodóvar MR, Riera Taboas L. *Guías clínicas de Fisterra: estudio de una linfadenopatía. 2006.*
4. Ferrer R. *Lymphadenopathy: differential diagnosis and evaluation. Am Fam Physician. 1998;58:1313-20.*
5. Bedi DG, Khrisnamurthy R. *Cortical Morphologic Features of Axillary Lymph Node as a Predictor of Metastasis in Breast Cancer in vitro Sonographic Study. Am J Roentgenol. 2008;191:646-52.*
6. Neal CH. *Can Preoperative Axillary US Help Exclude N2 and N3 Metastasis Breast Cancer? Radiology. 2010;257:335-41.*
7. Yang WT. *Patients with Breast Cancer: Differences in Color Doppler Flow and Gray-Scale US Features of Benign and Malignant Axillary Lymph Nodes. Radiology. 2000;215:568-73.*