

Caso clínico

Adenopatía sospechosa: nuestra lupa de detective es el ecógrafo

Luis Hortal Muñoz, María Aránzazu Rodríguez Posada, Olga Martínez Villén, Francisco Conejero Fernández-Galiano, Javier Fernández Amézaga, María Elena del Olmo González, Tania de La Hoz Solís, Mercedes Fernández Quesada, Kasia Swiedzinska, Eduardo Garre Muñoz

Centro de Salud Gandhi. Madrid

Varón de 54 años de edad, no fumador, que acude a consulta por aparición, en los 15 días previos, de una tumoración inframandibular izquierda, de aproximadamente 4 cm de diámetro; por lo demás, está asintomático.

La tumoración es de consistencia dura, no dolorosa, adherida a plano profundo. Hace un mes le hicieron una limpieza bucal; no reconoce otras manipulaciones de la zona y no ha tenido fiebre.

Se remite al paciente a Urgencias del hospital. Se realiza un análisis, en el que sólo destaca una PCR de 27,7. Se consulta con el cirujano maxilofacial de guardia, quien no ve claro el origen odontógeno.

Se considera que en ese momento el paciente no tiene signos de alarma y se le da el alta con pauta de antibiótico de amplio espectro y con juicio clínico de probable adenitis submandibular aguda.

Al cabo de una semana de tratamiento vuelve a consulta sin mejoría alguna.

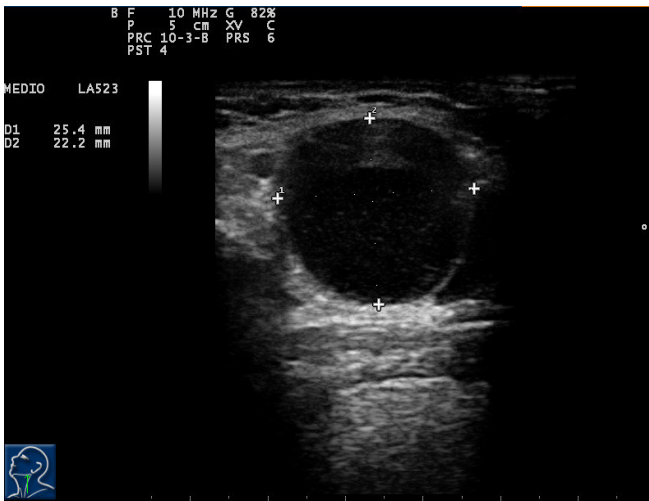


Figura 1.

Se le explora de nuevo y se hallan más abultamientos supraclaviculares, cervicales bilaterales y paraumbilicales.

En la ecografía cervical se observa una lesión hipocóica en la región submandibular izquierda, de 2,5 x 2,2 cm en el corte transversal y 3,74 x 1,18 cm en el longitudinal; la captación de doppler es irregular en el interior y la periferia (figuras 1, 2 y 3). En la zona látero-cervical, lateral al paquete vasculo-nervioso del cuello, se observan múltiples imágenes hipocóicas, varias mayores de 1 cm de eje corto, de morfología redondeada, algunas de ellas unidas en un conglomerado adenopático, y extendidas hasta la zona supraclavicular (figura 4). En el lado derecho hay adenopatías en la cadena ganglionar cervical, una de 9,4 x 8,7 mm, redondeada (figura 5). El tiroides está disminuido de tamaño y tiene una ecogenicidad normal; el lóbulo tiroideo derecho presenta un nódulo de alrededor de 0,6 x 0,3 cm, hipocóico, con istmo de 0,48 cm; en el lóbulo tiroideo izquierdo se observa una imagen hiperecótica, con sombra acústica posterior, de 0,4 cm de ancho, compatible con calcificación grosera (figuras 6 y 7).

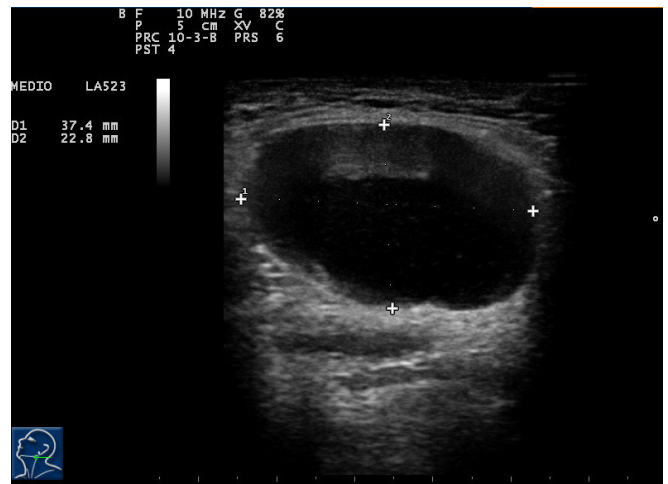


Figura 2.

En la exploración ecográfica abdominal, en la zona supraumbilical y de la fosa renal izquierda, se observan múltiples imágenes hipo y anecoicas, con captación doppler irregular en su interior, de morfologías y tamaños variados, en torno a 3-4 cm por unidad, unidas, sugieren de conglomerado adenopático, que no deja visualizar correctamente el resto del retroperitoneo; hígado, riñones, bazo y vesícula aparentemente normales (figura 8).

Se remite al paciente a hematología por sospecha de proceso linfoproliferativo.

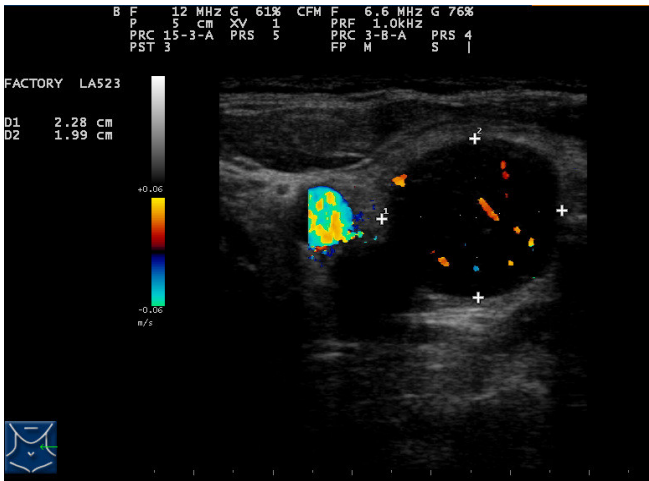


Figura 3.



Figura 4.

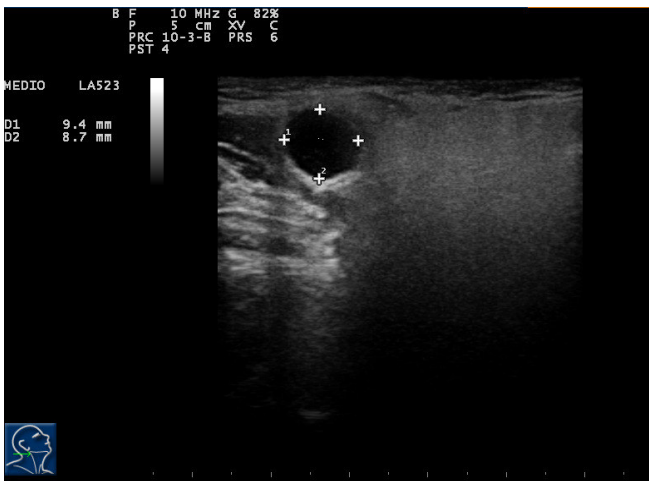


Figura 5.

El paciente es valorado al cabo de 15 días. Se le efectúa analítica completa, interconsulta urgente a ORL y TAC cervical. En esta se observan adenopatías en la práctica totalidad de las cadenas ganglionares cervicales, además de supraclaviculares izquierdas, parotídeas, occipitales y paratraqueales bilaterales, la mayoría de ellas sólidas, aunque algunas con necrosis.

Se amplía a PET-TAC tóraco-abdomino-pélvico, que

confirma los hallazgos de adenopatías en múltiples zonas (supra e infra diafragmáticas, incluyendo conglomerado mediastínico, paraaórticas e incluso retrocraurales).



Figura 6.

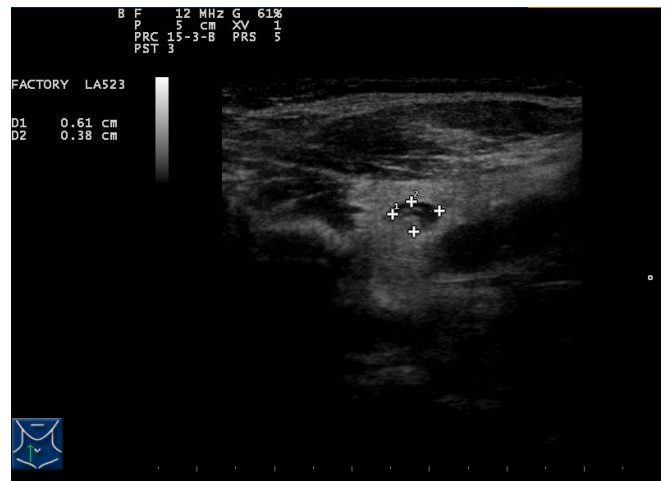


Figura 7.



Figura 8.

Se realiza punción de la médula ósea. Tras la biopsia de la adenopatía submandibular izquierda, la conclusión diagnóstica es la de LNH tipo folicular, grado 2, estadio IIIA, FLIP1: 3 (alto riesgo), FLIP2: 2 (riesgo intermedio

provisional, a la espera de la PMO), con 2 factores de alta carga tumoral (según GELF): 3 áreas linfáticas afectadas mayores de 3 cm y elevación de LDH o beta-2-microglobulina.

Se pauta un esquema de tratamiento R-CHOP 21 por 4-6 ciclos, alopurinol 300 mg 1 comprimido al día e ingestión hídrica de al menos 2 litros al día para prevenir el síndrome de lisis tumoral.

Tras el primer ciclo de tratamiento la adenopatía submandibular izquierda se reduce a la mitad y a partir de los siguientes ciclos ya no es palpable. Tras el tratamiento completo la evolución es satisfactoria.

COMENTARIO

La clasificación de los síndromes linfoproliferativos (SLP), según los criterios de la OMS¹ y de la *Revised European-American Classification of Lymphoid Neoplasm (REAL)* y otras^{2,3}, diferencia la enfermedad de Hodgkin (EH) de las variedades de linfoma no Hodgkin (LNH). Las manifestaciones clínicas comunes de los SLP son la presencia de adenopatías, hepatoesplenomegalia y síntomas constitucionales (en este caso solo adenopatías). Los síntomas y signos se relacionan con la variedad histológica, el tamaño de la masa tumoral y la localización nodal o extranodal. Es precisa la anatomía patológica para distinguir el subtipo, además de estudios inmunológicos, citogenéticos o moleculares. Los estudios de imagen a realizar son radiología de tórax, TAC tóraco-abdomino-pélvico, PET-TAC, RMN, análisis de sangre completo y otras pruebas si los síntomas lo requieren.

Frente a la EH, cuyo pronóstico es en general excelente, el LNH puede tener grados variables de agresividad, desde indolente (35-40 %, supervivencia de varios años), agresivo (50 %, supervivencia de algunos meses) y altamente agresivo (5 %, supervivencia de algunas semanas)⁴.

Para el pronóstico se utiliza el índice pronóstico internacional (IPI), que incluye datos como edad, sexo, el estadio según la clasificación de Ann Arbor, las dimensiones, la presencia de síntomas B, los niveles de LDH, albúmina y beta-2-macroglobulina, número de áreas ganglionares afectadas...⁵

Nuestro paciente se encontraba en estadio III y con alto-intermedio riesgo, con una mortalidad de 50 % a los 2 años.

Las adenopatías retroperitoneales se ven sobre todo en el linfoma; y las paraaórticas en 25 % de EH y 50 % de LNH.

La ecografía tiene una precisión de 80-90 % para la detección de adenopatías y afectación extraganglionar (hígado, bazo,...). Puede tratarse de masas hipo o anecoicas que, a diferencia de los quistes, tienen mala transmisión del ultrasonido y no muestran refuerzo acústico posterior⁶. Son características de las adenopatías malignas el aumento del eje corto, la reducción de la relación eje largo/corto a menos de 1,5-2, desaparición del hilio graso hiperecoico, alteración de los vasos intraganglionares con zonas avasculares, cambios quísticos (sugieren metástasis de tumor papilar de tiroides, que se necrosa

con posterior formación de áreas quísticas) y microcalcificaciones (sugieren metástasis de tumores papilar y medular de tiroides). También son signos de malignidad las adenopatías cervicales mayores de 1 cm, las submandibulares mayores de 1,5 cm, las abdominales (mayores de 1,5 cm si son únicas y de 1 cm si son múltiples), las retrocraurales mayores de 0,6 cm y las pélvicas mayores de 1,5 cm^{6,7}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harris NL, Jaffe ES, Diebold J, Flandrin G, Muller-Hermelink HK, Vardiman J, et al. World Health Organization classification of neoplastic diseases of the hematopoietic and lymphoid tissues: report of the Clinical Advisory Committee meeting-Airlie House, Virginia, November 1997. *J Clin Oncol.* 1999;17:3835-49.
2. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, et al. (eds). *World Health Organization Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. 4th ed.* Lyon: IARC Press 2008.
3. Harris NL, Jaffe ES, Stein H, Banks PM, Chan JK, Cleary ML, et al. A revised European-American classification of lymphoid neoplasms: a proposal from the International Lymphoma Study Group. *Blood.* 1994;84:1361-92.
4. Armitage JO, Weisenburger DD. New approach to classifying non-Hodgkin's lymphomas: clinical features of the major histologic subtypes. *Non-Hodgkin's Lymphoma Classification Project. J Clin Oncol.* 1998;16:2780-95.
5. A predictive model for aggressive non-Hodgkin's lymphoma. *The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factors Project. N Engl J Med.* 1993;329:987-94.
6. Middleton WD, Kurtz AB, Hertzberg BS. Hígado. En: Middleton WD (ed). *Ecografía. 2ª edición.* Madrid: Marban 2005.
7. Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW. *Diagnóstico por ecografía. 3ª Edición.* Barcelona: Elsevier Mosby 2006.