

Actualidades en el diagnóstico de nódulo cervical en el adulto

Dr. Luis Mauricio Hurtado López

El diagnóstico de un nódulo cervical en el adulto debe ser orientado de acuerdo al sitio anatómico en que se presenta, esto significa que clínicamente se puede sospechar el diagnóstico dependiendo del triángulo cervical en que se encuentra, limitando las posibilidades diagnósticas a los órganos o estructuras que existen en dichos triángulos, sin embargo existen múltiples circunstancias en que no se logre hacer un diagnóstico correcto en estatificación o diferenciación diagnóstica, por tanto se recurre a estudios paraclínicos.

Uso del ultrasonido para la estatificación y diagnóstico de metástasis en ganglios cervicales de pacientes con cáncer de lengua T1 y T2 sin ganglios palpables, trata de determinar si el realizar US preoperatoriamente ayuda a detectar ganglios cervicales en nivel I y II con actividad metastática, se comprobó que aun realizando biopsia guiada por ultrasonido hasta un 22% de pacientes con estadios iniciales de cáncer de lengua, no se detectan su actividad metastática y por consiguiente deberán continuar realizando una disección radical selectiva de niveles I y II para poder tratar y estatificar adecuadamente.

El uso de biopsia del ganglio centinela en el cáncer de lengua estadio inicia del carcinoma epidermoide de cavidad oral es un procedimiento generalizado, sin embargo se ha detectado que el realizar una biopsia guiada del ganglio centinela en cáncer de cavidad oral podría evitar extensión quirúrgica innecesaria, para esto se realizó biopsia del ganglio centinela por medio de radioisótopos marcados en forma preoperatoria y acompañados de uso de gamma probe obteniendo un valor diagnóstico con sensibilidad de 93% y especificidad de 94%.

Se concluye que la utilización de medicina nuclear molecular para identificar el ganglio centinela en cáncer de cavidad oral es muy adecuada.

El tumor de cuerpo carotídeo, si bien no es un tumor frecuente, cuando es diagnosticado es de suma importancia lograr una estatificación preoperatoria adecuada (evaluando el tamaño y qué tanto rodea a los vasos carotídeos, la intensidad de infiltración a los mismos y la existencia de por lo menos 2 cm libres de carótida interna distal), y así evitar intentar una resección de un tumor por definición irresecable, tradicionalmente se ha utilizado la TAC o la arteriografía, cada una de ellas,

sin duda brinda información valiosa, pero a su vez no se logra saber datos importantes, como la visualización completa del tumor, y dependiendo de los cortes se puede no apreciar zonas de infiltración a la pared vascular por el tumor.

La angiotomografía con reconstrucción 3D y/o la resonancia magnética nuclear han logrado informar todas las posibilidades diagnósticas que una TAC convencional y una arteriografía lograban demostrar en forma conjunta, por tanto es un estudio fundamental y poco invasivo a realizar en todo paciente portador de un tumor de cuerpo carotídeo.

Hasta un 20% de pacientes con cáncer diferenciado de tiroides debutan con la presencia de una metástasis linfática en cuello; muchas ocasiones, sobre todo en metástasis grande y con degeneración quística, el diagnóstico con biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) no es concluyente, desde el punto de vista citológico, debido a obtener un escaso número de células; para mejorar esta situación se está combinando el estudio citológico con la determinación de tiroglobulina en la BAAF, situación que aclara por completo el origen del ganglio y determina con absoluta certeza que se trata de una metástasis de cáncer papilar de tiroides, esta situación también es muy útil en la evaluación del paciente ya tratado de cáncer de tiroides y que durante el seguimiento presente ganglios clínicamente palpables.

Durante el estudio del nódulo tiroideo, la BAAF es una herramienta fundamental, sin embargo hasta un 40% pueden no ser diagnósticas, sobre todo cuando se realiza mediante palpación del nódulo; en caso de realizar la BAAF con guía de ultrasonido, la cantidad de material para lograr un diagnóstico se incrementa notablemente, por tanto sería deseable que siempre se realice dicha biopsia guiándola por ultrasonido.

Se ha demostrado que cuando se tiene una BAAF con resultado benigno, se debe repetir el procedimiento 6 meses después, guiando éste por ultrasonido, debido a que al realizar una sola biopsia se puede tener hasta un 10% de falso negativo, si ésta se repite en otro momento y sobre todo acompañada de guía de ultrasonido, este falso negativo se reduce hasta el 3%.

Durante el seguimiento de pacientes con cáncer diferenciado de tiroides, la tiroglobulina es un marcador muy útil para saber si existe ablación completa de células tiroideas y posteriormente si existe o no recurrencia, sin embargo cuando ésta es indetectable, los anticuerpos antitiroglobulina también deberán ser determinados, ya que el tenerlos elevados con tiroglobulina indetectable, también significa que sí existe recurrencia, pero la tiroglobulina no lo indica por estar bloqueada por anticuerpos, por tanto siempre se debe-

rá solicitar ambas determinaciones y sólo la tiroglobulina indetectable y anticuerpos antitiroglobulina negativos significarán que no existe actividad tumoral.

Cuando se tiene detectada actividad tumoral por cáncer diferenciado de tiroides, por elevación de tiroglobulina y/o anticuerpos antitiroglobulina y no existe captación de la metástasis por yodo 131, es indicativo de realizar una tomografía por emisión de positrones (PET), este estudio podrá detectar el foco metastásico y en consecuencia saber si es o no tributario a resección.