

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN CARCINOMA ESCAMOSO CERVICAL METASTÁSICO DE TUMOR PRIMARIO DESCONOCIDO EN PACIENTE JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO ¿SE JUSTIFICA AMPLIAR EL ESTUDIO?

Agustín León (1), Gabriela Armijos (1), Benjamín Saavedra (1), Claudia Frutos (1), José López (2)

(1) Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile.

(2) Unidad de Cirugía Cabeza y Cuello, Hospital San José.

Introducción

Los carcinomas celulares escamosos (CCE) son el cáncer (CA) más común de cabeza y cuello (CyC) (1). Se relacionan directamente al consumo de alcohol (OH), tabaquismo (TBQ), y/o infección por virus del papiloma humano (VPH) (2). Se manifiestan generalmente (46%) como masa cervical (3), por lo que ante este motivo de consulta siempre se debe descartar malignidad en la evaluación inicial -historia clínica y examen físico (EF)-.

El cáncer metastásico cervical con primario desconocido (MCCP) corresponde a 1-7% de los casos nuevos de CA de CyC, teniendo generalmente un primario oculto en el tracto aerodigestivo superior (50-80% en anillo de Waldeyer). Su histología más frecuente es CCE. (4).

Caso clínico

Mujer de 45 años, sin antecedentes personales ni familiares relevantes, TBQ (-), OH (-). Consulta por tumoración cervical lateral derecha de 4 meses de evolución, de rápido crecimiento, indolora, que 4 días previo a ingreso evoluciona con eritema y dolor local hasta EVA 8/10. Resto EF sin hallazgos. Destacan en los exámenes de ingreso: PCR 34.1, Leucocitos 10.900; (...) Ecografía cervical: "Masa sólido-quística derecha de partes blandas de 50x45 mm, heterogénea". Se solicita TC de tórax-abdomen y pelvis, sin hallazgos. Se hospitaliza para estudio y manejo.

Biopsia (BP) core: "CCE moderadamente diferenciado; inmunohistoquímica (IHQ): posible primario pulmonar y/o, de cabeza-orofaringe.

Pregunta clínica y Metodología

¿En pacientes con MCCP, la realización de un estudio ampliado disminuye la tasas de tumor primario no identificado en comparación a la evaluación inicial?

Conforme a evidencia actualizada (*pubmed*), se realiza un estudio ampliado para identificar CA primario.

Resolución del caso

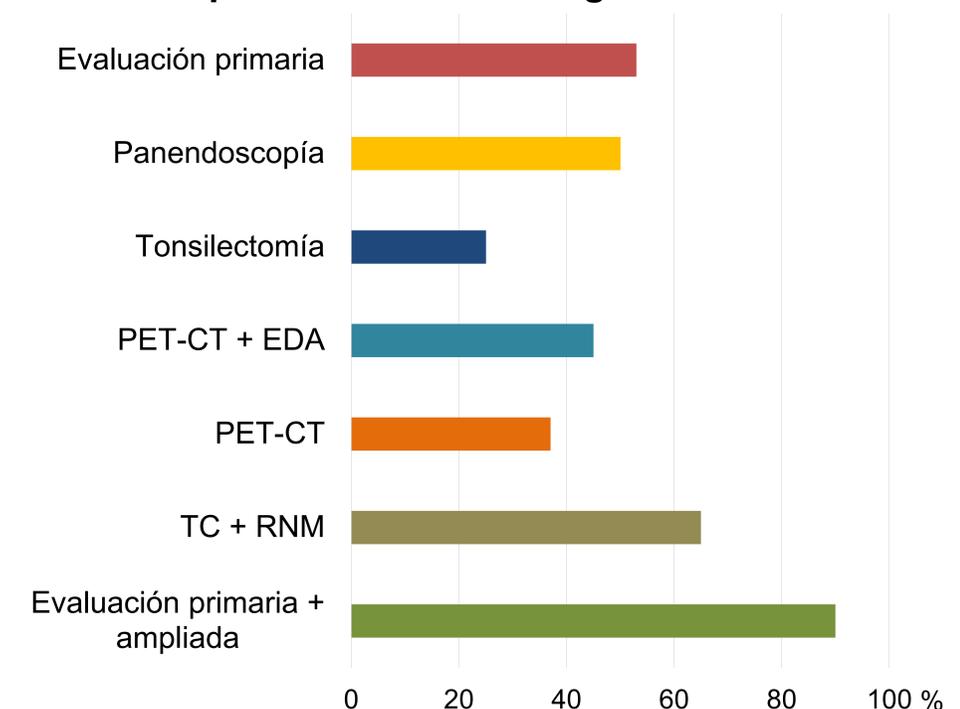
Se realizan: Nasofibrobroncoscopía, endoscopia digestiva alta (EDA), RNM cerebro, VIH, PPD, PCR VEB, IHQ P16, sin hallazgos. Al PET-CT se evidencia: compromiso venoso cervical, adenopatías axilares secundarias bilaterales, hipermetabolismo de amígdalas y médula ósea. Amigdalectomía bilateral con BP (-).

Tras el estudio ampliado negativo, se presenta caso a comité oncológico y paciente accede a cuidados paliativos.

Discusión y conclusiones

La evaluación inicial de masas cervicales malignas puede identificar el sitio primario hasta en 53% de los casos. TC y RNM puede aumentar la detección en 25-30%. PET-CT puede identificar al tumor primario en 37%, aumentando a 45% si se asocia a EDA. Tonsilectomía detecta 18-36% de los casos. Panendoscopia disminuye la tasa de MCCP a <3% (4). Pese a lo anterior, hasta en un 5-10% de los casos no se puede identificar al tumor primario (2).

Figura 1. Porcentaje de detección de CA primario en MCCP según técnica.



Referencias

- (1). Chorath, K., & Rajasekaran, K. (2021). Evaluation and management of a neck mass. *The Medical Clinics of North America*, 105(5), 827–837.
- (2) Rassy, E., et al. (2019). Comprehensive management of HPV-related squamous cell carcinoma of the head and neck of unknown primary. *Head & Neck*, 41(10), 3700–3711.
- (3) Reoyo Pascual, J. F., et al. (2012). Masa cervical: un desafío diagnóstico para el cirujano general. *Gaceta Médica de Bilbao*, 109(3), 98–100. <https://doi.org/10.1016/j.gmb.2012.03.001>
- (4) Moy, J., & Li, R. (2020). Approach to the patient with unknown primary squamous cell carcinoma of the head and neck. *Current Treatment Options in Oncology*, 21(12), 93.