

Ecografía en atención primaria: herramienta clave para el diagnóstico de adenopatías cervicales

Ultrasound in Primary Care: A Key Tool for the Diagnosis of Cervical Lymphadenopathy

AUTORES

Ester Vecillas López¹, Lara Piedrabuena Represas², Félix Alonso García³

¹Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Área Sanitaria de Vigo

²Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Área Sanitaria de Vigo

³Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Área Sanitaria de Vigo

Autora para correspondencia: Ester Vecillas López. Email: esthervecillas@gmail.com

Palabras clave: Adenopatías cervicales, ecografía, carcinoma escamoso, atención primaria

Keywords: Cervical Lymphadenopathy, ultrasonography, squamous cell carcinoma, Primary Health Care

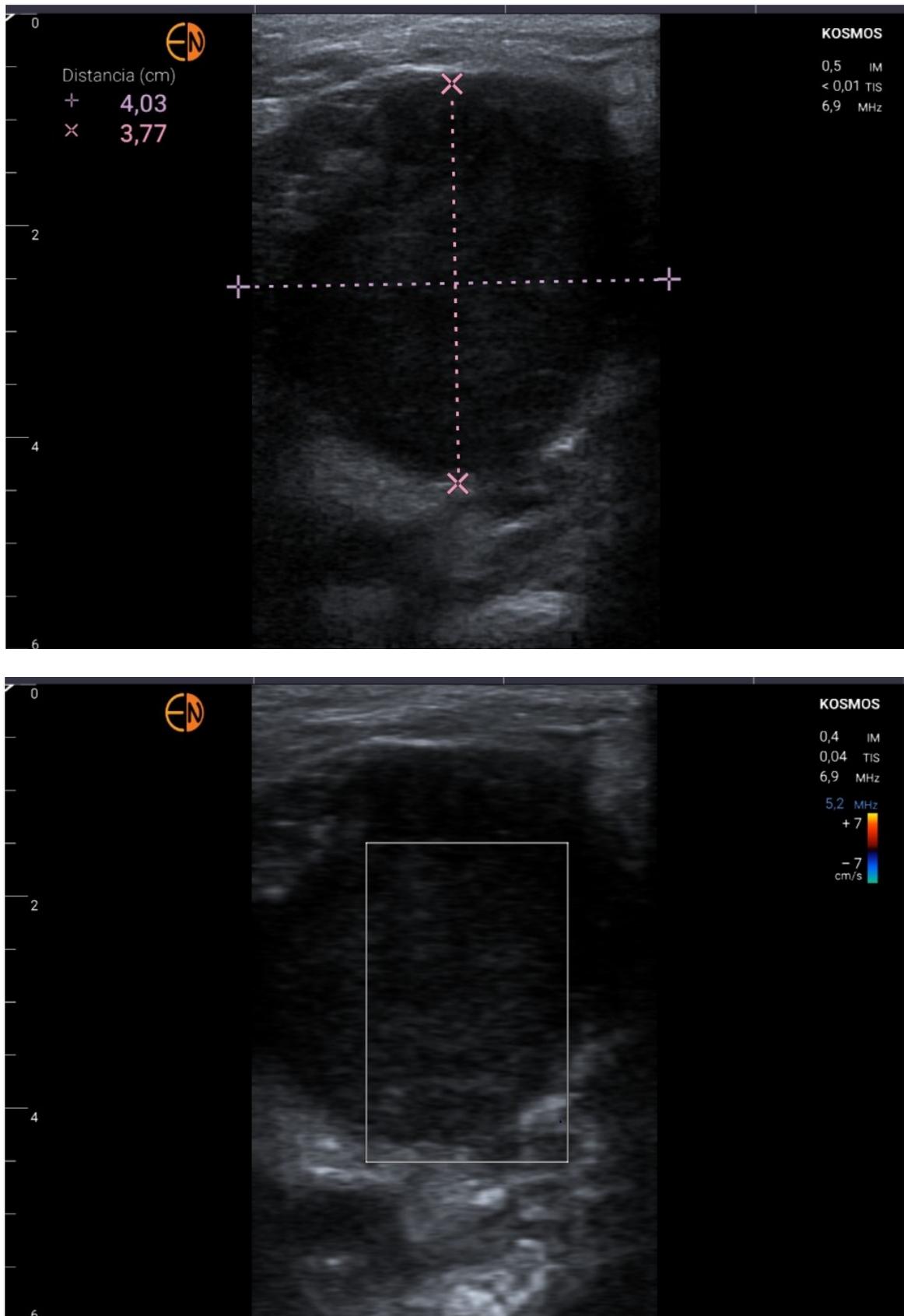
INTRODUCCIÓN

Un varón de 66 años consulta en atención primaria por la aparición de una tumoración cervical izquierda de crecimiento progresivo desde hace una semana. Sus antecedentes personales incluyen tabaquismo activo, hipertensión arterial, síndrome de apnea obstructiva del sueño, bocio multinodular, y un carcinoma epidermoide de cuerda vocal izquierda tratado en 2015 mediante láser, con seguimiento regular en consultas de otorrinolaringología hasta 2021, interrumpido entonces por la pandemia de SARS-CoV-2.

En la exploración física se palpa una masa indurada en región cervical izquierda, adherida a planos profundos y discretamente dolorosa. Se realiza una ecografía en consulta, modelo también conocido como Point of Care Ultrasound (POCUS), que en este caso muestra múltiples adenopatías con características sospechosas de malignidad; la de mayor tamaño con una medición aproximada de 4 cm, de forma redondeada, hipoecoica, con ausencia de hilio central y una relación entre el diámetro longitudinal y transversal $<1,5$ (figuras 1). Se solicita una analítica, que revela elevación de GGT (503 U/L), LDH (204 U/L) y PCR (22 mg/L), con el resto de parámetros dentro de la normalidad y serologías virales negativas.

En este contexto clínico y considerando el antecedente oncológico del paciente y el hábito tabáquico, podría haber sido útil solicitar una radiografía de tórax inicial para valorar posibles signos adicionales de patología neoplásica, dado el perfil de riesgo de este paciente.

Figura 1. Adenopatía de aproximadamente 4 cm, con ausencia de hilio central y una relación entre el diámetro longitudinal y transversal $<1,5$



DIAGNÓSTICO

Ante la sospecha de malignidad, el paciente es derivado de forma urgente a Otorrinolaringología. Los diagnósticos diferenciales iniciales incluyeron infecciones locales, procesos inflamatorios y recidiva tumoral. El informe de Tomografía computarizada (TC) mostró una masa cervical con adenopatías satélites con características de malignidad, y el análisis anatomopatológico reveló hallazgos citológicos sugestivos de carcinoma de células escamosas metastásico.

CONCLUSIÓN

Las adenopatías son un motivo frecuente de atención en las consultas de atención primaria. Aunque la mayoría son de origen benigno, en algunos casos pueden ser el primer indicio de una patología grave. Factores como la edad del paciente, la historia clínica, la exploración física y los resultados de las pruebas de laboratorio son útiles para orientar el diagnóstico, pero la ecografía clínica realizada en atención primaria proporciona una evaluación rápida de la lesión, reduciendo la incertidumbre diagnóstica y optimizando significativamente la atención en este nivel asistencial.

El modelo “Point of Care Ultrasound” (POCUS) es una forma de hacer ecografía clínica rápida que permite la correlación directa entre los hallazgos ecográficos y la valoración clínica del paciente, realizada por médicos no radiólogos, con el objetivo de resolver problemas clínicos específicos¹.

Son criterios ecográficos sugestivos de benignidad la forma fusiforme u ovalada, con un hilio ecogénico central visible, bordes bien definidos, con ecogenicidad isoecoica, vascularización central y una relación eje largo/ eje corto >2 ^{2,3,4,5,6}. En contraste, las adenopatías sospechosas de malignidad tienden a ser redondeadas, heteroecoicas, sin hilio central visible, con bordes irregulares, vascularización periférica o mixta, así como una relación eje largo/eje corto <2 ^{2,3,4,5,6}.

En el caso de este paciente, la sospecha de malignidad derivada de la exploración física, los antecedentes oncológicos y los hallazgos de laboratorio se vio complementada por la ecografía clínica^{7,8}, gracias a la cual fue posible una orientación más precisa del proceso, optimizando la derivación con la prioridad adecuada y garantizando un manejo más eficaz del caso.

La pandemia de SARS-coV-2 ha dificultado el seguimiento de patologías crónicas, incluyendo pacientes con antecedentes oncológicos⁹. En este contexto, el papel de los médicos de atención primaria es fundamental para mantener una vigilancia activa, detectar signos de recidiva y garantizar la continuidad asistencial.

Consentimiento informado: Se dispone del consentimiento informado por parte del paciente para la publicación de los datos clínicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calvo Cebrián A, López García-Franco A, Short Apellaniz J. Modelo Point-of-Care Ultrasound en Atención Primaria: ¿herramienta de alta resolución? *Aten Primaria*. 2018 Oct;50(8):500-508. doi: 10.1016/j.aprim.2017.11.007.
2. Tarrazo J, Morales J, Pujol J, Sánchez I, Díaz S, Conangla L. Utilidad y fiabilidad de la ecografía clínica en medicina familiar: ecografía del cuello y ecografía en urgencias. *Aten Primaria*. 2019; 51 (6): 367-379. DOI: 10.1016/j.aprim.2019.03.004. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31101376/>
3. Mohseni S, Shojaiefard A, Khorgami Z, Alinejad S, Ghorbani A, Ghafouri A. Peripheral lymphadenopathy: Approach and diagnostic tools. *Iran J Med Sci*. 2014;39 (2 Suppl):S158–S170. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24753638/>

4. Strassen U, Geisweid C, Hofauer B, Knopf A. Sonographic differentiation between lymphatic and metastatic diseases in cervical lymphadenopathy. *Laryngoscope*. 2018 Apr;128(4):859-863. doi: 10.1002/lary.26837. Epub 2017 Aug 22. PMID: 28833206.
5. Forghani R, Yu E, Levental M, Som PM, Curtin HD. Imaging evaluation of lymphadenopathy and patterns of lymph node spread in head and neck cancer. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2015 Feb;15(2):207-24. doi: 10.1586/14737140.2015.978862. Epub 2014 Nov 11. PMID: 25385488.
6. Ahuja AT, Ying M, Ho SY, Antonio G, Lee YP, King AD, Wong KT. Ultrasound of malignant cervical lymph nodes. *Cancer Imaging*. 2008 Mar 25;8(1):48-56. doi: 10.1102/1470-7330.2008.0006. PMID: 18390388; PMCID: PMC2324368.
7. Awali M, Middleton WD, Daggumati L, Phillips CH, Caserta MP, Fetzer DT. Ultrasound of palpable lesions: a pictorial review. *Abdom Radiol (NY)*. 2024 Oct;49(10):3574-3598. doi: 10.1007/s00261-024-04249-0. Epub 2024 May 20. PMID: 38763936.
8. Gupta A, Rahman K, Shahid M, Kumar A, Qaseem SM, Hassan SA. Sonographic assessment of cervical lymphadenopathy: role of high-resolution and color Doppler imaging. *Head Neck*. 2011 Mar;33(3):297-302. doi: 10.1002/hed.21448. PMID: 20652889.
9. Provencio-Pulla M. Impacto del Covid-19 en el campo de la oncología. *ANALES RANM*. 2020; 137(02):190-197. <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2020.137.02.rev11>