

Metástasis cervicales de origen desconocido

Incidencia entre 1.995 - 1.999 - Revisión clínica

MUÑOZ DEL CASTILLO, F.; ROLDÁN NOGUERAS, J; SÁNCHEZ GUTIERREZ,R; MOHAMED YOUSSEF; MÁRQUEZ MOYANO, J. A.; AYALA ZEITNER, A; VILLAR, C; NAVARRO ORTÍZ, F; OSTOS AUMENTE, P; JURADO RAMOS, A; LÓPEZ VILLAREJO, P.

SERVICIO ORL,SERVICIO ANAT.-PAT.
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA

Resumen

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de 8 pacientes con adenopatías metastásicas cervicales de tumor primario desconocido, sobre un total de 67 pacientes con adenopatías metastásicas en cuello (11,9% del total fueron MOD), realizado durante período de 5 años en el servicio ORL del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

La edad media fue de 67,3 años, todos ellos varones y la mayoría fumadores.

Según la clasificación TNM, el 62,5% de los casos se encontraban en fase ganglionar N2a en el momento de la consulta, localizándose en Área II en la mitad de los casos. El tipo histológico predominante fue de CA epidermoide. En todos los pacientes se realizó tratamiento quirúrgico : vaciamiento radical cervical seguido de RT y/o QT.

Palabras claves: Metástasis Cervicales ,tumor de origen desconocido.
Adenopatías metastásicas cervicales primarias

Abstract

We made a retrospective descriptive study reviewing 8 patients with cervical lymph node metastases from an unknown primary tumor, between 67 patients

Fecha de recepción del artículo: 4 de abril de 2001

with cervical tumors (11,9% MUPT). The study was accomplished during 5 years (January 1995 to December 1999) in Department of Otorhinolaryngology Hospital Reina Sofía ,Córdoba.

The median age was 67,3 years old, male and smoker all them. According to TNM categories, 62,5% patients were in fase N2a and the middle of cases were localized in cervical Level II. Squamous cell carcinoma was the predominant type histology. The patients were treated with surgery (ipsilateral neck dissection) and radiation therapy and/or chemotherapy.

Key Words: Cervical metastases , unknown primary tumors,cervical lymph node metastases.

Introducción

Las adenopatías metastásicas cervicales de origen desconocido (MOD), son aquellas adenopatías que a pesar de exploración minuciosa del paciente, no se encuentra el tumor primario, siendo el 2,1 - 10% de todas las metástasis cervicales y el 1 -3% de todos los carcinomas de cabeza y cuello(1,2).

Deben cumplir unos criterios para ser considerados como tal (3):

- Evidencia histológica de malignidad.
- Falta de antecedentes neoplásicos.
- No presentar sintomatología específica de otro órgano, ni exploración física y/o complementaria sugestiva de neoplasia en otro lugar.

De un total de 67 pacientes con adenopatías metastásicas cervicales estudiadas, en 11,9% (8 casos) no fue encontrado el tumor primario causante, siendo el objetivo del presente trabajo analizar las características epidemiológicas y clínicas de dichos pacientes. Objetivos:

- Conocer incidencia de MOD en el período comprendido entre Enero 1.995 y Diciembre 1.999, estudiando su distribución por edad, sexo, factores de riesgo y antecedentes patológicos personales.
- Analizar características y localización de adenopatía metastásica cervical y tiempo de demora de consulta.
- Exploraciones complementarias realizadas así como tipo histológico del tumor y tratamiento llevado a cabo.
- Estudio de evolución de los pacientes (recidivas locales y metástasis a distancia) y supervivencia.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de 8 pacientes con metástasis cervicales en los que no se encontró el tumor primario inductor, entre un total de 67 pacientes con adenopatías metastásicas en un período de 5 años, entre Enero 1.995 y Diciembre 1.999 en el Servicio de ORL del HURS de Córdoba, incluyendo en el estudio todos los pacientes con adenopatías cervicales con estudio histológico maligno.

Fueron excluidos del estudio :

- Pacientes con antecedentes neoplásicos
- Tumores tiroideos
- Linfomas

Los pacientes fueron estudiados por recogida de datos de:

- Historia Clínica del servicio de ORL
- Ficha Quirúrgica . Hoja de Quirófano
- Informe histológico de PAAF y/o Exéresis

Se recogieron los siguientes datos:

- Edad / sexo del paciente
- Factores de riesgo (hábito tabáquico , enólico y cuantía)
- Antecedentes patológicos personales
- Características de adenopatía cervical: tiempo entre aparición de la masa cervical y la primera consulta al ORL; localización anatómica cervical; tamaño y número de adenopatías atendiendo a la clasificación TNM (fase ganglionar N) y síntomas asociados a la metástasis cervical.
- Esquema diagnóstico utilizado
- Tratamiento realizado y tiempo entre primera consulta y tratamiento.
- A todos los pacientes se les realizó un seguimiento, recogiendo en la evolución : aparición de recidivas locales; metástasis a distancia; tiempo entre tratamiento y recidiva local y/o metástasis y supervivencia.

Resultados

Fueron 8 pacientes estudiados, todos ellos varones, entre un total de 67 pacientes con adenopatías metastásicas cervicales sin tumor previo, representando el 11,9% del total (ver figura 1).

Las edades estaban comprendidas entre 56 y 85 años, con una edad media de 67,3 años.

En cuanto a factores de riesgo, el 87,5% (7 casos) eran fumadores, de los cuales el 85,7% eran fumadores importantes y el 37,5% (3 casos) eran bebedores.

Los antecedentes personales más destacables fueron: 2 pacientes diagnosticados de EPOC, 2 con cardiopatía isquémica, un paciente con trasplante hepático y otro con antecedente de TBC pulmonar.

El tiempo comprendido entre el primer síntoma/signo (aparición de adenopatía cervical) y la primera consulta al ORL varió entre los 15 días y los 5 meses, siendo el promedio de 1,8 meses.

En el 50% de los casos, el único síntoma fue la aparición de tumoración cervical dura, adherida a planos profundos, no dolorosa y sin afectación de piel superficial. Otros dos casos (25%) además, presentaron disfagia alta sin odinofagia debido al tamaño de la masa, y en otros 2 pacientes (25% restante) la tumoración cervical se asoció a síndrome constitucional, apareciendo astenia, anorexia pérdida de peso.

En cuanto al tamaño de la adenopatía, varió entre los 3 cm. y los 10 cm. , con un tamaño medio de 5,2 cm. y una moda de 4 cm.

Atendiendo a la clasificación TNM según Fase Ganglionar N , el 62,5% de los casos (5 pacientes) se encontraban en fase ganglionar N2a y el 37,5% (3 casos) en fase N3.

La localización más frecuente de la adenopatía cervical fue la región de la cadena yugular interna, sobre todo el área II (zona superior) con el 50% de los casos (4 pacientes), seguida del área III (zona media) con un caso (12,5%), siendo afectadas ambas áreas (II + III) en otro paciente. En la región submaxilar y la supraclavicular -cervical transversa, también se localizaron adenopatías con un caso en cada una de ellas.

En todos los pacientes se realizó exploración ORL completa exhaustiva desde cávum a hipofaringe, realizando biopsias ciegas de cávum y de zonas sospechosas sin resultado. Posteriormente se realizó Broncoscopia y Endoscopia Digestiva Alta, estudio radiológico TAC/RNM, Ecografía abdominal, Gammagrafía tiroidea y ósea, y exploración urológica.

El diagnóstico anatomopatológico se realizó por PAAF en todos los casos siendo el tipo histológico más frecuente el Carcinoma Epidermoide con 87,5% de los casos (7 pacientes), 3 de ellos poco diferenciados y un caso de Melanoma.

En este último caso se realizó exploración cutánea minuciosa incluyendo fosas nasales, senos paranasales, cavidad oral, faringe/laringe, así como exploración oftalmológica.

Todos los pacientes fueron tratados quirúrgicamente, realizándose en la totalidad de los casos vaciamiento radical cervical del lado afecto, a los 17,7 días de promedio tras diagnóstico. Se realizó VRC exclusivamente en 3 casos (37,5%), y en otros 3 casos la cirugía fue seguida de Quimioterapia. Un paciente recibió Radioterapia postquirúrgica y en otro caso se realizó Cirugía, Quimio y radioterapia postquirúrgicas.

En cuanto a la evolución, 2 pacientes (25%) presentaron metástasis a distancia, 2 en pulmón a los 16 y 5 meses tras cirugía (éste último, el caso del melanoma) y se evidenció un sólo caso de recidiva local tras la cirugía a los 2 meses (12,5%).

La mortalidad fue del 37,5% (3 casos) a los 22 meses de media tras la cirugía, todos ellos debido a metástasis a distancia y recidiva local. En el resto de los casos no se ha evidenciado hasta la fecha tumor primario causante de la metástasis cervical.

Discusión / conclusiones

Ante la aparición de adenopatía cervical sospechosa de malignidad, la mayoría de autores recomiendan exploración exhaustiva desde cávum hasta hipofaringe con rinofibrolaringoscopia realizando biopsia de cávum y de cualquier zona sospechosa (por cambios del aspecto de la mucosa en cuanto a superficie, color o lesiones).

Otros autores realizan, además, biopsias de base de lengua , amígdala, seno piriforme homolateral(4-5) a la lesión y zona retrocricoidea, si bien en últimos estudios se pone en duda su rendimiento.(6)

Según trabajos realizados en nuestro Servicio, la exploración física ha sido suficiente para diagnosticar el 80,6% de los tumores primarios, siendo hallados mayoritariamente en la primera consulta al ORL, procediendo seguidamente a la biopsia del tumor inductor de la adenopatía metastásica.

Si no se localiza el tumor primario tras la exploración física exhaustiva, se debe realizar estudio histológico de la adenopatía mediante PAAF (con una especificidad del 98% y una sensibilidad de 75-95%)(1-7), que ha demostrado ser, en numerosos estudios, la mejor técnica para diagnóstico histopatológico, ya que no provoca diseminación tumoral,(lo que aumentaría la probabilidad de recidiva local y metástasis a distancia) a diferencia de la biopsia en cuña de la adenopatía (8).

Si la punción no es diagnóstica, se puede realizar extirpación quirúrgica de la adenopatía completa sin fragmentar (1).

Para la búsqueda del tumor primario se realiza, dependiendo de la clínica, la localización de la adenopatía y la histología de la misma, broncoscopia y endos-

copia digestiva alta, radiografía de tórax y TAC - RNM con contraste (pudiendo llegar a detectar tumores submucosos de pequeño tamaño que han pasado desapercibidos por endoscopia) (9).

Otras exploraciones complementarias útiles para localizar tumor primario son la gammagrafía tiroidea y ósea, ecografía abdominal, estudio urológico, sialografía, y en mujeres, la mamografía.

Aún así, existe un porcentaje de adenopatías metastásicas cervicales en las que no se encuentra tumor primario inductor, variando según los estudios entre el 2,1 y el 10% de las metástasis en cuello (1-3), cifra similar a nuestro estudio, con el 11,9% del total de casos.

Epidemiológicamente, afecta con mayor frecuencia a varones de edad entre 60-65 años fumadores y bebedores y con antecedente patológico de EPOC, como se muestra en diferentes estudios (3-4).

El tiempo entre la aparición de la adenopatía cervical y la primera consulta al ORL es relativamente bajo (1,8 meses) comparado con el de otros tumores de cabeza y cuello, a pesar de ser en su mayoría asintomáticos, salvo los casos en los que la tumoración comprime vía aerodigestiva (disfagia en el 25%), destacando el tiempo aún menor entre consulta y tratamiento, quirúrgico en la totalidad de casos.

Aún así hay que destacar que la mayoría de los pacientes se encontraba en un estadio avanzado en la primera consulta (ningún caso de N1 frente al 62,5% de adenopatías entre 3-6cm. Únicas unilaterales o N2a y el 37,5% de adenopatías mayores de 6 cm.).

La región más frecuentemente afectada fue la zona alta de la cadena yugular interna (área II), seguida de la zona media (área III), similar a otros estudios (8).

La variedad más frecuente en cuanto a estudio histopatológico fue el carcinoma epidermoide con el 87,5% de los casos (3 de ellos poco diferenciados).

Cabe destacar el caso del melanoma, que afectó el área III derecha en fase ganglionar N2a. En estudios previos realizados (14-15), alrededor del 90% de los tumores primarios se encuentran en piel, y de ellos, un 20% a nivel de cabeza y cuello. De las formas no cutáneas, la localización más frecuente es la ocular (la mayoría coroides), seguido de la localización mucosa, sobre todo en fosas nasales, senos paranasales y más raramente mucosa oral. Sólo un 4% se presentan como adenopatía metastásica cervical sin tumor primario conocido.

El tratamiento realizado en este caso fue quirúrgico (vaciamiento cervical radical), presentando a los 5 meses, metástasis pulmonares, falleciendo el paciente a los 22 meses de la aparición de las metástasis.

Existen diferentes criterios en cuanto al tratamiento más conveniente, como se muestra en el estudio, aunque en nuestra serie, a todos los pacientes se rea-

lizó tratamiento quirúrgico(VCR homolateral).En la mayoría de estudios varía el tratamiento según el estadio ganglionar por la clasificación TNM.

La mayor parte de los pacientes se encuentra en estadios avanzados al ser diagnosticados (en nuestro estudio ningún paciente en fase N1, 62,5% N2a y el 37,5% N3).

Diferentes autores recomiendan tratamiento quirúrgico o radioterapia para N1 (5),incluso utilizar de forma exclusiva radioterapia en casos de tumores indiferenciados o linfopiteliomas.

En los estadios N2 y N3 se suele recomendar tratamiento combinado quirúrgico más radioterapia. En últimos estudios se han obtenido buenos resultados añadiendo quimioterapia a la pauta anterior o bien sólo quimio y radioterapia (2-4). En ningún caso se realizó vaciamiento contralateral.

Es controvertido el uso de radioterapia sobre posible localización del tumor primario en casos de tumores indiferenciados, irradiando cávum, oro e hipofaringe (5) pero parece aumentar la morbilidad (10) por lo que no se ha utilizado en los pacientes de nuestro estudio.

El número de metástasis a distancia y de recidivas locales es similar al de otros estudios con un 25% y un 12,5% respectivamente, variando en diferentes artículos (4-11) entre el 15 y el 20% en caso de las metástasis y el 10 y el 25% en cuanto a recidivas locales.

La mortalidad es similar a la del resto de pacientes con tumores de cabeza y cuello en igual fase ganglionar (11 - 12).

Bibliografía

- Jürgens A, Quer M, Agudelo D, Trías E. Metástasis cervical de carcinoma escamoso sin primario conocido. Acta Otorrinolaringol. Esp 1996; 47:233-238.
- Braud F, Heilbrun L, Ahmed K. Metastatic squamous cell carcinoma of an unknown primary localized on the neck: advantages of an aggressive treatment. Cancer 1989;64:510-515
- Traserra J. Exploración de la región cervical. Estrategia diagnóstica de las tumoraciones cervicales. En Abelló P, Traserra J. Otorrinolaringología. Barcelona. Ediciones Doyma. 1992:603-606
- Spiro R, Derose G, Strong E. Cervical node metastasis of occult origin. Am. J. Surg 1983; 146:441-446.

- Wank R, Goepfert H, Bonker A, Wolf P. Unknown primary squamous cell carcinoma metastatic to the neck. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surgery 1990; 116:1388-1393.
- Maulard C, Housset M, Brunel P. Postoperative radiation therapy cervical lymph node metastases from an occult squamous cell carcinoma. Laryngoscope 1992;1202:884-890
- Weymuller E, Kiviat N, Duckert L. Aspiration cytology and efficient ant cost-effective modality. Laryngoscope, 1983; 93: 561-564.
- Jesse RH, Pérez CA, Fletcher GH. Cervical lymph node metastases unknown primary cancer. Cancer, 1973;31:854-859.
- Wensel J, Talbot J. Cystic squamous cell carcinoma metastasis to the neck from occult primary. Ann. Otol. Rhinol. 1992; 101:1021-1023.
- Reddy S, Marks J. Metastatic carcinoma in the cervical lymph nodes from an unknown primary site. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. 1997;37:797-802.
- Resnick M, Uhlman D, Niehans G. Cervical lymph node status and survival in laryngeal carcinoma: prognostic factors. Ann. Otol. Rhinol. 1995;104:685-694.
- Bataini J, Rodríguez J, Jaulerry C, Brugere J. Treatment of metastatic neck nodes secondary to an occult epidermoid carcinoma of the head and neck. Laryngoscope, 1987; 97:1080-1084
- Oen AL, De Boer M, Hop W, Knecht P. Cervical metastasis from the unknown primary tumor. Eur. Arch. Otorhinol., 1995; 252: 22-228.
- Batsakis JG. Melanomas of the head and neck, de : Batsakis. Tumours of the head and neck. Clinical and pathological considerations. De. Williams and Wilkins. Baltimore, London 1982 ; 22: 431-447.
- Fisher SR, Reintgen DS, Seigler HF. Juvenile malignant melanoma of the head and neck. Laryngoscope, 1988; 98: 184-186.

FIG. 1: Localización del tumor primario
Cabeza y cuello: 80'5% (54 pacientes)
S. ORL. Hospital U. Reina Sofía. Córdoba

Tumor primario	Total	(%)
Total	67	100%
Laringe	32	47'8%
Lengua	9	13'4%
MOD	8	11'9%
Cávum	6	9'0%
Pulmón	5	7'5%
Amígdala	3	4'5%
Piel	2	3'0%
Pabellón auricular	1	1'5%
Boca	1	1'5%

Dirección para correspondencia:

Dr. Muñoz del Castillo

Servicio O.R.L.

Hospital Universitario Reina Sofía

Menéndez Pidal s/n. 14004 Córdoba