

EVALUACIÓN ULTRASONOGRÁFICA DE LAS LINFADENOPATÍAS CERVICALES

Dra. Sofía Alsina Sarmiento¹

El ultrasonido de alta resolución tiene mayor sensibilidad que el examen clínico (97 % vs 73 % respectivamente), así como una alta especificidad (93 %) cuando se emplea asociado con la citología por aspiración con aguja fina (CAAF). Esto hace del ultrasonido una modalidad imagenológica para la evaluación de las linfadenopatías cervicales. Sin embargo, a menudo la CAAF no ofrece información diagnóstica y no siempre es posible realizarla en todos los centros.

Los criterios sonográficos para diferenciar los nódulos linfáticos normales de los anormales están bien establecidos. Entre éstos están la necrosis intranodal, la presencia de calcificaciones, el edema perinodal y la heterogeneidad, que son características específicas de los ganglios anormales, mientras que el tamaño, la forma, la ecogenicidad del hilio y los bordes del ganglio son considerados inespecíficos. Estos criterios aunque son considerados inespecíficos se utilizan con frecuencia en el diagnóstico diferencial.

Un hecho importante es conocer la anatomía del cuello y cómo se clasifican las regiones ganglionares. De forma general, se consideran 8 regiones: 1 submentoniana, 2 submandibular, 3 parotídea, 4 cervical superior, 5 cervical media, 6 cervical inferior, 7 fosa supraclavicular y 8 triángulo posterior. Cada una de ellas es el área de drenaje específico de una zona anatómica, que orienta en buscar la patología primaria.

El conocimiento de estos elementos imagenológicos y clínicos puede incrementar la certeza diagnóstica; por ejemplo, se plantea que los ganglios normales son de forma plana u oval mientras que los tumorales son redondeados. Cuando hay ecogenicidad central del hilio ganglionar es generalmente una lesión benigna (84 a 92 %), aunque este signo puede verse también en la enfermedad maligna comenzante. Se considera que un diámetro mayor de 5 mm es sugestivo de malignidad, aunque los ganglios situados en el grupo submandibular y en el cervical superior pueden llegar hasta 9 y 7 mm respectivamente y ser aún reactivos. El diámetro es más preciso que el eje longitudinal. Los bordes también definen en muchos casos ya que cuando son poco definidos son sugestivos de patologías banales. En cambio, la necrosis y fibrosis aumentan la diferencia de la impedancia acústica entre el tejido intra y extraganglionar, lo que hace plantear lesiones malignas en estos casos.¹⁻⁴

¹ Especialista de II Grado en Oncología

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ying M, Ahuja A, Metreweli C. Diagnostic accuracy of sonographic criteria for evaluation of cervical lymphadenopathy. *J Ultrasound Med* 1998;17:437-45.
2. Evans RM, Ahuja A, Metreweli C. The linear echogenic hilus in cervical lymphadenopathy -a sign of benignity or malignancy? *Clin Radiol* 1993;47:262-64.
3. Ahuja A, Ying M, Yang WT. The use of sonography in differentiating cervical lymphomatous lymph nodes from cervical metastatic lymph nodes. *Clin Radiol* 1996;51:186-90.
4. Ying M, Ahuja A. Ultrasound assessment of cervical lymphadenopathy. A review of diagnostic criteria and their accuracy. *Medical Imaging International* 1999;9(5):19-21.

Recibido: 22 de mayo del 2000. Aprobado: 6 de junio del 2000.

Dra. *Sofía Alsina Sarmiento*. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Calle 29 esquina a E, El Vedado, Ciudad de la Habana, Cuba.