



Tumor de úvula como primario de metástasis cervical de origen desconocido

RESUMEN

Los carcinomas primarios de úvula son tumores excepcionales y, aun en estadios iniciales, muy agresivos, debido a la alta incidencia de metástasis cervicales. Comunicamos un caso de carcinoma primario de úvula diagnosticado mediante tomografía computada por emisión de positrones (PET-CT) durante el estudio de una metástasis cervical de primario oculto. La PET-CT es una prueba de gran utilidad en pacientes con metástasis cervicales de carcinomas primarios de la cabeza y el cuello de origen desconocido, que combina la información metabólica de la tomografía por emisión de positrones y la anatómica de la tomografía computada.

Palabras clave: carcinoma de úvula, metástasis cervical.

Laura Díez-González¹
Hazem Nijim-Nijim¹
Wasim Elhendi-Halawa²

¹ Facultativos especialistas en Otorrinolaringología, Hospital de Hellín, Albacete, España.

² Facultativo especialista en Otorrinolaringología, Hospital Punta de Europa, Algeciras, España.

Uvula Tumor as the Primary of Unknown Origin Cervical Metastasis

ABSTRACT

Uvula primary carcinomas are rare tumors, and they are, even in early stages, very aggressive because of the high incidence of cervical metastasis. We report a case of primary carcinoma of the uvula diagnosed by positron emission tomography-computed tomography (PET-CT) during the study of cervical metastasis of occult primary. The PET-CT has become a useful test in patients with cervical metastasis from primary carcinomas of the head and neck of unknown origin, combining metabolic information from positron emission tomography and anatomic information of computed tomography.

Key words: uvula carcinoma, cervical metastasis.

Recibido: 24 de enero 2014

Aceptado: 28 de marzo 2014

Correspondencia: Dr. Wasim Elhendi Halawa
Servicio ORL, Hospital Punta de Europa
Cta. de Getares s/n
11207 Algeciras, Cádiz, España
wasimmai@yahoo.com

Este artículo debe citarse como

Díez-González L, Nijim-Nijim H, Elhendi-Halawa W. Tumor de úvula como primario de metástasis cervical de origen desconocido. An Orl Mex 2014;59:213-216.

ANTECEDENTES

Los carcinomas primarios de úvula son muy poco frecuentes y su incidencia es difícil de establecer porque en la mayor parte de los estudios se incluyen conjuntamente con otros tumores de paladar blando, éstos representan menos de 2% de los tumores malignos de la cabeza y el cuello.

La tomografía por emisión de positrones combinada con tomografía computada (PET-CT) es una prueba de gran utilidad en pacientes con afección tumoral maligna de la cabeza y el cuello, debido a la avidéz de estos tejidos por la fluorodesoxiglucosa (FDG), lo que permite el diagnóstico de primarios desconocidos incluso en 50% de los casos, y aventaja en sensibilidad y en especificidad a otras pruebas de imagen, como la tomografía computada y la resonancia magnética.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 69 años de edad, atendido en nuestra consulta por un tumor laterocervical derecho de tres meses de evolución, de crecimiento progresivo, no doloroso a la palpación, sin otro síntoma otorrinolaringológico. Antecedentes personales: hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica enfisematosa, tuberculosis cervical tratada hacía 30 años, hepatopatía crónica enólica, fumador de más de un paquete de cigarros al día desde hacía 45 años y exposición laboral a pintura industrial.

A la exploración física se observó un tumor laterocervical derecho de 7 cm de diámetro, indurado, adherido a planos profundos y no doloroso a la palpación (Figura 1). El resto de la exploración nasoro-laringofaríngea no evidenció ninguna lesión.

La tomografía computada cérvico-tóraco-abdominal evidenció una gran masa laterocervical derecha de 70 x 50 x 60 mm, con centro necrótico que desplazaba e infiltraba la glándula



Figura 1. Tumor latero-cervical derecho.

submaxilar derecha, en relación con conglomerado adenopático (Figura 2), así como enfisema centroacinar con cambios pulmonares residuales y datos de hepatopatía crónica, el resto de las estructuras eran normales.

La punción por aspiración con aguja fina del conglomerado adenopático informó probable carcinoma indiferenciado. El estudio serológico fue positivo para virus de Epstein-Barr (anticuerpos IgG), virus de varicela zoster (anticuerpos IgG) y toxoplasma (anticuerpos IgG).

Ante estos hallazgos se realizó una panendoscopia con toma de biopsia en cavum (debido al informe previo de la punción por aspiración con aguja fina); la exploración laringofaringoscópica fue normal y las biopsias intraoperatorias fueron negativas. En el mismo acto quirúrgico se tomó biopsia del conglomerado adenopático, con diagnóstico intraoperatorio de carcinoma epidermoide, por lo que se realizó un vaciamiento ganglionar cervical radical derecho.

Debido a la falta de diagnóstico del tumor primario, se solicitó una tomografía computada



Figura 2. Tomografía computada que muestra un tumor latero-cervical derecho.

por emisión de positrones FDG-F18, que informó un elevado metabolismo en la úvula (valor de consumo estandarizado [SUV] máximo: 7, Figura 3), que carecía de alteración macroscópica en la exploración. La biopsia de la misma determinó el diagnóstico de carcinoma escamoso poco diferenciado con inmunofenotipo Ki67 (+) en dos terceras partes del espesor del epitelio y en aproximadamente 50% de la población celular.

Tras el diagnóstico del tumor primario, se realizó uvuloplastia, con resultado anatomopa-

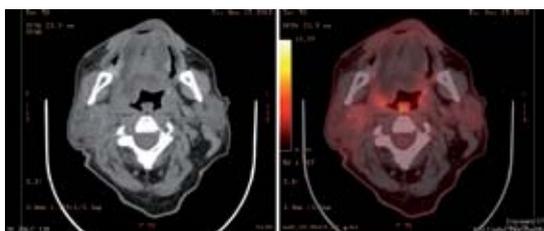


Figura 3. Tomografía computada por emisión de positrones que muestra captación en la úvula.

tológico de carcinoma epidermoide de úvula moderadamente diferenciado (T1 N3 M0). Debido al estadio cervical, el paciente se refirió a radioterapia para completar el tratamiento. Actualmente, después de dos años, el paciente acude a revisiones clínicas y radiológicas, está asintomático y sin datos de recidiva locorregional.

DISCUSIÓN

Los carcinomas de úvula son tumores muy infrecuentes, incluidos en la mayor parte de los estudios entre los tumores de paladar blando, y representan menos de 2% de los tumores malignos de la cabeza y el cuello. Afectan con mayor frecuencia a hombres con un pico de incidencia entre la sexta y la séptima décadas de la vida y suelen asociarse con el abuso de tabaco y alcohol.¹⁻³ Otros factores predisponentes descritos son la mala higiene bucal, la candidiasis orofaríngea crónica y las infecciones por papilomavirus o virus de Epstein-Barr.⁴

En el caso que describimos, el paciente estaba en la sexta década de la vida, con antecedentes de abuso importante de tabaco y alcohol y positividad serológica para el virus de Epstein-Barr (anticuerpos IgG). Aun en estadios iniciales, los carcinomas de úvula son tumores muy agresivos, debido a la alta incidencia de metástasis cervicales,⁵ lo que coincide con el caso comunicado.

La tomografía computada por emisión de positrones es una prueba de gran utilidad en pacientes con metástasis cervicales de carcinomas primarios de la cabeza y el cuello de origen desconocido, que combina la información metabólica de la tomografía por emisión de positrones y la anatómica de la tomografía computada.⁶ En una revisión publicada por Rusthoven y su grupo de 302 pacientes con

metástasis ganglionar cervical y primario de origen desconocido tras estudio con tomografía computada, resonancia magnética o panendoscopia, la tomografía computada por emisión de positrones permitió el diagnóstico de 24.5% de los primarios ocultos, con sensibilidad y especificidad de 88.3 y 74.9%, respectivamente.⁷ En el caso que comunicamos, la tomografía computada por emisión de positrones detectó aumento de captación de fluorodesoxiglucosa (valor de consumo estandarizado máximo: 7), lo que permitió la biopsia dirigida y el consiguiente diagnóstico del tumor, que no fue identificado por la tomografía computada ni por la exploración física y endoscópica rutinaria.

La identificación del tumor primario en las metástasis cervicales de origen desconocido es fundamental para la elección del tratamiento, mejora la eficacia del mismo y disminuye la morbilidad y mortalidad del paciente.^{8,9} Por ello, consideramos que la tomografía computada por emisión de positrones es un examen imprescindible en este tipo de tumores.

REFERENCIAS

1. Simon C, Pernot M. Les tumeurs malignes du voile du palais. *Encycl Med Chir (París, Francia) Oto-rhinolaryngologie*. 2000;A10,10-1985;1-8.
2. Sundaram K, Schwartz J, Har-El G, et al. Carcinoma of the oropharynx: factors affecting outcome. *Laryngoscope* 2005;115:1536-1542.
3. Stucken E, Weissman J, Spiegel JH. Oral cavity risk factors: experts' opinions and literature support. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2010;39:76-89.
4. Urbano J, Gillén V, Paulino A, et al. Carcinoma primitivo de úvula. A propósito de un caso. *ORL-DIPS* 2001;28:96-98.
5. Espinosa F, Martínez G, Martín C. T1-T2 Squamous cell carcinoma of the uvula: A little big enemy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2012;146:81.
6. Maldonado A, Suárez JP, Sancho F, Rayo J y col. J. Aportación de la imagen PET-CT a la patología oncológica de cabeza y cuello. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2005;56:453-458.
7. Rusthoven KE, Koshy M, Paulino AC. The role of fluorodeoxyglucose positron emission tomography in cervical lymph node metastases from an unknown primary tumor. *Cancer* 2004;101:2641-2649.
8. Schmalbach C, Miller F. Occult primary head and neck carcinoma. *Current Oncology Reports* 2007;9:139-146.
9. Al-Ibraheem A, Buck A, Krause B, Scheidhauer K, Schwaiger M. Clinical applications for FDG PET and PET/CT in head and neck cancer. *J Oncol* 2009 doi:10.1155/2009/208725