

11227



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

"ADENOMEGALIA SUBMANDIBULAR IZQUIERDA COMO
PRESENTACION ATIPICA DE METASTASIS DE CANCER
EPIDERMOIDE DE PRIMARIO EN HIPOFARINGE"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A :

DR. JOSE ANGEL FONSECA ALVA

ASESOR DE TESIS: DR. JOSE HALABE CHEREM



IMSS

MEXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



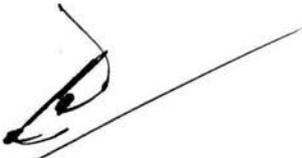
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

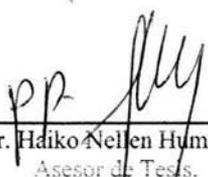
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA


DR. Antonio Castellanos Olivares
Jefe de la División de Educación e Investigación en Salud
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI


Dr. José Halabe Chetem.
Titular del Curso de Medicina Interna y asesor de tesis
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI


Dr. Haiko Nellen Hummel.
Asesor de Tesis.
Jefe de Servicio de Medicina Interna
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.


Dr. José Ángel Fonseca Alva.
Autor Principal
Residente de Medicina Interna de 4º año.
Medicina Interna
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.


SUBCOMISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DELEGACION 3 SUROESTE D.F.
C.M.N. SIGLO XXI
HOSP. DE ESPECIALIDADES
RECIBIDO
26 FEB 2004
DIV. EDUCACION E INVESTIG. MEDICA

DEDICATORIA.

Dedico el presente trabajo particularmente a mi familia: padres que con su apoyo e impulso ha podido hacerse realidad esta meta tan ansiada, a mi esposa e hijos quienes me han apoyado siempre en los momentos difíciles y que han compartido cada logro y cada paso dentro de esta importante carrera hasta llegar a esta meta y a mi suegro quien ha sabido apoyarme e impulsarme siempre para seguir adelante y levantarme después de cada caída sufrida durante mi camino profesional

Para todos y por todos ellos es el presente trabajo.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
Resumen	7
Presentación del Caso	9
Comentario Clínico	13
Bibliografía	17



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

PROGRAMA NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN Y DESARROLLO ACADÉMICO PARA EL MÉDICO GENERAL

MESA DIRECTIVA

Dr. Miguel Tanimoto
Presidente

Dr. Misael Uribe Esquivel
Vicepresidente

Dr. Emilio García Procel
Secretario General

Dr. Roberto Medina Santillán
Tesorero

Dr. Guillermo Díaz Mejía
Secretario Adjunto

PRONADAMEG

Dr. Manuel de la Llata
Director

Dr. Juan Urrusti Sanz
Director Adjunto

COMITÉ NORMATIVO

Dr. Efraín Díaz Jouanen

Dr. Guillermo García Ramos

Dr. José Halabe Cherem

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Dr. Samuel Ponce de León Rosales

Dr. Julio Sotelo

COORDINACIÓN REGIONAL

Centro

Dr. José de Jesús Macías Mendoza

Sureste

Dr. José Antonio Cetina Manzanilla

Noroeste

Dr. Ernesto Ramos Martínez

Noreste

Dr. Guillermo Elizondo Riojas

México, D.F., a 25 de Febrero de 2004.

A quien corresponda:

Por este medio se hace constar que el Ejercicio Clínico Patológico "Adenomegalia submandibular izquierda como presentación atípica de metastasis de cáncer epidermoide de primario en hipofaringe" de los doctores José Ángel Fonseca Alva y Brigette Tejeda Huevo, fue aceptado para publicarse en el Boletín Vox Médica y la Gaceta Médica de México, ambas publicaciones de la Academia Nacional de Medicina de México.

Se extiende la presente a petición del interesado y para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,

Dr. Manuel de la Llata
Director



Dr. Castellanos
esta es la
tesis del
Dr. Fonseca
Huelo

RESUMEN.

Antecedentes. El carcinoma de células escamosas abasta hasta el 80-85% de todos los tumores de tracto aerodigestivo alto y representa hasta el 5% de todas las neoplasias constituyendo así el 4º lugar en las neoplasias más frecuentes en hombres, la laringe es el sitio más común de origen de este tumor.

Los signos y síntomas del carcinoma epidermoide en cabeza y cuello dependerán de las áreas o estructuras afectadas y de la extensión de la enfermedad, y es particularmente frecuente en sitios silentes como base de la lengua, supraglotis y nasofaringe, las metástasis sistémicas son menos frecuentes (10%).

Para realizar el diagnóstico preciso es necesario el estudio histopatológico de la lesión del órgano afectado, se ha recomendado en caso de adenomegalias realización de Biopsia por Aspiración con Aguja Fina a la cual se le ha atribuido una sensibilidad y especificidad hasta de 89% y 98% respectivamente, se ha reportado una frecuencia de primario en hipofaringe hasta del 3% por lo que cobra importancia en el presente trabajo.

Presentación del Caso: Se trata de hombre de 66 años de edad el cual fue ingresado por adenomegalia submandibular izquierda no dolorosa aunado a pérdida de peso y disfagia progresiva a sólidos, además de tos productiva.

Dentro de sus antecedentes de importancia refirió tabaquismo desde los 16 años de edad intenso, además de alcoholismo. A la Exploración Física se encontró con signos vitales normales, con tumoración submandibular izquierda no dolorosa fija a planos profundos de consistencia firme, el resto normal.

Conclusiones. El abordaje diagnóstico oportuno y detección de factores de riesgo en caso de un paciente que se presenta con adenomegalias submandibulares cobra importancia en el diagnóstico oportuno de causas como el cáncer, además de descartar otras causas como linfoproliferativas, infecciosas además de endocrinológicas y poder proporcionar oportunamente las opciones terapéuticas más apropiadas para cada paciente en particular.

ADENOMEGALIA SUBMANDIBULAR IZQUIERDA COMO PRESENTACION ATIPICA DE METASTASIS DE CANCER EPIDERMÓIDE DE PRIMARIO EN HIPOFARINGE.

Dr. Fonseca Alva José Ángel, Dra. Tejeda Huezco Brigette.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 66 años de edad, el cual fue ingresado al hospital por masa submandibular izquierda, fiebre y tos productiva.

Inició su padecimiento 3 meses antes de su ingreso y se caracterizó por pérdida de 20 Kg. De peso corporal, anorexia, posteriormente se agregó tos productiva, con esputo hemoptico, no cianozante, no hemetizante, no disneizante, así como aumento de volumen en región submandibular izquierda, dolorosa, acompañada de disfagia a sólidos.

Dentro de sus antecedentes de importancia refirió tabaquismo desde los 16 años de edad hasta la actualidad (una cajetilla diariamente), alcoholismo durante 7 años a base de destilados y fermentados semanalmente llegando hasta la embriaguez.

En la exploración física se encontró una TA 110/70 , FC 73x', FR 23x', T 36.5°C, ligera palidez generalizada de tegumentos, mal hidratado, cuello asimétrico por tumoración submandibular izquierda dolorosa a la palpación, de consistencia firme, pulso carotideo derecho palpable, sin soplos, pulso carotideo izquierdo disminuido en amplitud e intensidad, adenomegalia supraclavicular izquierda de 0.5 cm., de consistencia ahulada, no dolorosa, el resto de la exploración física fue normal.

PARAMETRO	VALORES
Hemoglobina	9.5 g/dl
Concentración corpuscular media de Hb.	31g/dl
Leucocitos	9100 por mm ³
Linfocitos	25%
Monocitos	5%
Eosinófilos	2%
Basófilos	1%
Neutrófilos	65%
Plaquetas	404 000por mm ³

TABLA 1. CITOLOGIA HEMATICA A SU INGRESO

PARAMETROS	VALORES
Glucosa	87mg/dl
Creatinina	1.4mg/dl
Sodio	139 mEq/Lt
Potasio	4.8 mEq/Lt
TGO	18 UI/Lt
TGP	13 UI/Lt
BT	0.37 mg/dl
BD	0.07 mg/dl
BI	0.30 mg/dl

TABLA 2. QUÍMICA SANGUÍNEA A SU INGRESO

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

PARAMETRO	VALORES
Hemoglobina	10.2 g/dl
Hematocrito	34.3 %
Concentración corpuscular media de Hb.	29.6 g/dl
Leucocitos	7690 por mm ³
Linfocitos	31.1 %
Monocitos	4.68 %
Eosinófilos	2.33 %
Basófilos	1.07 %
Neutrófilos	60.9 %
Plaquetas	436 000 por mm ³

TABLA 3. CITOLOGÍA HEMÁTICA AL DÍA 7 DE ESTANCIA HOSPITALARIA.

PARAMETROS	VALORES
Glucosa	88mg/dl
Creatinina	0.7 mg/dl
Sodio	132.40 mEq/Lt
Potasio	3.93 mEq/Lt
TGO	30 UI/Lt
TGP	16 UI/Lt
BT	0.60 mg/dl
BD	0.10 mg/dl
BI	0.50 mg/dl

TABLA 4. QUÍMICA SANGUÍNEA AL DÍA 7 DE ESTANCIA HOSPITALARIA.

En las tablas 1,2,3 y 4 se muestran los exámenes de laboratorio a su ingreso y durante su evolución, en donde sólo llamó la atención la elevación de la creatinina sérica, se inicio tratamiento con analgésicos no esteroideos y rehidratación mejorando la función renal.

La radiografía de tórax fue normal, un Ultrasonido de cuello mostró imágenes redondeadas de contornos lobulados de predominio izquierdo de ecogenicidad heterogénea, de 56mm en su diámetro máximo y del lado derecho de 42mm de diámetro sugestivos de conglomerados ganglionares múltiples submandibulares.

Se realizó una Tomografía Axial computada simple y contrastada de cuello, la cual informó la presencia de estructuras vasculares ocluidas parcialmente por crecimiento ganglionar múltiple bilateral no delimitados adecuadamente, de contornos irregulares que reforzaron en su periferia con el medio de contrasta más no en el centro, con dimensiones de 15 y 33 mm sugerentes de adenomegalias múltiples, además observándose disminución de la luz de la faringe, y pérdida de tejido óseo mandibular. (figura 1).

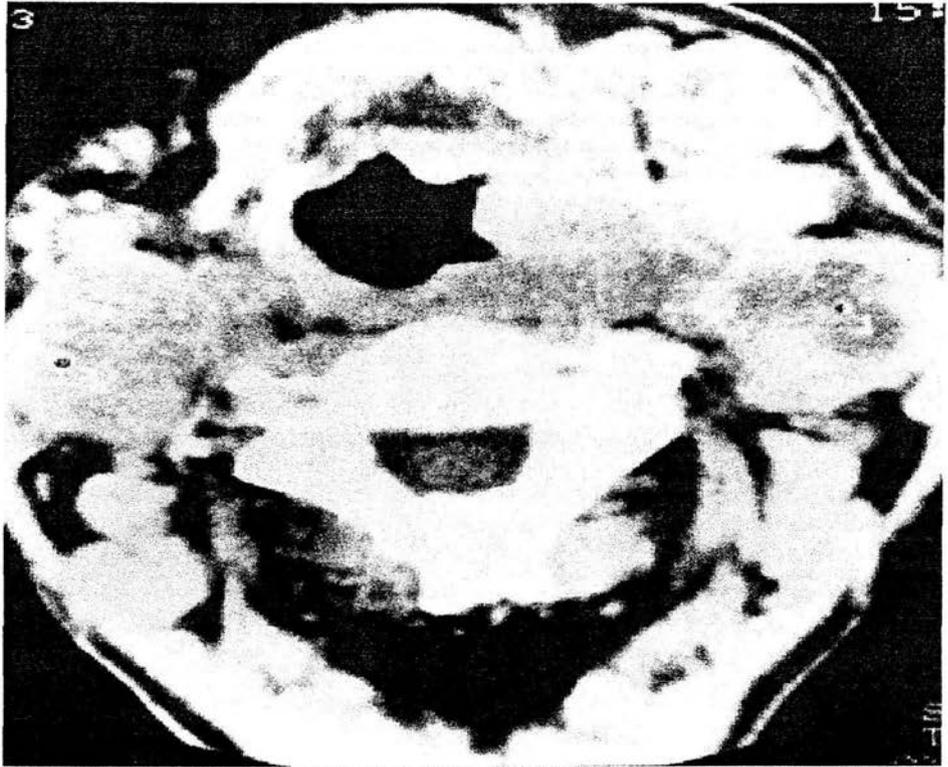


Fig. 1. TAC de cuello simple en donde se observan múltiples adenomegalias submandibulares bilaterales de predominio izquierdo, numeradas.

Se realizó Biopsia por Aspiración con Aguja Fina (BAAF) guiada por USG y se hizo el diagnóstico de Cáncer epidermoide metastásico, se iniciaron antiplaquetarios por la posibilidad de malignidad en las adenomegalias y posible estado hipercoagulable, solicitamos serie esófago gastroduodenal, TAC toraco abdominal, pélvica además de broncoscopia con el objeto de buscar el cáncer primario y se tomaron muestras para cultivo y BAAR, los cuales se reportaron negativos, se encontró desarrollo en cultivo de esputo de Staphylococcus aureus B- hemolítico y Klebsiella pneumoniae, por lo que se inició cobertura antimicrobiana a base de amikacina IV. En la Tomografía Axial Computada de abdomen y pelvis se reportaron quistes renales bilaterales, cambios por gastritis crónica, aortoesclerosis y espondiloartropatia degenerativa lumbar, además solicitamos TAC de tórax en la cual se reportó lesión ocupante de espacio de bordes mal definidos en lóbulo posterior de pulmón izquierdo a descartar proceso neoplásico VS ocupación alveolar (Fig. 2), datos sugestivos de neumopatía crónica bilateral, engrosamiento pleural izquierdo, con lo cual solicitamos realización de broncoscopia y toma de biopsia transbronquial a éste nivel; sin embargo se informó en la broncoscopia ausencia de procesos obstructivos u ocupantes de espacio a nivel bronquial, encontrándose lesión proliferativa a nivel de hipofaringe de bordes mal definidos, la cual obstruía parcialmente la luz de la faringe e hipofaringe procediéndose a tomar biopsia de la lesión encontrada, la cual fue reportada posteriormente como Carcinoma epidermoide de primario en Hipofaringe (Fig. 3).

COMENTARIO CLINICO.

El caso corresponde a un hombre de 66 años de edad, que fue ingresado por crecimiento de múltiples adenomegalias submandibulares bilaterales, indoloras de consistencia firme, además de pérdida de 20 Kg. De peso corporal cuyo diagnóstico final fue el de Carcinoma epidermoide de primario en hipofaringe con metástasis ganglionares submandibulares.

Dentro de la valoración inicial del paciente con linfadenopatías cervicales se incluye un examen físico minucioso dentro del cual deberá identificarse si presenta linfadenopatías regionales o generalizadas, lo cual dará la primera orientación diagnóstica de la causa de las mismas, entiéndase por linfadenopatías generalizadas cuando se evidencia crecimiento ganglionar en 3 o más áreas no contiguas, en el caso de nuestro paciente éste contaba con adenopatías regionales ya que solo se ubicaban en región submandibular, siendo ausentes en región axilar e inguinal.

En el caso de las linfadenopatías regionales, el sitio más frecuentemente afectado es la región de cabeza y cuello en donde las causas más frecuentes son de origen benigno del tipo infeccioso, tales como infecciones respiratorias, orales, dentales, mononucleosis infecciosa y más infecciones virales y bacterianas, otras causas son de origen neoplásico y están constituidas por Linfomas, cáncer metastásico de cabeza y cuello de primario en mama, pulmón, tiroides, faringe, glándulas salivales, entre otras.

Además de la valoración clínica deberán asociarse dentro de su interrogatorio los antecedentes de mayor importancia tales como exposición a agentes tóxicos, a factores de riesgo infecciosos, transfusiones, tabaquismo, alcoholismo, factores ambientales y ocupacionales. En el presente caso, el paciente solo contaba con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo intenso y de manera crónica, lo cual aunado a los hallazgos de las adenomegalias y pérdida de peso, cuadros de hemoptisis ocasionales, nos llevo a considerar varios diagnósticos diferenciales.

Se procedieron a tomara varios estudios de imagen ya descritos para determinar tamaño, extensión y estructuras comprometidas por las adenopatías tales como estructuras vasculares y de las vías aéreas, encontrándose datos de compromiso óseo con resorción ósea en región mandibular izquierda con pérdida de piezas dentales, además de la presencia de linfadenopatías sólidas evidenciadas por USG que comprimían la arteria carótida izquierda y parte de la faringe.

Las causas que se englobaron dentro del estudio del Diagnostico diferencial del paciente fueron infecciosas, endocrinológicas y neoplásicas.

El carcinoma de células escamosas (epidermoide) abarca hasta el 80 – 85% de todos los tumores del tracto aerodigestivo alto y afecta aproximadamente a 45 000 individuos por año. Representa el 5% de todas las neoplasias y constituye en 4º lugar en las neoplasias más frecuentes en hombres. La laringe es el sitio más común de origen, seguido por la cavidad oral, pulmón, esófago, recto y margen anal e hipofaringe. Es más frecuente en pacientes de edad avanzada.

Los síntomas y signos de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello varían de acuerdo al sitio de la lesión y la extensión de la enfermedad. El crecimiento ganglionar cervical puede ser el primer hallazgo clínico de la enfermedad, y es particularmente frecuente en sitios silentes tales como base de la lengua, supraglotis y nasofaringe, las metástasis sistémicas son menos frecuentes (10%).

Para la realización del diagnóstico es necesario un examen físico exhaustivo de oídos, nariz y garganta, además de ser necesaria la realización de panendoscopia para valorar el tracto aerodigestivo y estructuras asociadas tales como bronquios, esófago, laringe, faringe y cavidad oral. Sin embargo el Dx definitivo se confirma mediante un examen histopatológico ya sea mediante BAAF o bien biopsia excisional, misma que posteriormente se realizaría ya que clínicamente nuestro paciente contaba con características clínicas y de edad y factores de riesgo como para sospechar etiología maligna de las linfadenopatías con las que se presento tales características son: edad mayor de 40 años, pérdida crónica e inexplicable de peso, linfadenopatías de consistencia firme, cervicales, fijas a planos profundos, no dolorosas, además del antecedente de alcoholismo y tabaquismo intenso, en sus laboratorios pueden asociarse como manifestaciones paraneoplásicas ya descritas en éste tipo de neoplasias principalmente de primario de pulmón, faringe, laringe, etc. Tales manifestaciones paraneoplásicas fueron la hipercalcemia y eosinofilia. Por lo que sería necesaria la realización de BAAF como siguiente paso diagnóstico.

La BAAF cuenta con una especificidad hasta del 98% cuando es acompañada o guiada por ultrasonido y con una sensibilidad hasta del 89% con una precisión diagnóstica del 94.5% de

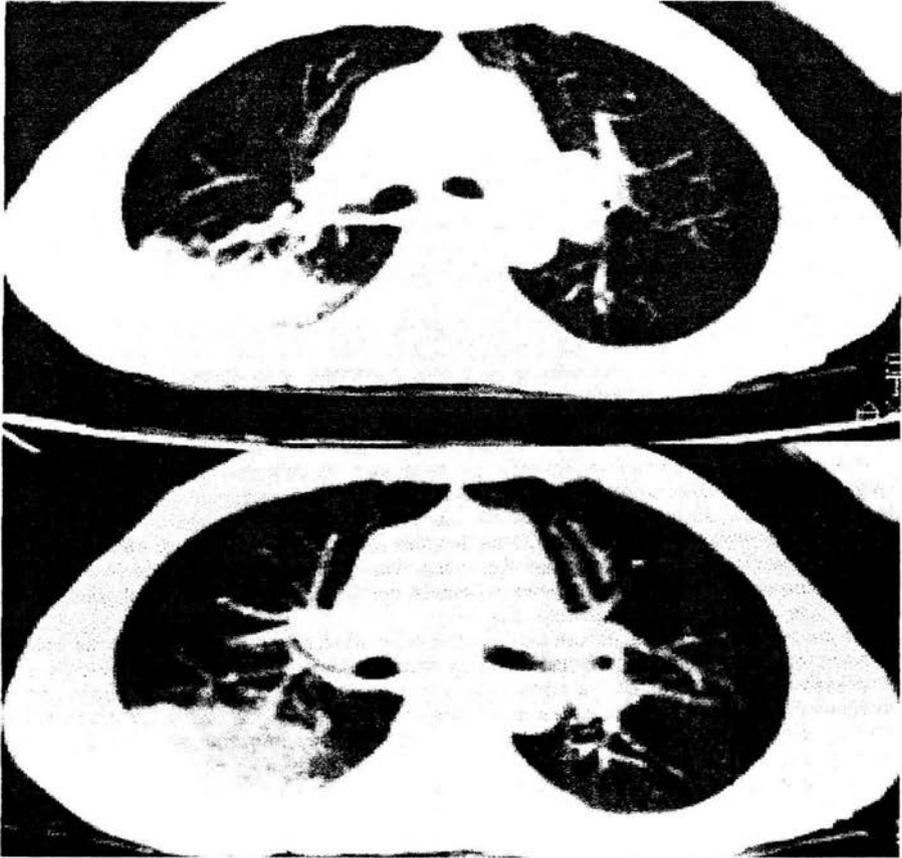


Fig. 2. TAC de tórax en fase contrastada, observese la lesión posterior en pulmón izquierdo, de bordes irregulares.

acuerdo a algunas series de estudios que han conjuntado éstos 2 métodos, sin embargo también se han asociado a éste procedimiento algunas complicaciones tales como desarrollo de hematomas, hemorragia en el sitio del procedimiento, daño a nervios adyacentes e infección en el sitio de punción, las reacciones asociadas vasovagales y crisis convulsivas son raras.

Se preparó al paciente para realización de BAAF guiada por Ultrasonido y que fue reportada con Carcinoma epidermoide metastásico, procediéndose a buscar el origen primario del carcinoma epidermoide. Dentro de los principales sitios descritos como focos primarios para desarrollo de Cáncer epidermoide se han descrito: pulmón, esófago, recto y cabeza y cuello tales como faringe e hipofaringe los cuales constituyen menos del 3% de los casos, se tomaron estudios de imagen ya comentados sin encontrarse evidencia del primario, sin embargo durante la broncoscopia se observó lesión sospechosa a nivel de hipofaringe tomándose biopsias de la misma determinándose cáncer epidermoide de primario en hipofaringe con metástasis a ganglios submandibulares la cual se ha encontrado como una presentación muy rara del carcinoma epidermoide de primario en hipofaringe, el paciente fue enviado a Oncología en donde recibió tratamiento a base de radioterapia en donde estuvo durante 3 meses, posteriormente falleció, se ha comentado un índice de sobrevida en éstos casos de 3 meses posteriores al diagnóstico.

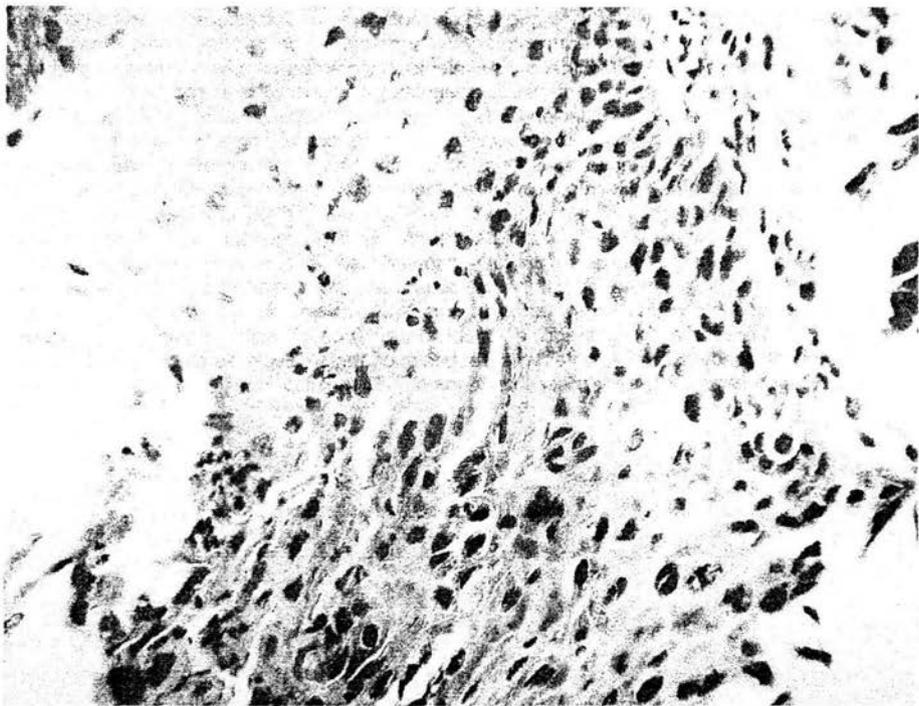


FIG. 3 Microfotografía de biopsia de hipofaringe realizada durante la broncoscopia en donde se muestran las células escamosas características del carcinoma epidermoide.

BIBLIORAFIA

1. Homer J. J., Greenman J., Stafford N. D. Angiogenesis in head and neck squamous cell carcinoma. *Clin. Otolaryngol.* 2000; 25: 169 – 80.
2. Mc Guirtw Frederick. The neck mass. *Medical clinics of North America.* 1999; 83: 220-35.
3. Rice Dale H. Salivary Gland disorders. *Medical clinics of North America.* 1999; 83: 197-218.
4. Knappe Marco, Louw Mercia, Gregor R. Theo. Ultrasonography – guided fine – needle aspiration for de assessment of cervical metastases. *Archives of otolaryngology – head ad neck surgery.* 2000; 126: 1091-98.
5. Rothenberg Marc E. Eosinophilia. *The New England Journal of Medicine.* May 1998; 338: 1592-1600.
6. Greenman J., Homer J. J., Stafford N. D. Markers in cancer of the larynx and pharynx. *Clin. Otolaryngol.* 2000; 25: 9-18.
7. Aivi Ajaz. Detection and management of patients with head and neck cancer: An overview. *Medscape Hematology-Oncology e Journal.* 1998; 1 (3).
8. Forastiere Arlene, Koch Wayne., Trotti Andrew, Sidransky David. Head and Neck cancer. *The New England Journal of Medicine.* 2001; 345 (26): 1890-1900.
9. Mark Jon, Lie A Kathrine, Glatre Eystein; et. Al. Human Papillomavirus infections as risk factor for Squamous cell carcinoma of the head and neck. *New England Journal of Medicine.* 2001; 344 (15): 1125-30.
10. Sanderson R. J., Ironside J. A. D. Squamous cell carcinomas of the head and neck. *British Medical Journal.* 2002; 325: 822-27.
11. Wing Yuen P., Man M., Lam K. Yin, Kwong Lam Y. Clinicopathological significance of p16 gene expression in the surgical treatment of head and neck squamous cell carcinomas. *Journal Clin. Pathol.* 2002; 55: 58-60.
12. Ikeguchi M., Sakatam T., Fukuda K.; et. Al. Correlation between cathepsin D expression and P 53 Protein nuclear accumulation in Oesophageal Squamous cell carcinoma. *J. Clin. Pathol.* 2002; 55: 121-126.
13. Posner Marshall R. Head and Neck cancer carcinoma: New directions for treatment. *Medscape General Medicine.* 2002; 4 (3).
14. Smith Robert A., Glynn Thomas J. Epidemiology of Lung cancer. *Radiologic Clinics of North America.* 2000; 38 (3).
15. Hyer Jerry D., Silvestri Gerard. Diagnosis and Staging of Lung Cancer. *Clinics in chest Medicine.* 2002; 1.
16. Patz Edward F., Goodman Philip C., Bepler Gerold. Screening for Lung Cancer. *New England Journal Of Medicine.* 2000; 343 (22): 1627-32.
17. Cerroni Peris K., Margiotta V. Paoloni., Chimeni S. Gingival metastasis as first sign of an undifferentiated carcinoma of the lung. *Journal of Dermatologic Surgery and Oncology.* 1994; 20 (6): 407-9.
18. Alandez J., Llanes F., Herrera J. L. Metastatic Lung Carcinoma involving periodontium. Report of a case. *Jal of periodontology.* 1995; 66 (10): 896-8.
19. Sanner JR., Rawin J. E., Yang CH. Carcinoma of the lung metastatic to the gingiva: review of the literature and report of case. *Journal of oral surgery.* 1979; 37 (2): 103-6.
20. Chawla Ashing K., Willet Christopher G. Squamous cell carcinoma of the anal canal and anal margin. *Hematology Oncology clinics of North America.* 2001; 15 (2).
21. Ellis GL., Jensen JL., Reingold IM., Barr RJ. Malignant Neoplasms metastatic to gingivae. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology.* 1997; 44 (2): 238-45.
22. Hejna Michael, Raderer Markus, Czielinsky Christoph. Inhibition of metastases by anticoagulants. *Journal of the National Cancer Institute.* 1999; 91 (1): 22-36.
23. Isaacson P. G. The Current Status Of Lymphoma Classification. *British Journal of Haematology.* 2000; 109 (2): 258-266.
24. Wood, Morgan Amy. Rituximab: An innovative therapy for non-Hodgkin's lymphoma. *American Journal Of Health-System Pharmacy.* 2001; 58(3): 215-232.