

# Presentación atípica de metástasis cervical de linfoepitelioma amigdalár

A U T O R E S

Cazorla Ramos O\*  
Flores Carmona E\*\*  
Contreras Molina P\*\*  
Casas V\*

\*Servicio ORL, Hospital General de Antequera. Málaga. España.

\*\*Servicio ORL, Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga. España

Uncommon presentation cervical metastases of tonsils lymphoepithelioma

## RESUMEN

Presentamos el caso de una tumoración cervical quística de instauración brusca que, tras catalogarse como metástasis cervical de origen desconocido (MCOD), finalmente fue diagnosticada como metástasis de linfoepitelioma amigdalár, neoplasia infrecuente que raramente debuta de este modo. Exponemos nuestras dificultades al diagnóstico y las consideraciones que deben plantearse en estas masas quísticas a la hora de un correcto enfoque terapéutico. Así mismo, reivindicamos la utilidad de la amigdalectomía en el estudio de las MCOD.

## PALABRAS CLAVE:

Masa cervical quística, metástasis cervical de origen desconocido (MCOD), Linfoepitelioma amigdalár, amigdalectomía.

## SUMMARY

We report the case of cervical cystic tumor of sudden onset, after being categorized as cervical metastases of an unknown primary tumour (CMUPT), was finally diagnosed as metastasis of tonsillar lymphoepithelioma, uncommon tumor that rarely debut in this way. We explain our difficulties to the diagnosis and the considerations that should be asked in these cystic masses when a correct therapeutic approach. Likewise, we demand the utility of tonsillectomy in the study of CMUPT.

## KEY WORDS:

Cystic neck mass, Cervical metastases of an Unknown primary tumour (CMUPT), Lymphoepithelioma tonsils, tonsillectomy.

## Caso Clínico

Mujer de 48 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que fue remitida a consulta por tumoración laterocervical de una semana de evolución, acompañada de molestias en la zona.

En la exploración, presentaba una tumoración en nivel II laterocervical derecho, bien delimitada, de 3 cm aproximadamente. A la palpación era móvil y de consistencia elástica. La inspección orofaríngea y la nasofibrolaringoscopia no revelaron hallazgos de interés.

En cuanto a las exploraciones complementarias, la analítica sanguínea se consideró normal y la ecografía objetivó una formación quística de contenido anecoico, sin otras megalias. Se practicó PAAF eco-guiada, extrayéndose material seroso amarillento rico en polimorfonucleares y sin evidencia de células malignas. A pesar de la ausencia de indicios de malignidad, dada la edad de la paciente, se decidió realizar cervicotomía exploradora y exéresis de la lesión.

En dicha intervención, se extrajo un nódulo de 2.5x3 cm, de aspecto quístico y contenido marronáceo, que fue informado por el Servicio de Anatomía Patológica como nódulo elástico y encapsulado correspondiente a ganglio linfático quistificado, con metástasis de carcinoma indiferenciado tipo linfoepitelioma (Fig. 1).

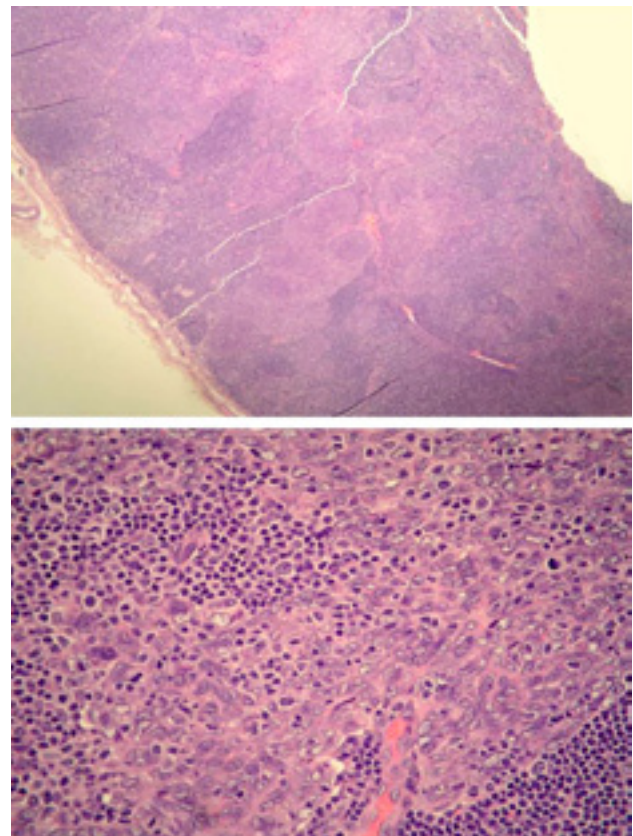


Figura 1: Imagen de anatomía patológica correspondiente a adenopatía quistificada.

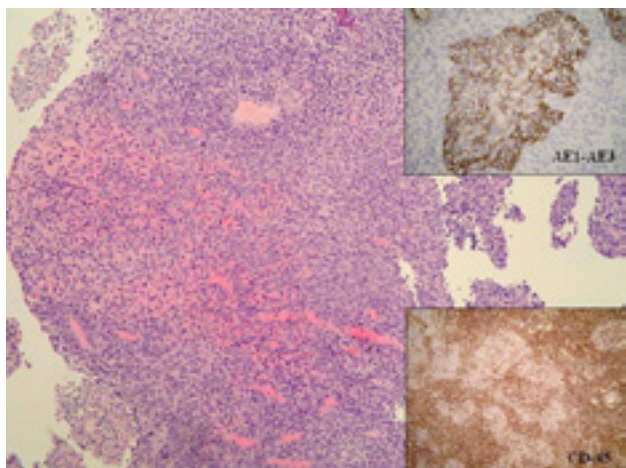


Figura 2: Imagen de anatomía patológica correspondiente a amígdala palatina.

Ante la situación de MCO, se procedió a la búsqueda del tumor primario. Para ello, se realizó de nuevo una exploración regional ORL minuciosa con nueva nasofibrolaringoscopia y bioquímica completa con serologías y marcadores tumorales, que no mostraron datos relevantes.

Así mismo, se solicitaron TC cervicofacial y torácico y ecografía abdominopélvica, igualmente anodinas.

Siguiendo el protocolo diagnóstico de MCO, se llevó a cabo una panendoscopia bajo anestesia general, y decidimos incluir una amigdalectomía bilateral de acuerdo con las recomendaciones de la bibliografía disponible al respecto<sup>1</sup>. En dicha panendoscopia, no se apreciaron lesiones sospechosas y las biopsias "a ciegas" de cavum, base de lengua e hipofaringe fueron negativas. Sin embargo, en la pieza de biopsia correspondiente a amígdala derecha, se confirmó la presencia de carcinoma indiferenciado tipo linfoepitelioma (Fig. 2).

Así pues, el diagnóstico final fue linfoepitelioma de amígdala T1N1M0 y, tras presentación del caso en Comité Oncológico de Cabeza y Cuello, se decidió quimioterapia-radioterapia como opción terapéutica.

Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento y libre de enfermedad.

## Discusión

Ante un adulto con una masa cervical quística, debemos considerar la posibilidad de MCO, incluso ante una presentación brusca. Los carcinomas escamosos del anillo de Waldeyer son los que más frecuentemente originan este tipo de metástasis, especialmente los de amígdala<sup>2</sup>. Muchos autores consideran estos tumores quísticos un subtipo<sup>3</sup> distinto con características propias, como la afectación de una población más joven, la falta de asociación con factores de riesgo habituales (alcohol o tabaco), un crecimiento más lento<sup>4</sup> y un tumor primario a menudo oculto<sup>5</sup>.

La PAAF es una técnica útil para el estudio de masas cervicales, pero presenta limitaciones en el diagnóstico, ya que su interpretación puede suponer una dificultad para el

patólogo, inversamente proporcional al grado de diferenciación tumoral y además, existe un 50-67% de falsos negativos<sup>6,7</sup> para la detección de células malignas en metástasis quísticas, debido a la baja celularidad del aspirado.

El 75% de las MCO presentan su origen en tumores microscópicos de las vías aereodigestivas superiores. Las amígdalas palatinas constituyen una frecuente localización del tumor primario (18-40%). En éstas, las células tumorales pueden encontrarse en la profundidad de las criptas, sin provocar alteraciones en su superficie que permitan la sospecha en el examen físico. Por lo tanto, la amigdalectomía es una técnica útil en la estrategia diagnóstica de las MCO<sup>8</sup>.

En nuestro caso, el tumor primario correspondió a un linfoepitelioma, entidad muy poco frecuente fuera de la región nasofaríngea. Se trata de un carcinoma epidermoide no queratinizado, con infiltrado no tumoral de linfocitos y células plasmáticas, que tiene tendencia a afectar los ganglios linfáticos cervicales, siendo esta su forma de presentación en un 70% de las ocasiones. Sin embargo, la forma quística es muy atípica dado que es más propia de tumores bien diferenciados.

## Bibliografía

1. Randall DA, Johnstone PA, Foss RD, et al. Tonsillectomy in diagnosis of the unknown primary tumor of the head and neck. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;122(1):52-5.
2. Goldenberg D, Begum S, Westra W, et al. Cystic lymph node metastasis in patients with head and neck cancer: an HPV associated phenomenon. *Head Neck* 2008; 30: 898-903.
3. Goldenberg D, Sciubba J, Koch WM. Cystic metastasis from head and neck squamous cell cancer: a distinct disease variant?. *Head Neck* 2006; 28: 633-8.
4. Thompson LD, Heffner DK. The clinical importance of cystic squamous cell carcinomas in the neck: a study of 136 cases. *Cancer* 1998; 82: 944-956.
5. Andrews PJ, Giddings CE, Su AP. Management of lateral cystic swellings of the neck, in the over 40s' age group. *J Laryngol Otol* 2003; 117: 318-320.
6. Pisharodi LR. False-negative diagnosis in fine-needle aspirations of squamous-cell carcinoma of head and neck. *Diagn Cytopathol* 1997; 17: 70-73.
7. Gourin CG, Jonsson JT. Incidence of unsuspected metastases in lateral cervical cysts. *Laryngoscope* 2000; 110: 1637-1641.
8. Koch WM, Bhatti N, Williams MF, et al. Oncologic rationale for bilateral tonsillectomy in head and neck squamous cell carcinoma of unknown primary source. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;124: 331-3.

## Correspondencia

Dr. Óscar Cazorla Ramos  
Zamarrilla, 15 - 1º B  
29007 MALAGA  
E-mail: cazorla.oscar@gmail.com