

## **Hallazgos radiológicos en el cuello tratado del paciente con recidiva tumoral.**

**Poster No.:** S-0442  
**Congress:** SERAM 2014  
**Type:** Presentación Electrónica Científica  
**Authors:** D. Dualde-Beltrán, R. Dosdá Muñoz, J. Guijarro Rosaleny, J. Palmero da Cruz; Valencia/ES  
**Keywords:** Cabeza y cuello, Oncología, RM, TC, Procedimiento diagnóstico  
**DOI:** 10.1594/seram2014/S-0442

Any information contained in this pdf file is automatically generated from digital material submitted to EPOS by third parties in the form of scientific presentations. References to any names, marks, products, or services of third parties or hypertext links to third-party sites or information are provided solely as a convenience to you and do not in any way constitute or imply ECR's endorsement, sponsorship or recommendation of the third party, information, product or service. ECR is not responsible for the content of these pages and does not make any representations regarding the content or accuracy of material in this file.

As per copyright regulations, any unauthorised use of the material or parts thereof as well as commercial reproduction or multiple distribution by any traditional or electronically based reproduction/publication method is strictly prohibited.

You agree to defend, indemnify, and hold ECR harmless from and against any and all claims, damages, costs, and expenses, including attorneys' fees, arising from or related to your use of these pages.

Please note: Links to movies, ppt slideshows and any other multimedia files are not available in the pdf version of presentations.

[www.myESR.org](http://www.myESR.org)

## Objetivos

Los estudios de imagen realizados como seguimiento a los pacientes con neoplasias de faringe, cavidad oral y laringe que han sido tratados quirúrgicamente, con quimioterapia (Qt) y radioterapia (Rt), o bien mediante una combinación de las anteriores, resultan en ocasiones difíciles de interpretar dadas las importantes alteraciones anatómicas e inflamatorias existentes como consecuencia del tratamiento recibido, resultando difícil por este motivo el diagnóstico diferencial de las mismas con la recidiva tumoral. Entre dichas alteraciones se incluye una alteración del tejido graso que dificulta considerablemente la detección de las adenopatías.

La finalidad de las exploraciones radiológicas es múltiple. Por un lado detectar, confirmar y determinar la extensión de la recidiva y de la persistencia tumoral, así como la existencia de afectación ganglionar. Por otro lado monitorizar la respuesta al tratamiento. Y finalmente valorar las complicaciones derivadas del tratamiento.

Para todo ello es de gran importancia que el radiólogo conozca los antecedentes relevantes del paciente y el resultado de la exploración clínica actual junto con el tipo de tratamiento recibido, debiendo estar familiarizado por este motivo con la terminología empleada. Además ha de valorar con los estudios previos la evolución de los hallazgos, teniendo en cuenta las alteraciones anatómicas previsibles derivadas de cada tipo de tratamiento.

Los objetivos del presente trabajo son:

- Describir los hallazgos radiológicos encontrados en pacientes con recidiva tumoral de neoplasias de faringe, cavidad oral y laringe.
- Diferenciar dichos hallazgos de los cambios relacionados con el tratamiento.

## Material y método

Se ha realizado una revisión retrospectiva de 80 pacientes valorados en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello del Hospital Clínico Universitario de Valencia, diagnosticados y tratados por carcinoma epidermoide de faringe, cavidad oral y laringe entre enero de 2011 y marzo de 2013.

Todos los pacientes fueron estudiados mediante TC y/o RM tras la administración de contraste intravenoso (civ) de acuerdo con el protocolo de seguimiento de dicho Comité de Tumores.

El seguimiento de los pacientes con neoplasias de laringe e hipofaringe se llevó a cabo mediante TC con una adquisición helicoidal de 1 mm con 120 kV y 100 mA desde la base del cráneo hasta el tórax y reconstrucciones de 2 mm en el plano axial y coronal con ventana de partes blandas y de 2 mm en el plano axial y coronal con ventana de hueso, a los 90 segundos tras la administración intravenosa de 100 ml de iohexol mediante una bomba de inyección.

El seguimiento de los pacientes con neoplasias de cavum, orofaringe y cavidad oral se realizó mediante RM con un equipo de 1,5 T incluyendo secuencias axial y sagital STIR, axial y coronal T2, coronal T1, axial T1 FS sin y tras la administración intravenosa de contraste (gadobenato de dimeglumina), y sagital y coronal con contraste. Algunos de estos pacientes también fueron estudiados mediante TC (utilizando el protocolo antes desrito) fundamentalmente para la valoración de las estructuras óseas.

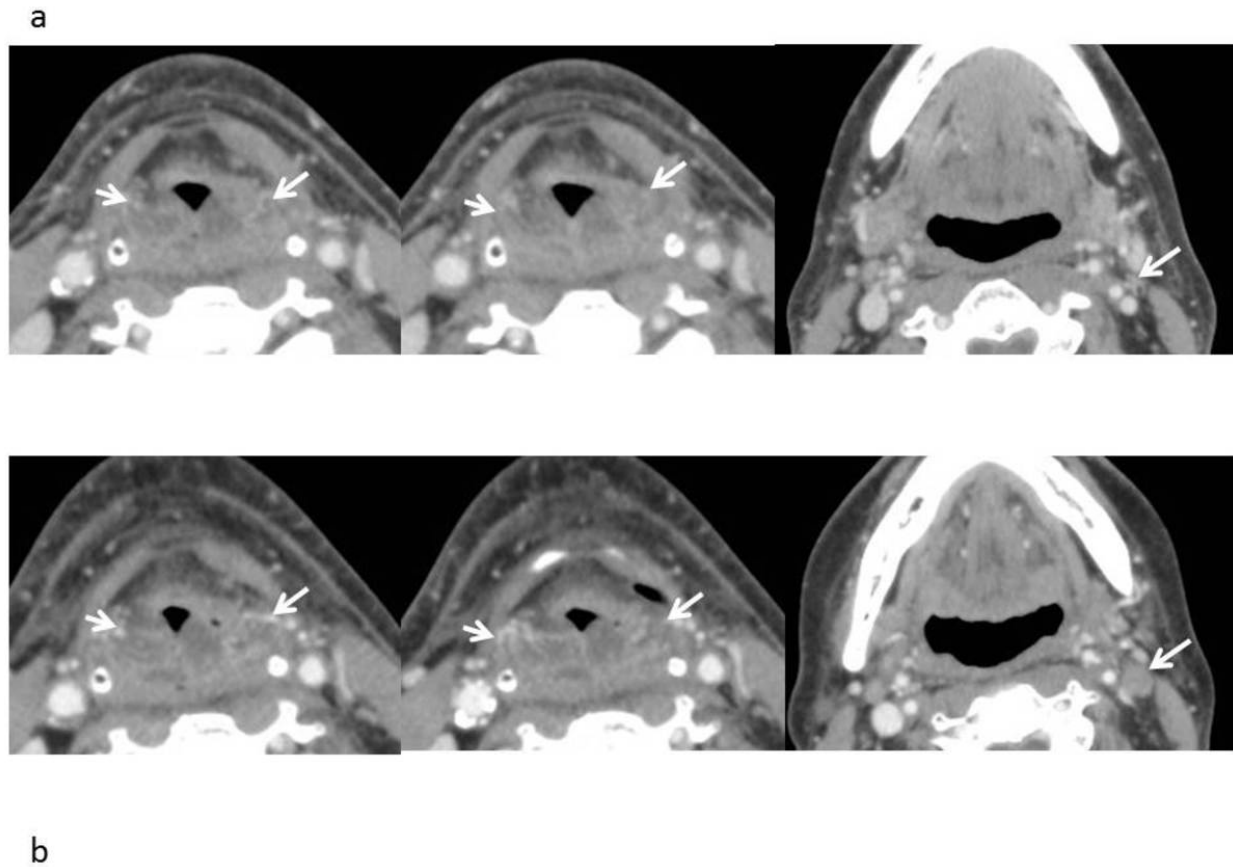
La lectura radiológica sistemática de los hallazgos encontrados ha permitido dividir a los pacientes en dos grupos según si se consideró que se encontraban libres de enfermedad clínica y radiológicamente, o bien si presentaban una recidiva que fue confirmada en todos ellos anatomopatológicamente.

## Resultados

En el grupo de pacientes en los que se confirmó anatomopatológicamente la recidiva tumoral encontramos, sobre todo en los dos a tres primeros años de seguimiento, los siguientes hallazgos:

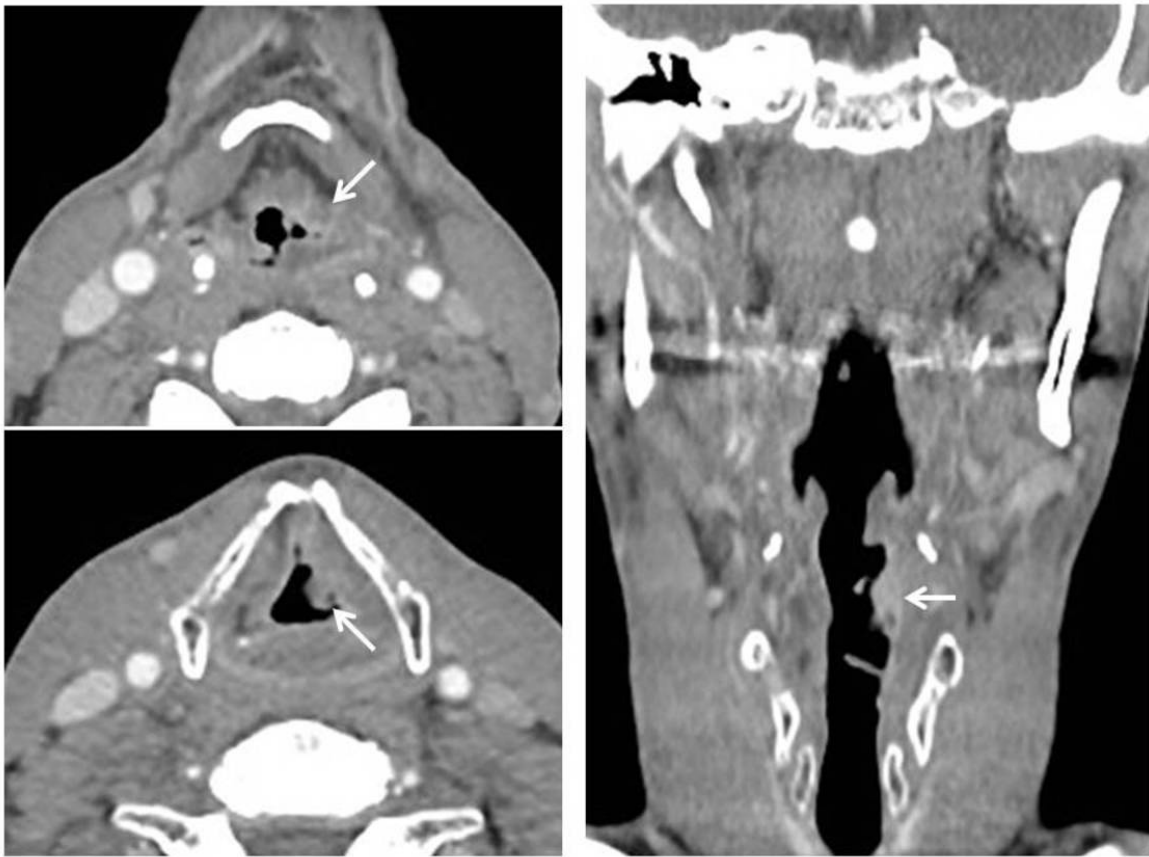
- Aumento de los cambios inflamatorios inicialmente atribuibles al tratamiento recibido [Fig. 1](#) on page 5, visualizado este hallazgo generalmente como un incremento del edema y de la captación de contraste, de forma asimétrica y/o nodular. En algunos de los pacientes no obstante, la biopsia realizada para valorar la sospecha de recidiva tumoral por este motivo mostró como resultado la presencia de una cicatriz vascularizada [Fig. 2](#) on page 5 y [Fig. 3](#) on page 6.
- Aparición en TC de áreas de atenuación superior a la del músculo [Fig. 4](#) on page 7 y/o aparición en RM de áreas de intensidad de señal superior a la del músculo [Fig. 5](#) on page 8, en ambos tipos de exploración sin o con aumento de la captación de contraste [Fig. 6](#) on page 9. Con frecuencia hemos encontrado estas alteraciones en el lecho quirúrgico [Fig. 7](#) on page 10, en vecindad a los márgenes del colgajo de reconstrucción [Fig. 8](#) on page 11 o en la zona irradiada. Habitualmente dichas imágenes tienden a encontrarse en localización profunda o submucosa lo que hace que su detección sea más difícil por endoscopia que mediante las técnicas de imagen.
- Presencia de adenopatías de nueva aparición o crecimiento de las adenopatías ya existentes [Fig. 1](#) on page 5, en ocasiones apareciendo en el interior del ganglio un área de menor atenuación, generalmente central, que indica la existencia de necrosis como un signo de malignidad independientemente del tamaño del ganglio [Fig. 9](#) on page 12 y [Fig. 10](#) on page 13. Hemos encontrado adenopatías en el postoperatorio inmediato y en la zona irradiada con un contorno mal definido que simulaba malignidad [Fig. 11](#) on page 14, con disminución progresiva de tamaño en controles posteriores.
- Erosión ósea [Fig. 12](#) on page 15 o cartilaginosa por lo general con masa de partes blandas asociada.
- Ocasionalmente diseminación perineural [Fig. 13](#) on page 16 identificada como masas de partes blandas o bien engrosamiento o aumento de captación en el trayecto de las estructuras nerviosas.

**Images for this section:**



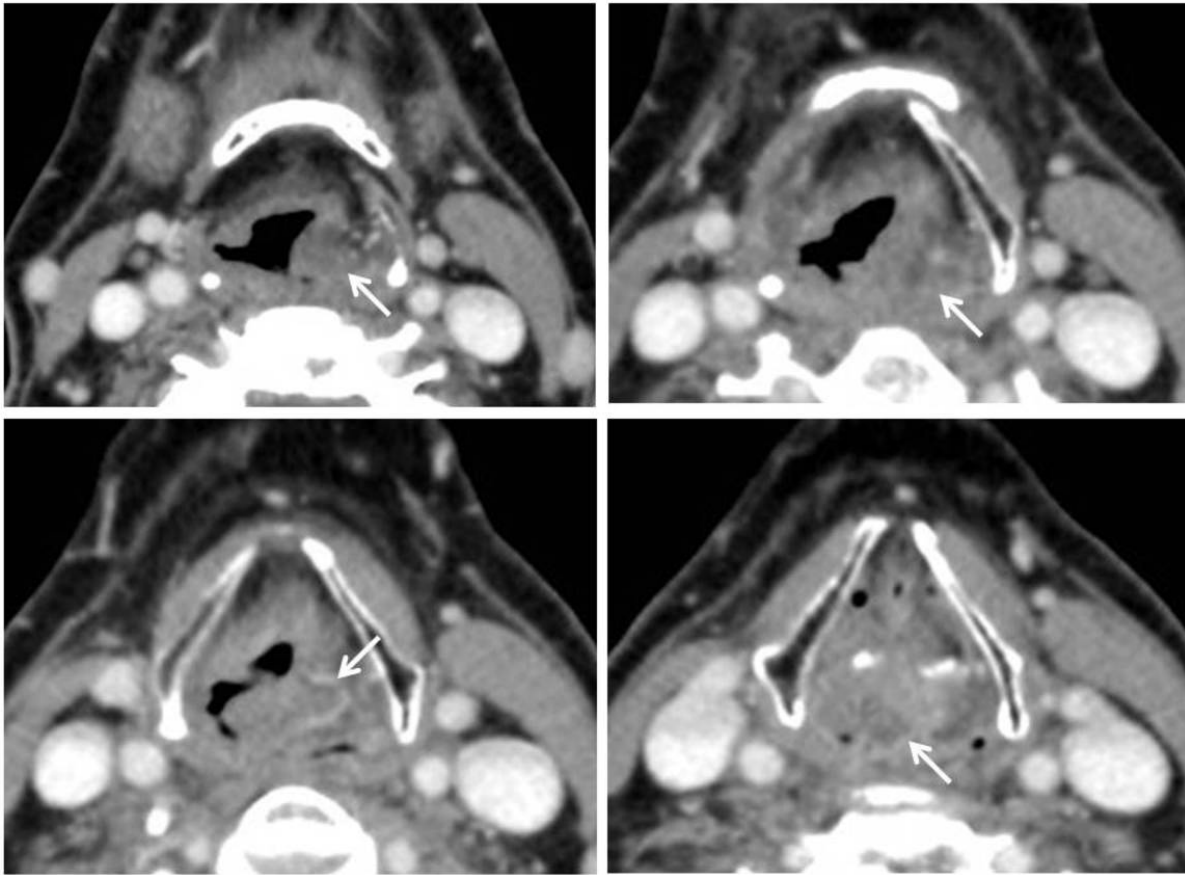
**Fig. 1:** TC axial con civ. (a) Cambios inflamatorios y ganglio inespecífico a los 2 meses tras Qt-Rt. (b) Aumento de los cambios inflamatorios y del ganglio a los 5 meses: recidiva tumoral.

© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Valencia - Valencia/ES



**Fig. 2:** TC axial y coronal con civ. Cambios inflamatorios.

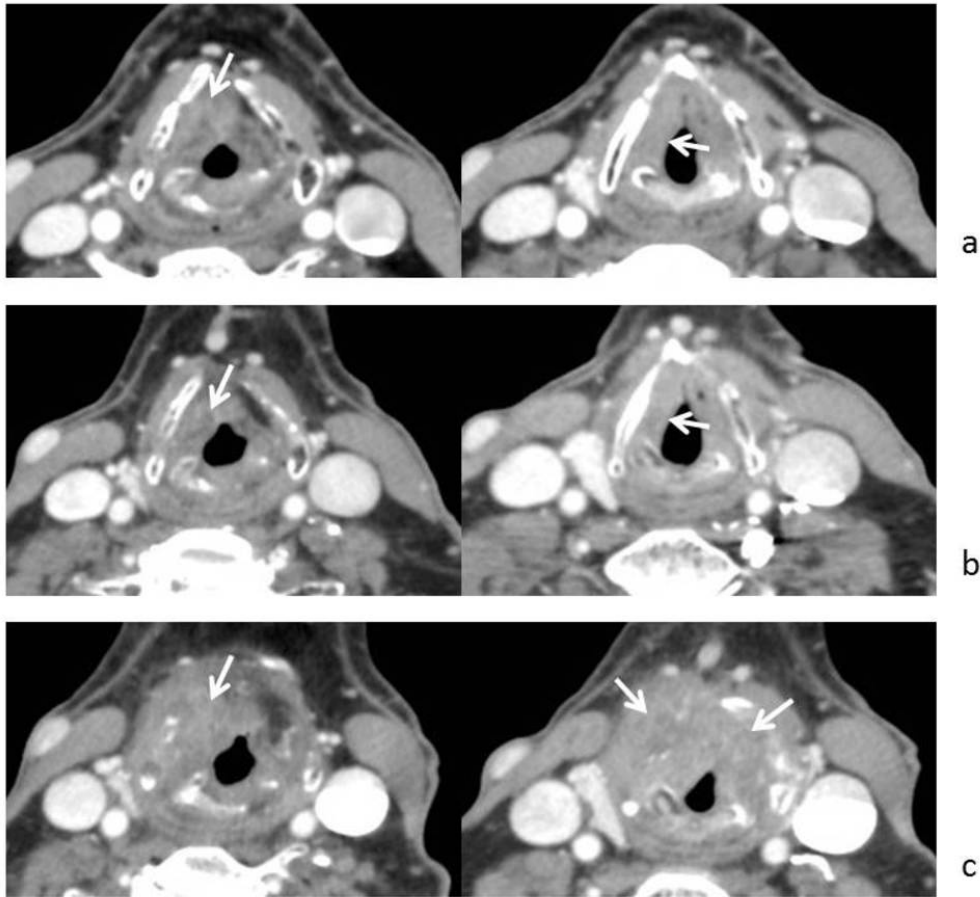
© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Valencia - Valencia/ES



**Fig. 3:** TC axial con civ. Cambios inflamatorios.

© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Valencia - Valencia/ES

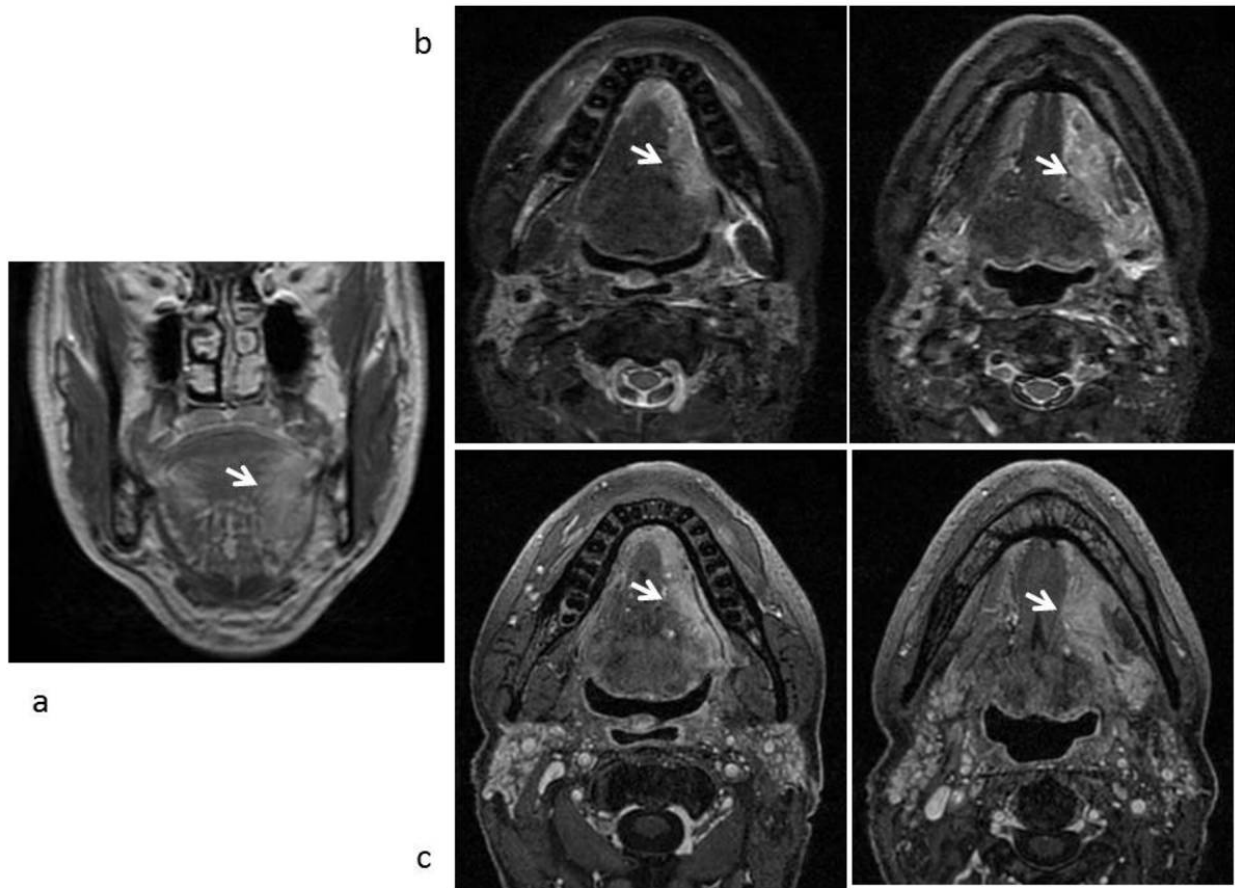




**Fig. 4:** TC axial con civ. (a) Engrosamiento inflamatorio de la cuerda vocal derecha a los 5 meses tras Qt-Rt. (b) Mejoría a los 7 meses. (c) Recidiva tumoral a los 13 meses.

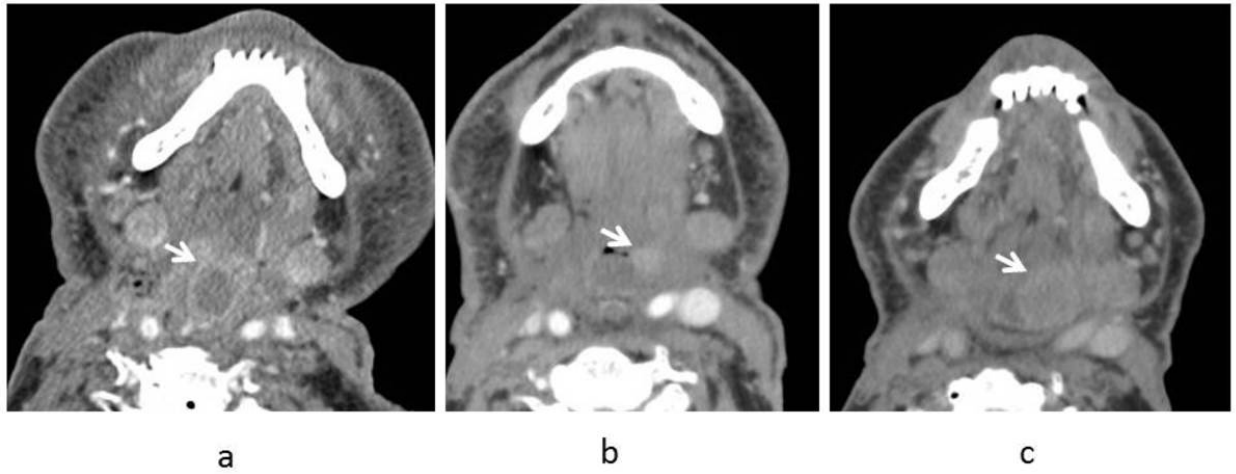
© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Valencia - Valencia/ES





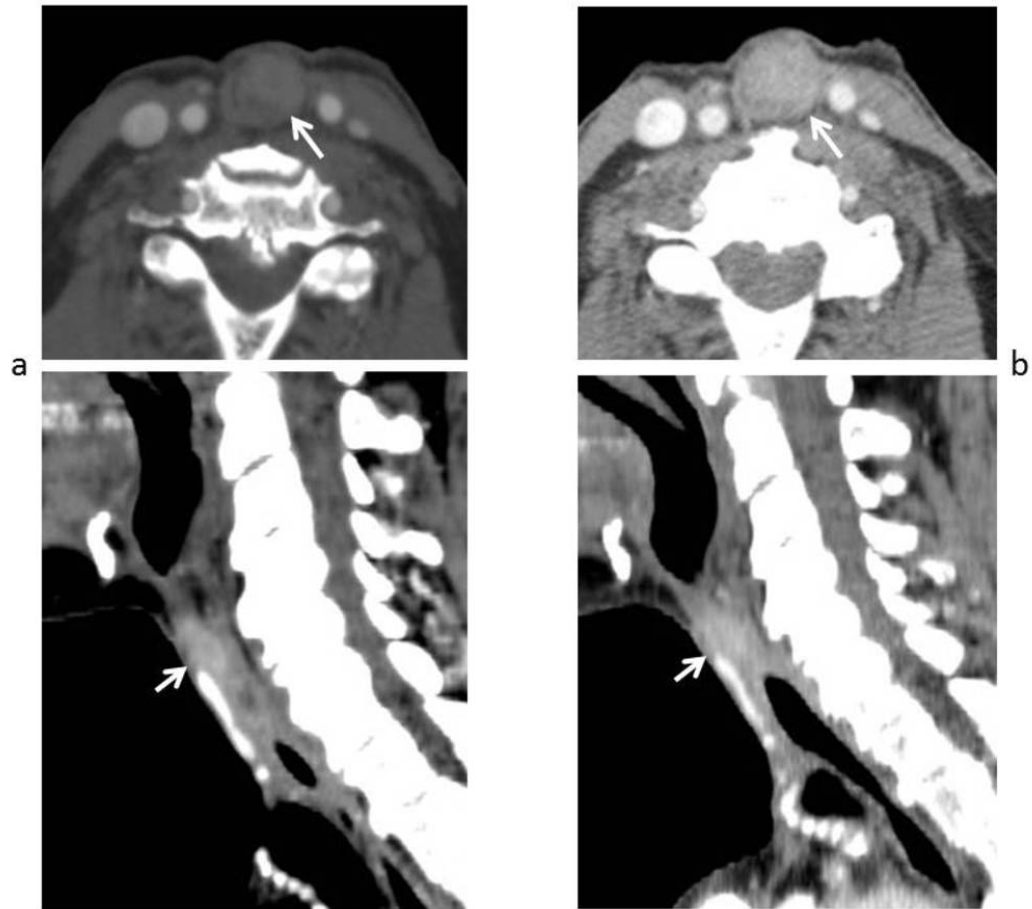
**Fig. 5:** RM T2 coronal (a), STIR axial (b) y T1FS axial con civ (c). Recidiva tumoral a los 2 años tras Qt-Rt.

© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Valencia - Valencia/ES



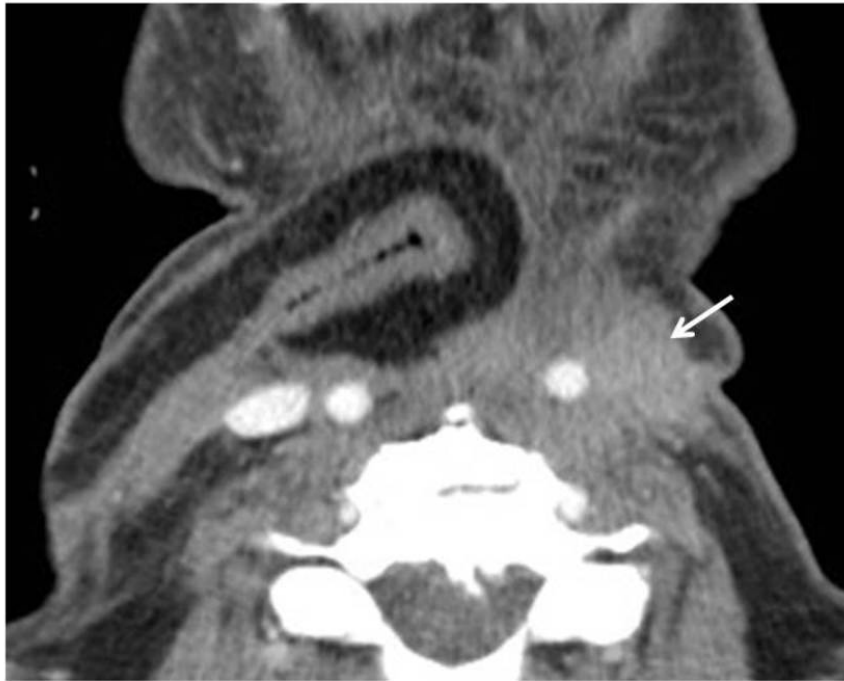
**Fig. 6:** TC axial con civ. (a) Cambios inflamatorios a los 6 meses tras cirugía. (b) Recidiva tumoral a los 10 meses. (c) Progresión de enfermedad a los 14 meses.

© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Valencia - Valencia/ES



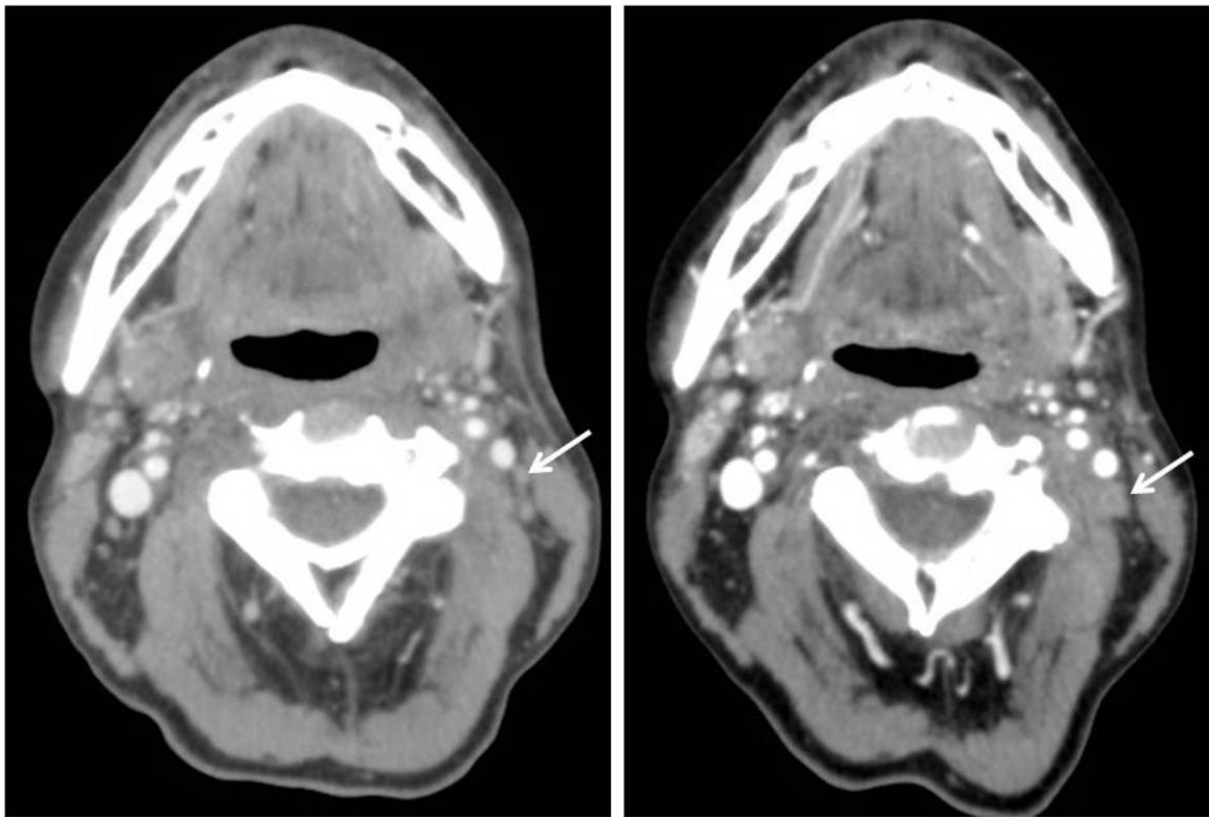
**Fig. 7:** TC axial y sagital con civ. (a) Biopsia negativa a los 9 meses tras la cirugía. (b) Biopsia positiva para recidiva tumoral a los 11 meses.

© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Valencia - Valencia/ES



**Fig. 8:** TC axial con civ. Recidiva tumoral a los 10 meses tras la cirugía.

© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Valencia - Valencia/ES

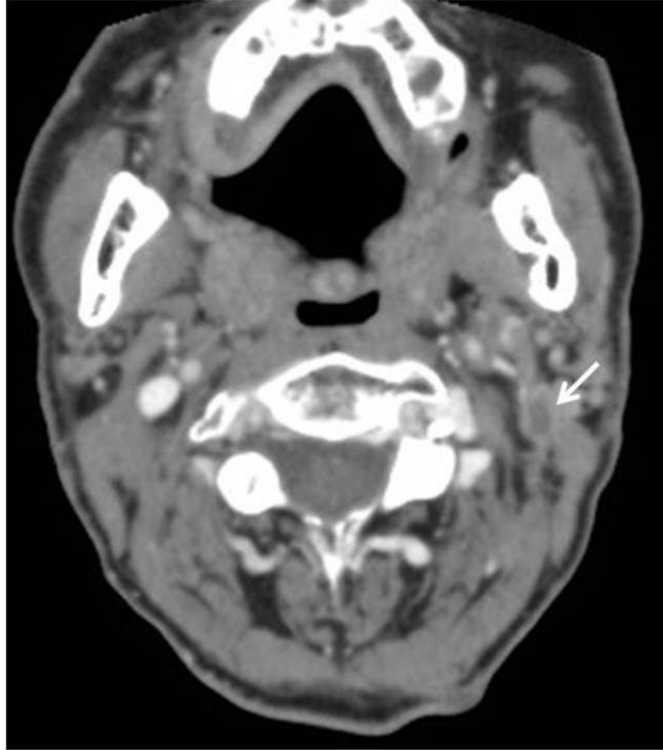


a

b

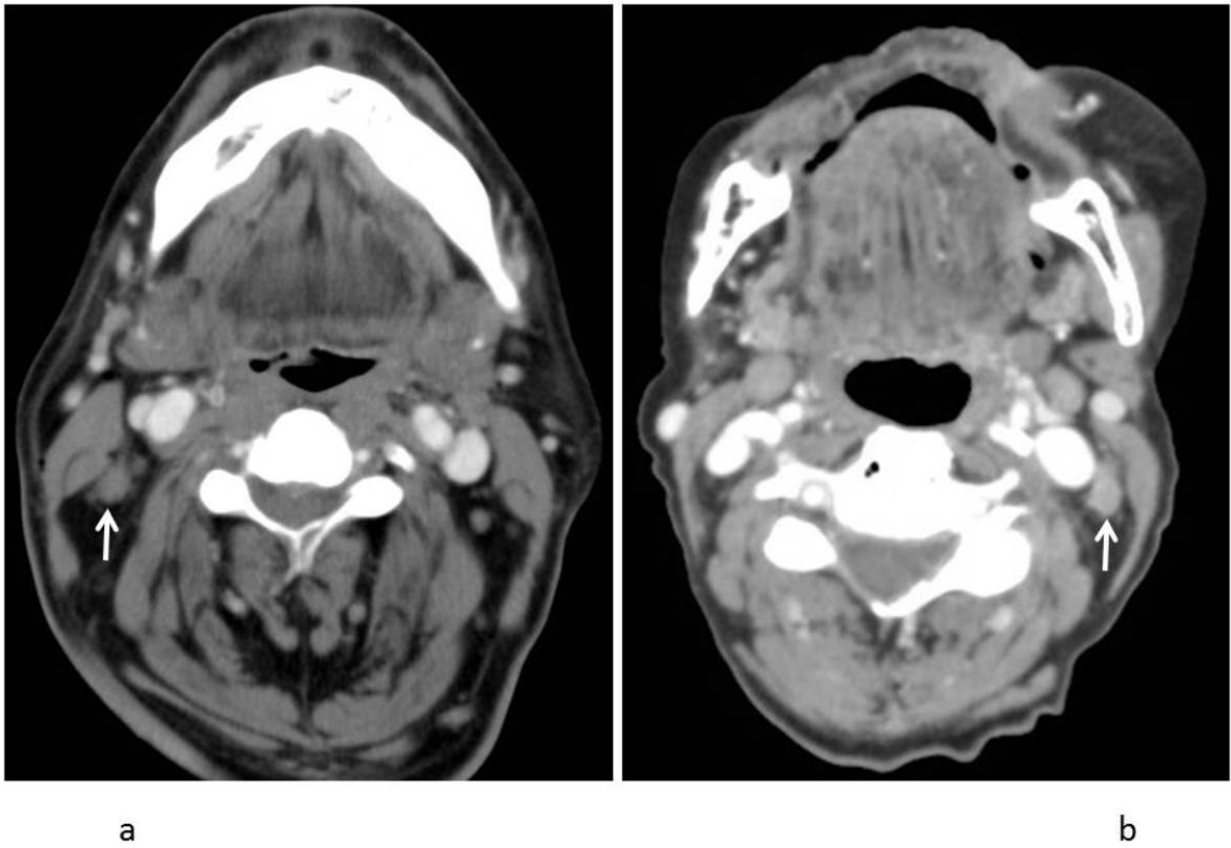
**Fig. 9:** TC axial con civ. (a) Ganglio inespecífico. (b) Crecimiento del ganglio en el seguimiento: adenopatía tumoral.

© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Valencia - Valencia/ES



**Fig. 10:** TC axial con civ. Adenopatía tumoral con necrosis central.

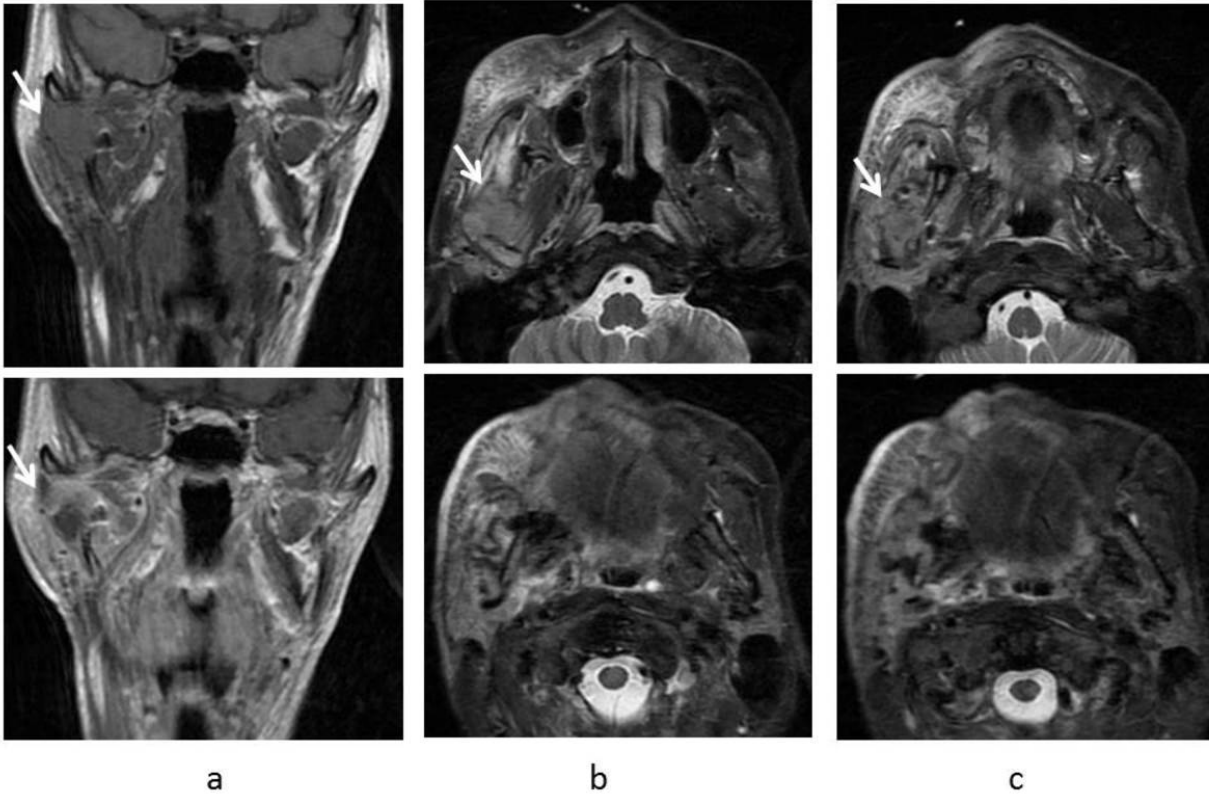
© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Valencia - Valencia/ES



**Fig. 11:** TC axial con civ. (a) Adenopatía tumoral con afectación extracapsular de contorno mal definido . (b) Ganglio inflamatorio de contorno mal definido.

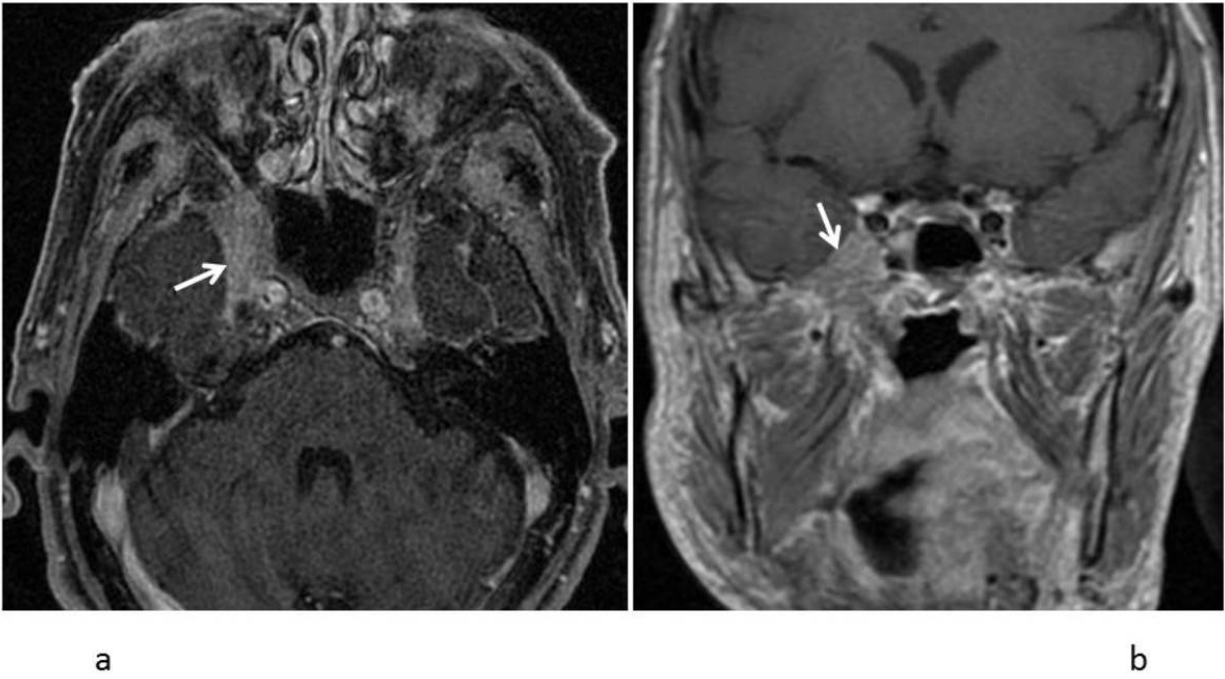
© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Valencia - Valencia/ES





**Fig. 12:** (a) RM coronal T1 sin y con civ y (b),(c) RM axial STIR. Extensos cambios inflamatorios asociados a recidiva tumoral con erosión mandibular, a los 10 meses tras cirugía y Rt.

© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Valencia - Valencia/ES



**Fig. 13:** RM con civ (a) axial T1FS y (b) coronal T1. Diseminación perineural al año tras cirugía, Qt y Rt.

© Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Valencia - Valencia/ES

## Conclusiones

- Debemos estar familiarizados con los hallazgos radiológicos que indican la presencia de una recidiva tumoral en los pacientes diagnosticados y tratados por una neoplasia de faringe, cavidad oral y laringe.
- Es imprescindible la correlación con la exploración clínica así como el seguimiento estrecho clínico-radiológico con el fin de indicar la realización de una biopsia que permita establecer este diagnóstico lo más precozmente posible con el fin de mejorar la eficacia del tratamiento.