

# Ganglios patológicos: Cuando el tamaño no es lo único que importa

Autores:

Flavia Lorena Moreno

Federico Nicolas Felder

Sara Yael Soto Quintero

Nelson Damian Molina Torres

Carolina Villa

Hospital de Clínicas; Jose de San Martin, CABA

# Introducción

El compromiso ganglionar tiene un gran impacto en el tratamiento y pronóstico de diversas enfermedades, principalmente en las de origen neoplásico.

La evaluación por imágenes de la enfermedad ganglionar puede ser un desafío para el radiólogo debido a las diferentes opiniones y revisiones respecto a los criterios de anormalidad ganglionar.

# Objetivos

Identificar los distintos patrones morfológicos y distribución que adoptan los ganglios linfáticos en determinadas enfermedades y a partir de ellos ayudar a establecer el diagnóstico.

# Revisión del tema

TC multislice con contraste es de elección para el estudio de estas estructuras y sus características.

Tamaño mayor a 1 cm es el parámetro principal utilizado para rotular un ganglio como patológico, hay otros criterios que indican anormalidad. Estos son: tamaño, forma, atenuación y calcificaciones.

El conocimiento de estos criterios anormales es fundamental para incrementar la detección de las adenopatías,

# Tamaño

Pueden medirse en su eje corto o largo

en las imágenes axiales. Nosotros hemos tomado como referencia el eje corto .

El tamaño depende también de su ubicación ya que a nivel del mesenterio es considerado normal que midan hasta 5 mm. Un tamaño mayor a ellos son considerados adenomegálicos. (fig. 1)

Ciertas patologías inflamatorias o neoplásicas como la se relacionan con aumento patológico de los mismos.



Fig. 1. TC de abdomen y pelvis sin contraste donde se observa a nivel de la raiz del mesenterio multiples imágenes ganglionares mayores a los 10 mm.

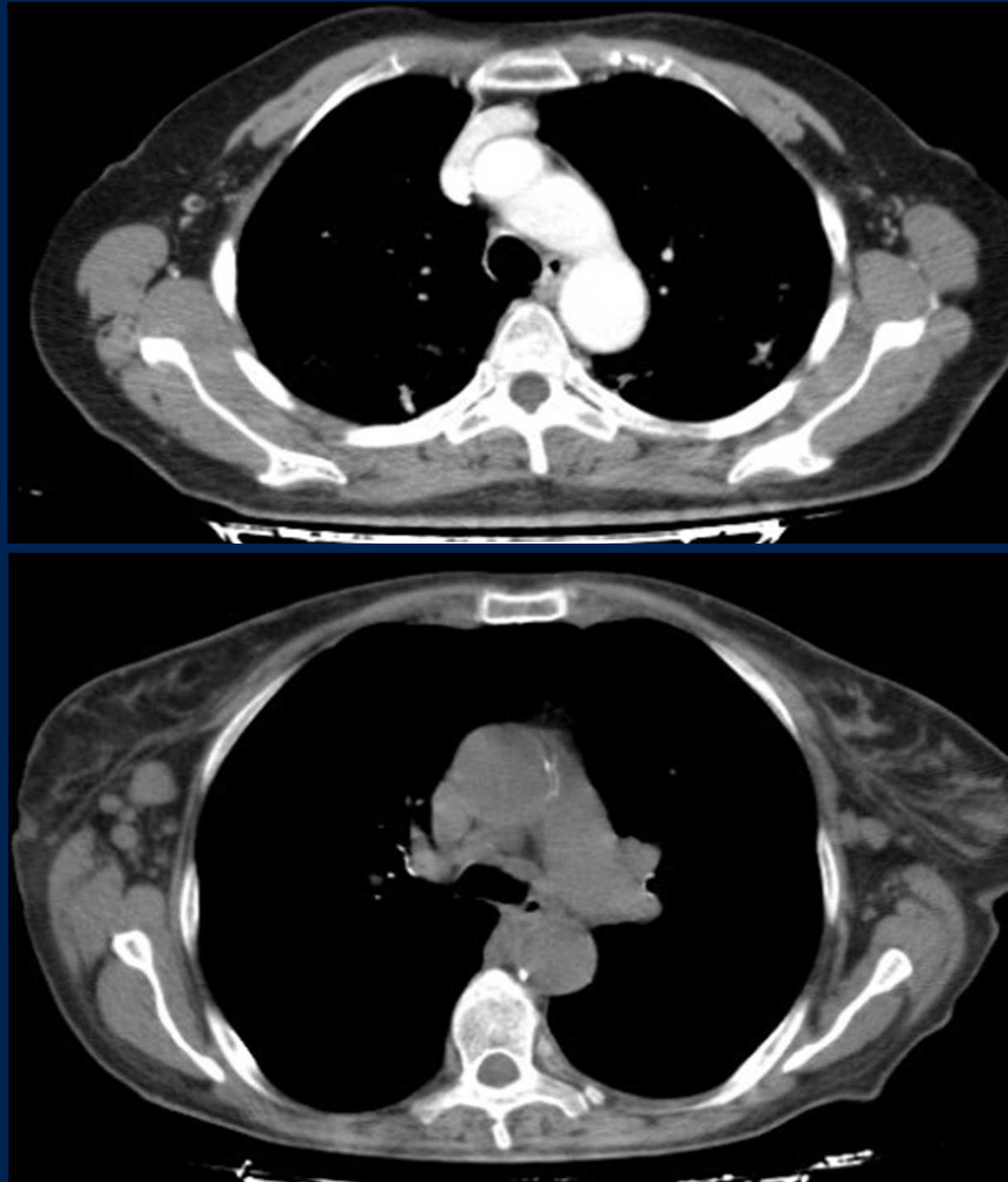


Fig 2: TC de torax con contraste endovenoso, se aprecian a nivel axilar imágenes ganglionares menores a 10 mm. Lado derecho a nivel axilar bilateral se observan multiples imágenes ganglionares mayores a los 10 mm en su eje corto.

# Forma

Los linfáticos presentan forma arriñonada, con márgenes bien definidos, cualquier alteración generando que los mismo adquieran una arquitectura redondeada hace que debamos considerar a los mismos sospechosos

como así también que los márgenes sean irregulares.

La unión de múltiples ganglios formando conglomerados es considerado patológico (fig. 3). Dentro de las etiologías más frecuentes cabe destacar al linfoma, sarcoma de Kaposi (HIV) y TBC cervical.



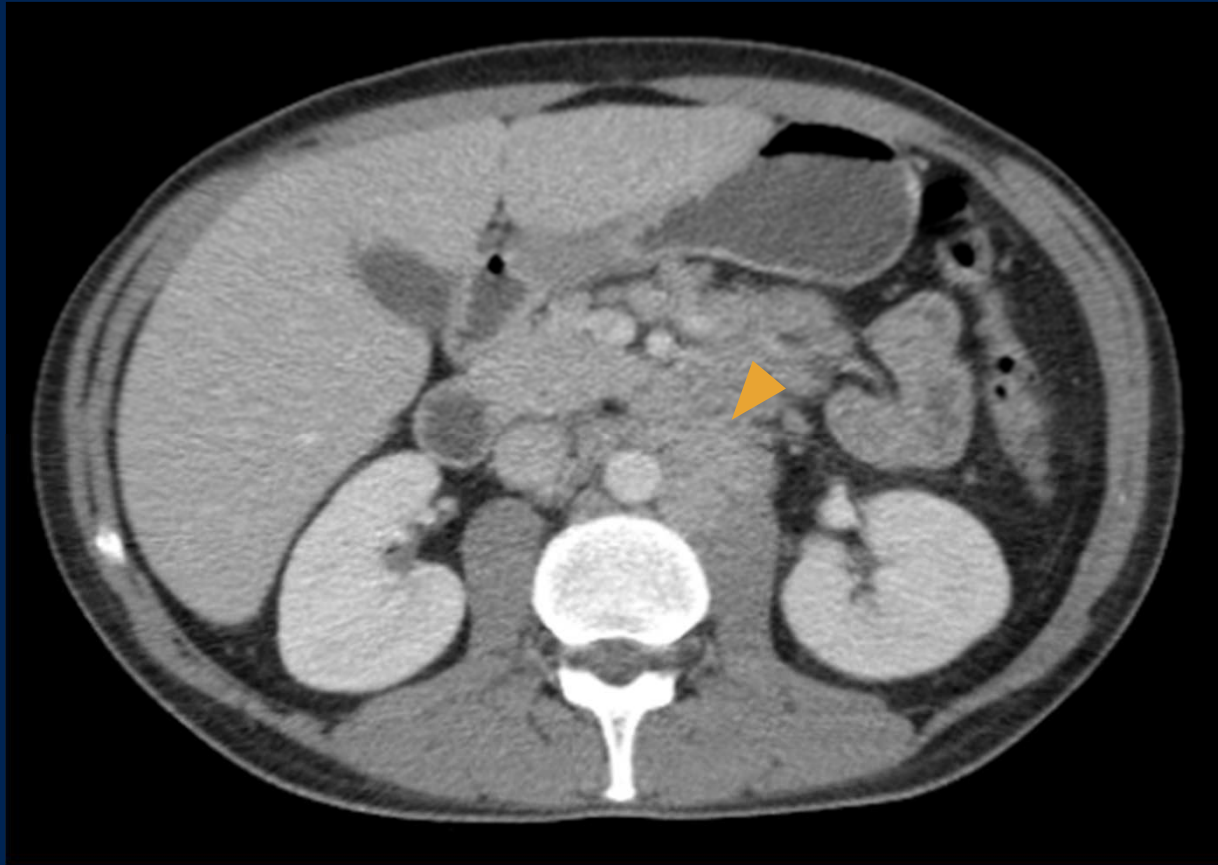


Fig. 3. TC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso en fase portal donde se aprecia a nivel paraaortico izquierdo imagen de densidad de partes blandas correspondiente a conglomerado adenopatico (cabeza de flecha).

# Baja densidad o atenuación

Se presentan imágenes de baja atenuación, aprox. 30 UH o menores y corresponden generalmente a necrosis tumoral por fenómenos isquémicos, como en la MTS de carcinoma epidermoides o microquístico del pulmón. Son poco frecuentes en el linfoma. También se ve en:

- la necrosis caseosa de la TBC; las infecciones piógenas;
- componentes quísticos de MTS como el carcinoma papilar de tiroides u ovarios; adenopatías mesentéricas en la celiaquía; contenido graso en enfermedad de Whipple o tratamiento prolongado con fármacos (corticoides). (fig. 4)

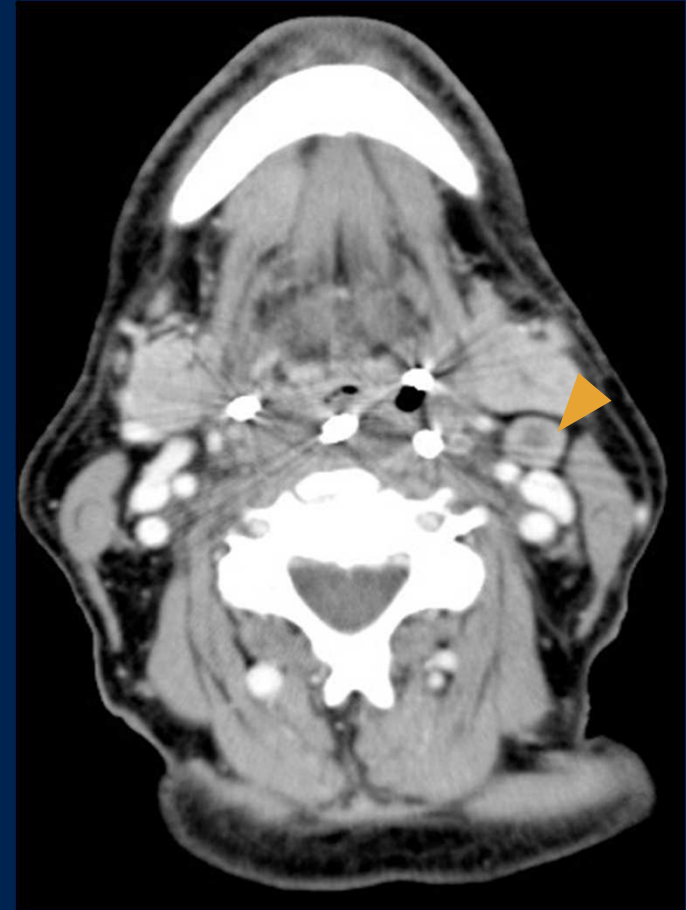
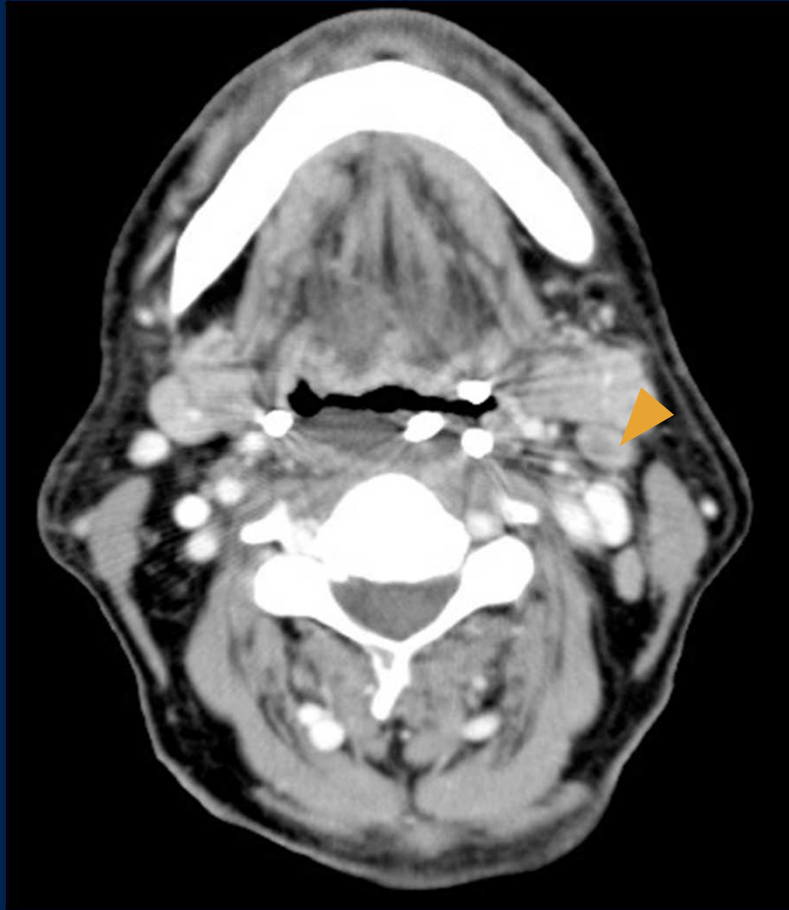


Fig 4. TC de cuello con contraste endovenoso. Paciente de 70 años. Ambas imágenes pertenecen al mismo paciente. Se observa adyacente al paquete vascular del cuello dos imágenes ganglionares con centro de baja atenuación. (punta de flecha)

# Calcificaciones

Corresponden a procesos crónicos que pueden ser de causas infecciosas o neoplásicas. Podemos verlos de forma mas frecuente en pacientes con antecedentes de TBC a nivel del mediastino y los hilios, aunque también se pueden ver en otras áreas topograficas, como a nivel abdominal (fig. 5), o en el tratamiento del linfoma, en la región mediastinal.

El tumor papilar de tiroides presenta calcificaciones moteadas .Las calcificaciones mediastinales son consideradas de etiología benigna, pero a nivel cervical son marcadores de malignidad.

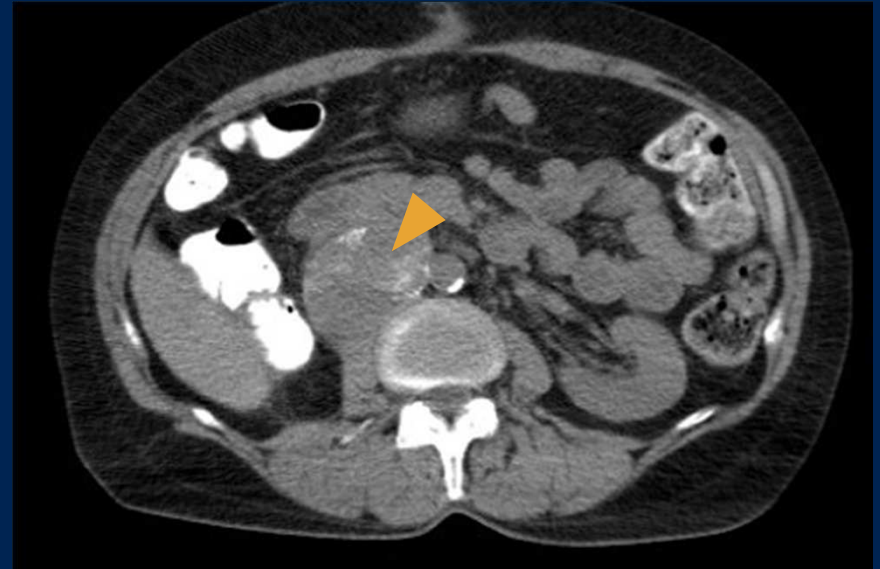


Fig 5. Izquierda, TC de torax sin contraste, paciente de 81 años, con antecedente de TBC pulmonar. Se destacan dos imágenes de densidad calcica en el espacio retrocavopretraqueal, correspondientes a ganglios calcificados (circulo). Derecha, TC de abdomen y pelvis con contraste oral. Paciente femenina de 62 años con antecedentes de TBC intestinal. Se aprecia adyacente a la aorta abdominal, adenomegalia heterogena a expensas de multiples calcificaciones difusas. (cabeza de flecha)

# Conclusión

La evaluación detallada de los ganglios linfáticos y

sus características resulta indispensable para identificar su compromiso en enfermedades de origen diverso. No siendo el tamaño normal un parámetro excluyente de patología ganglionar.

Considerar la importancia del conocimiento de sus características

ya que muchas veces nos puede orientar en

un contexto adecuado a arribar a un diagnóstico

# Bibliografía

1. Evaluation of Cervical Lymph Nodes in Head and Neck Cancer With CT and MRI: Tips, Traps, and a Systematic Approach
2. Cervical lymphadenopathy: what radiologists need to know
3. Mesenteric Lymph Nodes Seen at Imaging: Causes and Significance
4. Lymph node imaging: multidetector CT