



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO DE MANABÍ”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE RADIOLOGÍA E IMAGENOLÓGÍA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN RADIOLOGÍA E IMAGENOLÓGÍA**

TEMA:

**“CARACTERIZACION RADIOLOGICA Y CLINICA DE CARCINOMA
ESCAMOCELULAR CON ANTECEDENTES DE LINFOMA NO HODGKIN”**

AUTOR:

ALARCÓN ALVARADO DARLEY ALEJANDRA

TUTOR:

LCDO. JORGE DELGADO PLUA

MANTA - MANABÍ - ECUADOR

FEBRERO, 2018 (2)

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-01-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO.	REVISIÓN: 1 Página ii de 33

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, certifico:

Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación, cumpliendo el total de 400 horas, bajo la modalidad de ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO, cuyo tema del proyecto es **“CARACTERIZACION RADIOLOGICA Y CLINICA DE CARCINOMA ESCAMOCELUALR CON ANTECEDENTES DE LINFOMA NO HODGKIN”**, el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo a los lineamientos internos de la modalidad en mención y en apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico, por tal motivo CERTIFICO, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría del tema desarrollado, corresponde al señor **ALARCON ALVARADO DARLEY ALEJANDRA**, estudiante de la carrera de RADIOLOGÍA E IMAGENOLOGÍA, período académico 2018-2019, quien se encuentra apto para la sustentación de su trabajo de titulación.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 18 de Febrero de 2019.

Lo certifico,

LCDO. JORGE DELGADO PLUA
Docente Tutor
Área: **CIENCIAS MÉDICAS**

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso, sobre el tema **“CARACTERIZAION RADIOLOGICA Y CLINICA DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR CON ANTECEDENTES DE LINFOMA NO HODGKIN.”**, del Sra. **ALARCÒN ALAVARADO DARLEY ALEJANDRA**, luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos, previo a la obtención del título de Licenciatura en Radiología e Imagenología.

Dra. Liliam Escariz Borrego, Mg
Presidente del Tribunal

Calificación _____

Lic. Yaris López Zambrano, Mg.
Vocal 1

Calificación _____

Dra. Eufemia Briones Cuenca.
Vocal 2

Calificación _____

Manta, Febrero del 2019

DECLARACION DE AUTORIA

Yo, **ALARÒN ALVARADO DARLEY ALEJANDRA** portador de la cédula de ciudadanía N°131308336 - 0, declaro que los resultados obtenidos en el Análisis de Caso titulado **“CARACTERIZAION RADIOLOGICA Y CLINICA DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR CON ANTECEDENTES DE LINFOMA NO HODGKIN”**, que presento como informe final, previo a la obtención del Título de **LICENCIADO EN RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA** son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del Análisis de Caso y posteriores de la redacción de este documento son y serán de mi autoría, responsabilidad legal y académica.

Manta, Febrero del 2019

Autor:

ALARCON ALVARADO DARLEY ALEJANDRA

DEDICATORIA

*Dedico este proyecto a **Dios** por ser el inspirador para cada uno de mis pasos dados en lo que va de mi vida.*

*A mis padres **Lenin** y **María** por ser mis guías en el sendero de cada acto que realizo hoy, mañana y siempre; a mi abuela **Noemí** a mi tía **Martha** y a mi hermana **Emily** por siempre apoyarme y nunca dejarme sola.*

*A mi esposo **Henry** y a mis hijos **Liam** y **Santiago** por todo ese amor incondicional, por ser mi incentivo y mi motor para seguir adelante con este objetivo.*

Y en especial a mí, por nunca desmayar a pesar de todo lo que se me pudo presentar en este largo camino y por demostrarme a mí misma que todo es posible si me lo propongo y lucho por conseguirlo.

AGRADECIMIENTO

*Agradezco profundamente a **Dios**, por guiarme en el sendero correcto de la vida cada día en el transcurso de mí camino e iluminándome en todo lo que realizado hasta ahora.*

*A mis **padres**, por ser mi ejemplo para seguir adelante y por inculcarme valores que de una u otra forma me han servido en la vida, gracias por eso y por mucho más.*

*A mis **abuelos**, mi **tía**, mi **hermana** y a mi **esposo**, por apoyarme en cada decisión que tomo, y por estar a mi lado en cada momento.*

*A cada uno de los **docentes** por brindarme sus conocimientos durante mi preparación universitaria que me servirán día a día en mi vida profesional.*

*A mis **compañeros** y **amigos** por todos esos momentos compartidos durante nuestra etapa universitaria que de seguro siempre recordaremos.*

*Agradezco al **Lic. Jorge Delgado Plua** por su colaboración y por cada uno de los conocimientos brindados durante la realización de este trabajo.*

INDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	iii
DECLARACION DE AUTORIA	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
INDICE GENERAL	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I	1
1.JUSTIFICACIÓN	1
CAPÍTULO II.....	4
2. INFORME DEL CASO	4
2.1 DEFINICIÓN DEL CASO	4
2.1.1 Presentación del caso	4
2.1.2 Ámbito de Estudio.....	7
2.1.3 Actores Implicados.....	7
2.1.4 Identificación del Problema.	7
2.2 METODOLOGÍA.	8
2.2.1 Lista de Preguntas.	8
2.2.2 Fuentes de Información.	8
2.2.3 Técnica para la recolección de Información.	8
2.3 DIAGNÓSTICO O RESULTADOS	9
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
ANEXOS:	13
ASPECTOS ÉTICOS
DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

RESUMEN

El carcinoma escamoso de cabeza y cuello representa un problema socio-sanitario de primer orden, no solo por su alta incidencia en la comunidad, sino también porque su control supone un elevado coste tanto para el enfermo como para la sociedad. Los factores pronóstico que afectan negativamente la evolución se dividen en cuatro grupos: del paciente, del tumor, del tratamiento y de la institución. No existe un solo factor pronóstico determinante; la conjunción de varios de ellos permite identificar el riesgo. Estos factores predicen la evolución y permiten decidir la secuencia terapéutica ideal individualizada. Afecta con mayor frecuencia a hombre en cualquier etapa de su vida. Se presentarse de manera sintomática, lo que hace más rápido un diagnóstico inmediato. Se presenta el caso de un paciente de 64 años de sexo masculino que acude por abultamiento del lado izquierdo de su cuello, con dolor a la palpación y en el que los diferentes exámenes médicos pertinentes realizados al paciente, acompañados de una correcta correlación clínica concluyeron con el diagnóstico de un Carcinoma Escamocelular. La atención oportuna en este tipo de pacientes más la realización del estudio de Imágenes Radiológicas, tienen vital importancia en el diagnóstico y en el posible tratamiento a seguir.

PALABRAS CLAVE: carcinoma de células escamosas, tomografía, ecografía.

ABSTRACT

Squamous carcinoma of the head and neck represents a socio-sanitary problem of the first order, not only because of its high incidence in the community, but also because its control involves a high cost for both the patient and society. The prognostic factors that negatively affect the evolution are divided into four groups: the patient, the tumor, the treatment and the institution. There is not a single determining prognostic factor; the combination of several of them allows to identify the risk. These factors predict the evolution and allow to decide the idealized individual therapeutic sequence. It most often affects a man at any stage of his life. It is presented in a symptomatic way, which makes an immediate diagnosis faster. We present the case of a 64-year-old male patient who presented with bulging of the left side of his neck, with pain on palpation and in which the different pertinent medical examinations performed on the patient, accompanied by a correct clinical correlation, concluded with the diagnosis of a squamous cell carcinoma. Timely attention in this type of patients plus the performance of the Radiological Imaging study are of vital importance in the diagnosis and in the possible treatment to be

KEY WORDS: Squamous cell carcinoma, tomography, ultrasound.

CAPÍTULO I

1. JUSTIFICACIÓN

Los cánceres de cabeza y cuello son un grupo de cánceres que se forman en tracto aerodigestivo superior (labios, lengua, boca, garganta y laringe.), las glándulas salivales, y nasofaringe (zona que conecta la nariz y la parte superior de la garganta) o los senos y la cavidad nasal. Casi todos los cánceres en estas áreas son carcinomas de células escamosas. (ESMO. 2015 v.1)

El carcinoma escamocelular, también denominado carcinoma espinocelular o carcinoma epidermoide, se define como una neoplasia maligna derivada del epitelio plano. Las neoplasias malignas de la cavidad bucal constituyen del 3 al 5 % de todas las neoplasias. El carcinoma escamocelular es el más frecuente; representa aproximadamente el 90 % de todas las neoplasias malignas de la cavidad bucal.²⁻⁴ Aparece con más frecuencia a partir de la quinta década de la vida, y constituye el 3 % de los cánceres diagnosticados en hombres y el 2 % en mujeres. (Napier de Souza L., Albuquerque de Brito A., Antunes de Souza C.2010 v.3)

Estas neoplasias malignas tienen tratamientos específicos basados en su etapa y en sus características histológicas, las cuales sirven de guía para el tratamiento. El carcinoma de células escamosas o epidermoide es un tumor maligno, infiltrante y destructor, derivado de los queratinocitos epiteliales (de la piel y las membranas mucosas). El carcinoma de células escamosas puede ocurrir a cualquier edad, desde la segunda década de la vida a la senilidad. Aparece en varias formas y en varios órganos, con diferentes grados de malignidad. Sus características más importantes son: la anaplasia, destrucción tisular local y su capacidad para hacer metástasis por vía linfática y hemática tempranamente.(Serra Valdez M.A – Delgado Almanza R.2012 v.2)

Mundialmente se estima en aproximadamente 650.000 nuevos casos de cáncer escamoso de cabeza y cuello diagnosticados, y 300.000 muertes por esta condición cada año, observándose una incidencia elevada en la India, Australia, Francia, Brasil y Sudáfrica. (ESMO. 2015 v.1)

En el mundo, se observa una incidencia elevada de Carcinoma Escamo celular de Cabeza y Cuello (CECC) en la India, Australia, Francia, Brasil, y Sudáfrica. En específico, regiones de alto riesgo de cáncer de cavidad oral se encuentran en la zona sur y central de Asia, Melanesia (una subregión de Oceanía, en la zona noreste de Australia), Europa del sur y occidental, y la zona sur de África. El cáncer de nasofaringe se concentra fuertemente en el sur de China. Por último, regiones de mayor riesgo de cáncer laríngeo son el sur y el oriente de Europa, Sudamérica, y Asia occidental. La

incidencia de cáncer de cavidad oral, laringe, y otros relacionados con el tabaquismo, está disminuyendo en norteamérica y Europa occidental. En america latina ocupa un 3% de todos los canceres, siendo en Cuba fallecieron, producto de esta enfermedad, 232 mujeres y 1 189 hombres y Estados Unidos fueron diagnosticados 49 260 nuevos; 11 480 pacientes murieron por cáncer de cavidad bucal, de orofaringe y de laringe , dando una mayor mortalidad ocupando el cuarto lugar en mortalidad por cáncer. (Rev Chil Cir. Vol 66 - N° 6, Diciembre 2014; pág. 614-620)

La incidencia de CECC en general ha disminuido desde 1980 en hombres, pero ha aumentado en mujeres⁶. Respecto a la histología, más del 90% de los CECC son de tipo escamoso. Durante la década de los noventa, la incidencia de cáncer de amígdala y de base de lengua aumentó en el mundo, sobretodo en personas menores de 45 años, cambio epidemiológico atribuido al aumento de la prevalencia de portación de virus papiloma humano en orofaringe. Entre los factores de riesgo tenemos el tabaquismo y el consumo de alcohol son los principales factores de riesgo reconocidos, atribuyéndose un efecto en 75% de los casos, con un efecto sinérgico cuando son combinados. El tabaco se asocia más con cáncer de laringe, mientras que el consumo de alcohol con cáncer de cavidad oral y faringe. (Dr. Felipe.C, 2014).

A. El Consorcio Internacional de Epidemiología del Cáncer de Cabeza y Cuello (InHAnCE por sus siglas en inglés) ha considerado que los antecedentes familiares ocupan el 1.7% de probabilidades de desarrollar el cáncer. Con respecto a los virus, se ha descrito un vínculo entre el virus papiloma humano (VPH) y el virus Epstein-Barr (VEB) con el CECC. Se estima que el VPH se encuentra presente en la cavidad oral hasta en un 60% de personas asintomáticas y en un 36% de lesiones benignas y precancerosas¹². Es posible detectar VPH en tumores de cavidad oral, orofaringe y laringe¹². Se ha demostrado que el VPH está asociado con aproximadamente 25% de los CECyC. (Dr. Felipe.C, 2014)

El diagnostico de los canceres de cabeza y cuello se basan en los siguientes exámenes: Examen físico, Endoscopia, Estudios Radiológicos, Exámenes Histopatológicos. (Dr. Felipe.C, 2014)

El caso clínico muestra la importancia para obtener más conocimientos de dicha patología, conociendo sobre los factores de riesgos, los hábitos diarios que pueden desencadenar una aceleración del mismo, para así lograr para su prevención y diagnóstico oportuno lo que ayudaría a controlar el carcinoma y lograr eliminarlo en un estadio inicial, o realizar un tratamiento adyuvante para dar una mejor calidad de vida al paciente.

La imagenología como ciencia médica se ha colocado a la vanguardia en estos tipos de carcinomas, pues contribuye a la exactitud y precisión en el diagnóstico, así como constituye un medio de soporte para el tratamiento y seguimiento evolutivo de estos pacientes.

La importancia de la Radiología e Imagenología, se basa en la realización oportuna de los estudios de Tomografía, Resonancia Magnética, Radiografía, Ecografía para el diagnóstico de CECC, mostrando de manera no invasiva las características tumorales ayudando así a dar un mejor tratamiento a cada uno de los pacientes basándose en su ubicación y estadio ayudándole a tener una mejor calidad de vida.

CAPÍTULO II

2. INFORME DEL CASO

2.1 DEFINICIÓN DEL CASO

2.1.1 Presentación del caso

Paciente de sexo masculino de 62 años, de ocupación pintor, con antecedentes personales de ACV hemorrágico, sin secuelas neurológicas, hábitos de tabaquismo desde los 16 años (30u por día) y alcoholismo, acude a consulta médica con un cuadro clínico de 3 meses de evolución que se caracteriza por crecimiento ganglionar progresivo a nivel cervical lateral izquierda a el cual forma conglomerados, en planos adheridos, dolor a la palpación por compresión de estructuras locales.

Examen físico:

La paciente era obesa daba la impresión de que presentaba edema facial. En el cuello tenía asimetría anatómica por aumento de volumen en los planos laterales, que se hacía más marcado en lado el izquierdo, presentaba edema en la región supraclavicular izquierda. Se palpaban adenopatías de diferentes tamaños de entre 0,5 y 3 cms, algo sensibles a la exploración, y de consistencia dura pero no pétreas, con ligeros signos inflamatorios en la región.

Aparato Respiratorio: FC 78x min, P-R 140ms, QRS 60ms, Q370ms, el resto del examen no mostro alteraciones de interés.

Luego de 6 meses refiere que la lesión sigue aumentando progresivamente, lo que indican diferentes estudios.

Después de realizar el examen físico al paciente, el médico especialista decide realizarle un serie de exámenes.

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA.

TOMOGRAFIA DE CUELLO (TAC): Se observa una masa voluminosa con realce heterogéneo por conglomerado ganglionar en región de cadenas yugulares izquierdas alcanza 68mm por unos 80mm. rechaza medialmente los elementos vasculares grandes. (Anexo 1;3); (Anexo 7;9)

TOMOGRAFIA DE TORAX: Se observa un nódulo solitario pulmonar izquierdo y adenopatías mediastinales. (Anexo 10;12)

TOMOGRAFIA DE ABDOMEN: No se observa patología aparente.

TOMOGRAFIA DE PELVIS: Sin masas ni adenomegalias, crecimiento prostático.

ID: tomografía de cada una de las partes del cuerpo desde la cabeza a los pies, se pudo identificar que existe un Carcinoma Escamocelular de Cuello (CECC).

ECOGRAFIA:

Ecografía de Cuello: ambos lóbulos tiroides de tamaño conservado.

Se observa en lóbulo izquierdo tercio medio valva anterior quiste simple de 3.7mm. (Anexo4)

En nivel II-III de cadenas ganglionar izquierda se observan imágenes nodulares con degeneración quística que miden.

14.8mmx9.7mm INDICE DE ESFERICIDAD DE 1.5. (Anexo5)

12.7mmx9mm INDICE DE ESFERICIDAD DE 1.3. (Anexo5)

16.5mmx8.5mm INDICE DE ESFERICIDAD DE 1.9. (Anexo5)

12.7mm x10.6mm INDICE DE ESFERECIDAD DE 1.1 (Anexo5)

Nivel II derecho otro de iguales características que mide:

25.1mmx13.1mm INDICE DE ESFERICIDAD DE 1.9. (Anexo6)

ID: Quiste tiroideo izquierdo, adenopatías bilaterales, 3 de 5 con probabilidad de malignidad. (índice de esfericidad mayores de 1.5 sugieren mayor probabilidad de adenopatía reactiva.)

ENDOSCOPIA:

ESOFAGO: Endoscópicamente normal, cardias de 38cm de ads, algo laxo.

ESTOMAGO: Formix normal.

CUERPO: Pliegues gástricos distienden bien a la insuflación , mucosa con áreas de eritema leve.

ANTRO: Mucosa con áreas de eritea moderado y erosiones superficiales en región pre-pilórica, en cara posterior se observa pequeña ulcera en fase de cicatrización.

PILORO: Permeable.

DUODENO: Bulbo y segunda porción normales.

ID: La endoscopia mostro una vía gastrointestinal, con eritema y ulcera.

BIOPSIA.

BIOPSIA INSICIONAL DE LESION EN REGION CERVICAL IZQ: tejidos blandos infiltrados (Metástasis) por carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado.

Id: La biopsia pudo determinar la Metástasis del Carcinoma Escamocelular de Cuello (CECC).

EXAMEN DE LABORATORIO.

Serología: Negativa.

Mat. Tumorales: Ferritina: 135.47.

Depuración de Creatinina: 122.4 PSA: 1.04.

ID: las pruebas principales de laboratorio aparecieron normales, luego de la evolución del carcinoama fueron aumentando ciertos valores determinantes.

Con los datos recopilados tanto en el examen físico, como en los exámenes radiológicos, de laboratorios, se logró conocer que el paciente tenía un Carcinoma Escamocelular de Cuello con metástasis, siendo considerado como un estadio IV, en donde el paciente fue considera para un tratamiento de quimioterapia un tratamiento paliativo, para ayudarle a tener una mejor calidad de vida.

2.1.2 Ámbito de Estudio.

Se identifica como ámbito del presente estudio el área de Imagenología de SOLCA MANABI, la cual cuenta con los equipos y materiales necesarios de imagenología y de resonancia magnética nuclear, para la valoración del paciente con el problema CECC, y en donde interactúan el equipo interdisciplinario de la salud, de manera específica el radiólogo-imagenólogo.

En lo que corresponde a los datos e información reunida de la anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio, exámenes imagenológicos del paciente, el ámbito de estudio es el Carcinoma Escamocelular, sus signos, síntomas y hallazgos imagenológico como guía para establecer un diagnóstico idóneo.

2.1.3 Actores Implicados.

Dentro de los actores implicados en este caso tenemos al paciente que padece la afectación ganglionar, El Departamento de Radiología e Imagenología quienes colaboraron con la realización del estudio imagenológico así como también el médico tratante, y el médico radiólogo quien tomando en cuenta los datos clínicos del paciente e interpretando los hallazgos encontrados en las imágenes da el diagnóstico de la patología.

2.1.4 Identificación del Problema.

El carcinoma escamocelular que padecen los pacientes con este tipo de patología elevan el riesgo de que puedan sufrir una muerte repentina, debido a sus malos hábitos de juventud, logrando una aceleración del avance de la enfermedad, haciendo que su diagnóstico y tratamiento sea en estadios más avanzados..

Dentro del seguimiento médico que se le realizó al paciente portador de CECC se tomaron muy en cuenta tanto los datos clínicos, los resultados de laboratorio así como también los hallazgos encontrados en las pruebas de imágenes. Con la correlación de toda esta información se pudo llegar a un diagnóstico final.

2.2 METODOLOGÍA.

2.2.1 Lista de Preguntas.

¿Qué técnica imagenológica es considerada de elección para la valoración diagnóstica de pacientes con CECC?

¿Cuáles son los aportes imagenológicos que nos brinda la TAC en el diagnóstico del CECC?

¿Cuáles son los criterios diagnósticos mayores considerados en la TAC para el CECC?

¿Cómo se hace el diagnóstico diferencial del Carcinoma Escamocelular con otro tipo de patología de cuello?

2.2.2 Fuentes de Información.

Este trabajo de investigación fue realizado mediante información brindada por un médico especialista, quien nos aportó datos sobre el caso; además de lo recogido en la historia clínica de la paciente. También se obtuvo información a través de artículos científicos y revistas médicas digitales. Libros especializados, archivos e informes radiológicos.

2.2.3 Técnica para la recolección de Información.

Para la realización del presente estudio de caso se empleó la técnica de recolección de datos mediante entrevistas, observación y análisis.

2.3 DIAGNÓSTICO O RESULTADOS

La utilización de métodos auxiliares de diagnóstico como la Endoscopia, la tomografía, la ecografía y la resonancia Magnética y la radiografía son esenciales para la obtención de los hallazgos, pronósticos y diagnósticos del CECC.

Según (ESMO) la tomografía computarizada se usa para conocer el tamaño y la forma del tumor primario. En la exploración con TAC muestra los tejidos blandos, incluyendo los ganglios linfáticos, las estructuras Óseas y vasos sanguíneos al mismo tiempo, ayudándonos a conocer si existe metástasis, un tumor primario o ya sea simplemente para conocer más acerca de la tumoración.

Sin embargo la IRM tiene una resolución mayor al presentar detalles de los tejidos blandos. Por consiguiente la IRM es el estudio inicial preferible para todas las localizaciones de los tumores, con excepción de los cánceres laríngeos e hipofaríngeos.

Las radiografías de tórax se recomiendan realizar para evaluar la posible presencia de metástasis en el pulmón, o de un tumor primario en el pulmón.

La ecografía, se puede utilizar como método adicional a la Tomografía y Resonancia, nos ayuda a la valoración más profunda de las estructuras pequeñas y blandas, en este caso valorar la Glándula tiroides y sus estructuras adyacentes.

Por otro lado tenemos la endoscopia, que no ayuda a recorrer el aparato digestivo desde adentro, recorriendo hasta el píloro, observa algún tipo de anomalía interna, dándonos a conocer si existe otro tipo de patología interna, ayudando así a encontrar un tumor primario si lo existiese, o simplemente observar si se ha diseminado a afectación a alguna otra parte poco visible.

Cada uno de estos estudios nos aportará valiosa información tanto del paciente como de la misma patología, ayudando a conocer el sitio específico y la forma exacta del carcinoma, para así poder realizar un mejor tratamiento ayudando a una estadificación, para si de ser posible eliminarlo o ayudándole a tener una mejor calidad y calidez en su vida, durante el proceso de tratamientos neoadyuvante

Los factores pronósticos más importantes para el cáncer de cabeza y cuello son la presencia de metástasis ganglionares, la extensión local, la invasión linfática o vascular, los márgenes quirúrgicos positivos y la expansión extracapsular del tumor desde los nódulos linfáticos hacia los tejidos blandos del cuello.⁵ El pronóstico no solo depende de las características específicas de cada tumor, sino también de las características ambientales y del estado general del paciente.

Se recomienda que los paciente abandonen los hábitos considerados como factores de riesgo, para los pacientes con cáncer de cabeza y cuello los son el consumo de tabaco y alcohol. También se les anima a que mantengan un estado nutricional sano antes de iniciar el tratamiento, ya que la deglución puede volverse más dificultosa debido al cáncer y sus posibles tratamientos, por lo que se aconseja la intervención de un nutricionista.

El tratamiento generalmente combinará terapia que: Traten el cáncer localmente, cirugía o radioterapia. -Traten las celular cancerosas en todo el cuerpo por medio de terapia sistémica como quimioterapia y terapia biológica dirigida.

El carcinoma de células escamosas basaloide (CCEB) es una variante poco común y agresiva del carcinoma de células escamosas (CCE), con predilección por el tracto aerodigestivo superior, siendo el paladar un sitio muy raro de desarrollo. Está constituido por un componentes basaloide y uno escamoso en proporciones variables, sin embargo, las características histopatológicas del CCEB se superponen con otras neoplasias. El diagnóstico con diversos marcadores inmunohistoquímicos como p63, Ki67, p16, y citoqueratinas AE1 / AE3 se han convertido en una necesidad para el especialista. (Boza-Oreamuno Y.; *ODOVTOS-International Journal of Dental Sciences*; Carcinoma de Celulas Basaliodes).

El carcinoma de células escamosas basaloide (CCEB) fue descrito por primera vez en cabeza y cuello en 1986 por Wain SL y cols. En el 2005, la Organización Mundial de la Salud lo definió como una variante de alto grado y agresividad del carcinoma de células escamosas (CCE), constituido por un componente basaloide y uno escamoso en proporciones variables. Clínicamente, los síntomas de CCEB se parecen a los de CCE convencional y estos varían según el lugar de origen; se presenta como masas firmes con ulceración central e induración submucosa extensa. El tumor tiene un ligero predominio masculino. Al igual que con el CCE convencional el tabaco y el abuso de alcohol son fuertes factores de riesgo. El virus del papiloma humano (VPH) tipos 16 y 18 se cree que causan CCE y se han detectado en algunos CCEB, especialmente los del glande del pene y el ano, pero el papel exacto de VPH y sus subtipos en CCEB sigue siendo controvertido. Histológicamente el CCEB se caracteriza por la presencia del componente basaloide en grado variable y áreas en íntima conexión de diferenciación escamosa y displasia epitelial variable, el tumor infiltrante muestra variedad de patrones de crecimiento. (Boza-Oreamuno Y.; *ODOVTOS-International Journal of Dental Sciences*; Carcinoma de Celulas Basaliodes).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA.

Boza-Oreamuno Y.; *ODOVTOS*(2017) Carcinoma de Células Basaliodes.;*International Journal of Dental Sciences*;

Carcinoma de células escomas de cabeza y cuello: *Guía para paciente* - información basada en *Directrices de Práctica Clínica ESMO* – v.2015.1

Cantos Sánchez B, Sánchez Ruiz A, Maximiano Alonso C, Hurtado Nuño A, Sánchez Yuste MR. Carcinoma de origen desconocido: diagnóstico y manejo terapéutico. *Oncología*. 2006;29(3):95-106.

Grupo medico SEOR y GEORCC, Grupo de enfermería SEOR – *Cancer de cabeza y cuello*.

Heera R., Ayswarya T., Padmakumar S. K., Ismayil P. Basaloid squamous cell carcinoma of oral cavity: Report of two cases. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2016; 20 (3): 545

Instituto Nacional de Cancer: Surveillance, *Epidemiology and Ends Results Programme. Cancer stat facts* 2007-2014. Bethesda, MD: NCI, 2014.

Jiménez Rodríguez Y., Coca Granado R,- *Acta Médica del Centro / Vol. 7 No. 4* 2013, Hospital Clínico Quirúrgico “*Arnaldo Milián Castro*”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

Lyhne NM, Johansen J, Kristenson C, Anderson E, Primdahl H, Anderseo L. Incidence of and survival after glottic squamous cell carcinoma in Denmark from 1971 to 2011: a report from the Danish Head and Neck Cancer Group. *Eur J Cancer* 2016;.

Marks R. A., Cramer H. M., Wu H. H. Fine-needle aspiration cytology of basaloid squamous cell carcinoma and small cell carcinoma: A comparison study. *Diagn Cytopathol.* 2013; 41: 81-84

Napier de Souza L., Albuquerque de Brito A., Antunes de Souza C., Gomez R., Costa Reis M., ÇLopez Alvarenga R.(2010) Carcinoma Escamocelular Bucal Diagnosticado precozmente. *Revista Cubana de Estomatología*(3) 347-354.

Nazar M., Vial C., Ibarra V., Cabezas L. – *Tumores de Cabeza y Cuello* - [REV.MED.CLIN.CONDES-2007;18(4)360- 335].

Pardo H, Simkim DO, González Aguilar O, Delgado D. Metástasis cervicales de primario desconocido, oculto o no hallado. *Rev argent cir.* 2008;94(5/6):200-8.

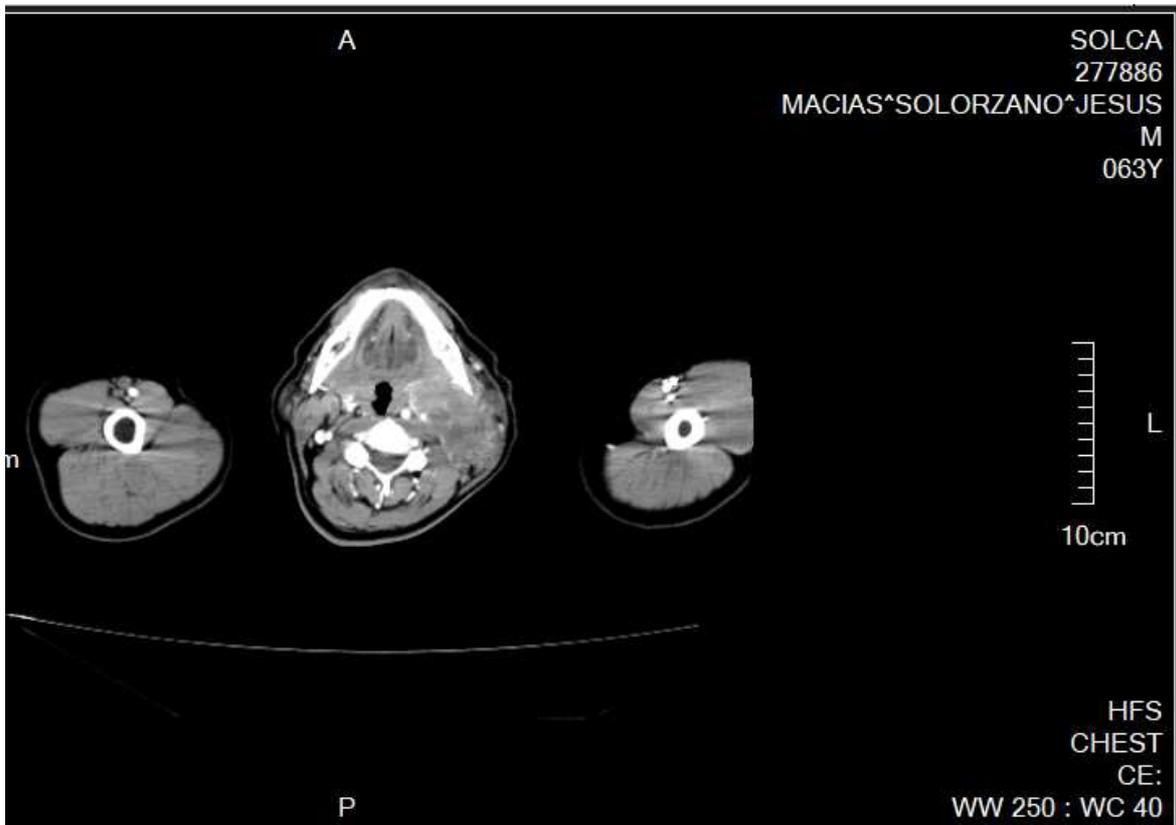
Senra Armas L, Hernández Torres E, Álvares Santana R, Rodríguez Silva H, Cand Huerta C, Roca Campañá V. Valor del examen post mortem en pacientes con cáncer de tumor primario oculto. *Rev cubana med.* 2011;50(4):376-89.

Serra Valdez M.A – Delgado Almanza R.(2012) Carcinoma escamoso metastasico de origen primario desconocido. *Revista de Enfermedades no transmisibles FINLAY.* (2).

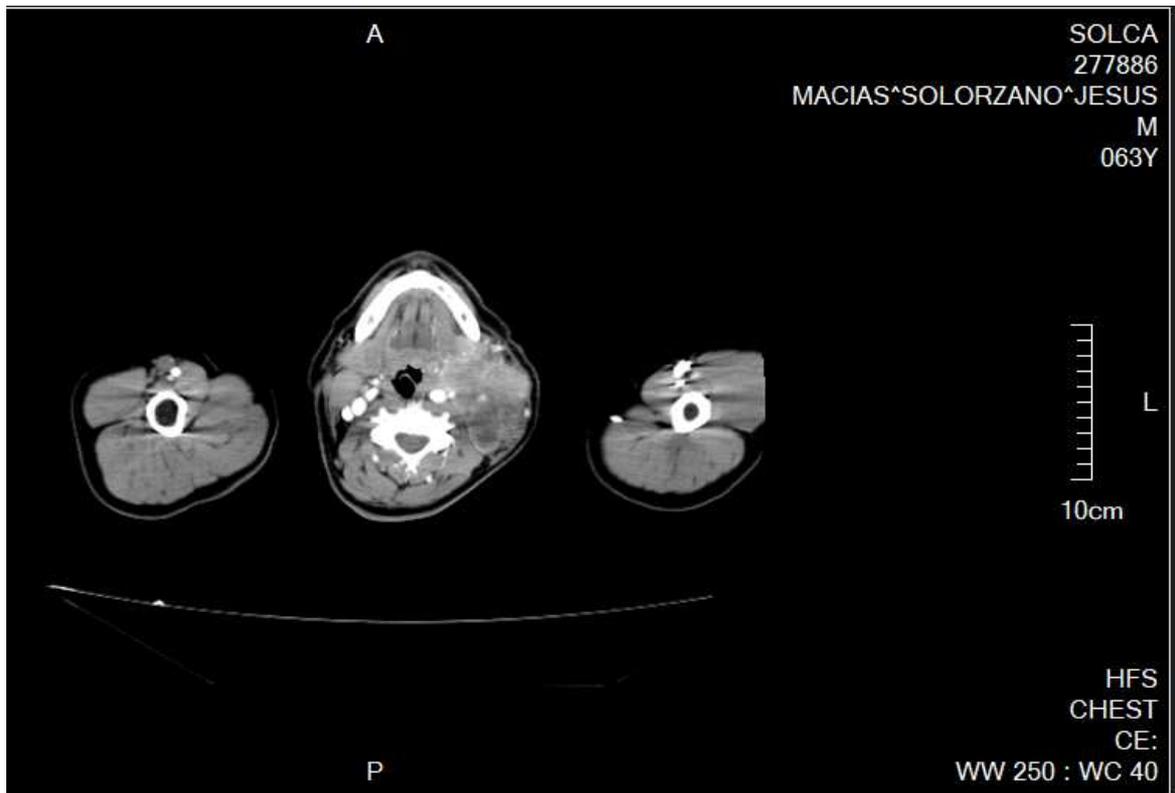
Vargas-Soto o., Molina-Frecher N., Castañeda-Castaneira E., Bologna-Molina R., Gil Carreón-Burciaga R., González-González R,- *Carcinomas de cabeza y cuello, experiencia de un Centro Oncológico del Estado de Durango, México.*

ANEXOS

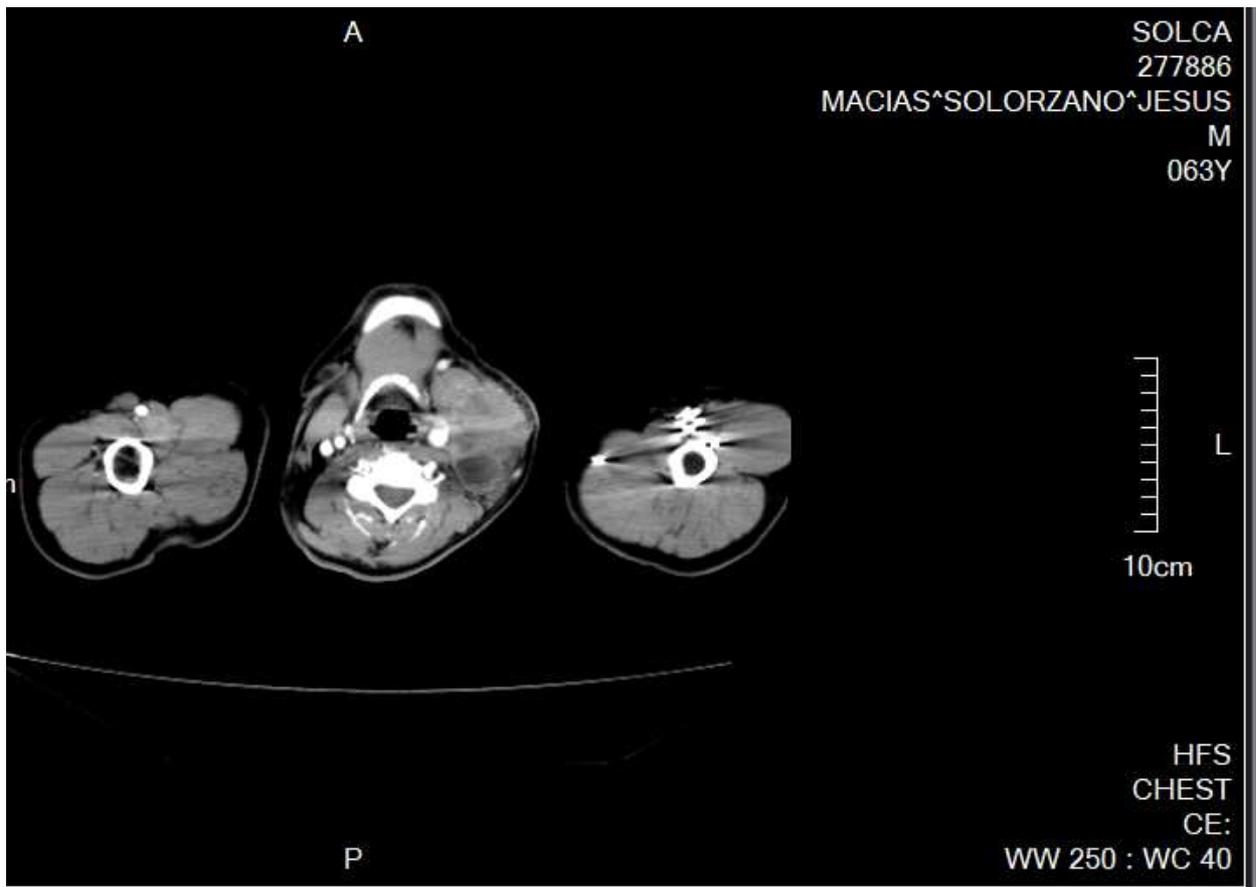
Anexo 1.



Anexo 2.



Anexo 3.



05/01/2016. TOMOGRAFIA DE CUELLO CON CONTASTE.

Densidades por engrosamiento mucoso en paredes del seno maxilar izq.

Tiroides, parótidas y submaxilares conservadas.

Espacios vasculares dentro de la normalidad.

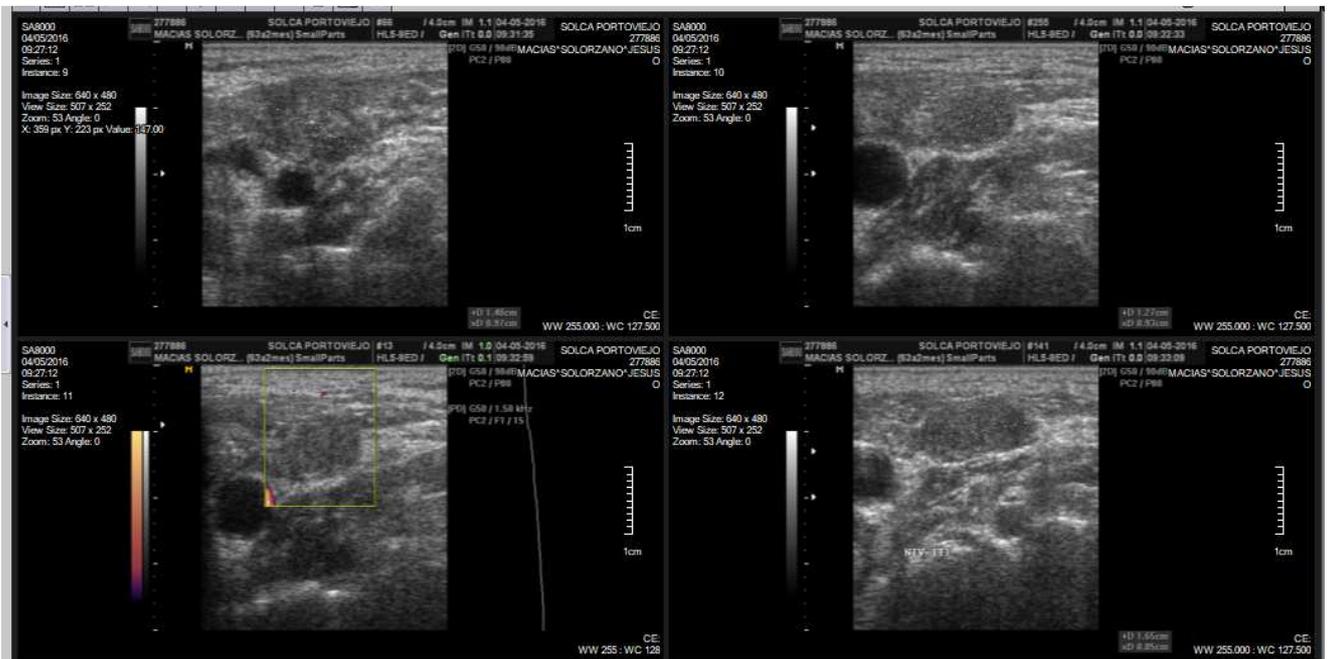
Planos grasos y musculares conservados.

Masa voluminosa con relce hetergeneo por conglomerado ganglionar en región de cadenas yugulares izquierdas alcanza 68mmAPx80mmL, rechaza medialmente los elementos vasculares grandes. (Anexo1 – Anexo.2 – Anexo.3)

Anexo 4.



Anexo 5.



Anexo 6.



04/05/2016. ECOGRAFIA DE CUELLO.

Ambos lobulos tiroideos de tamaño conservado.

Se observa en lóbulo izquierdo tercio medio valva anterior quiste simple de 3.7mm. (Anexo 4).

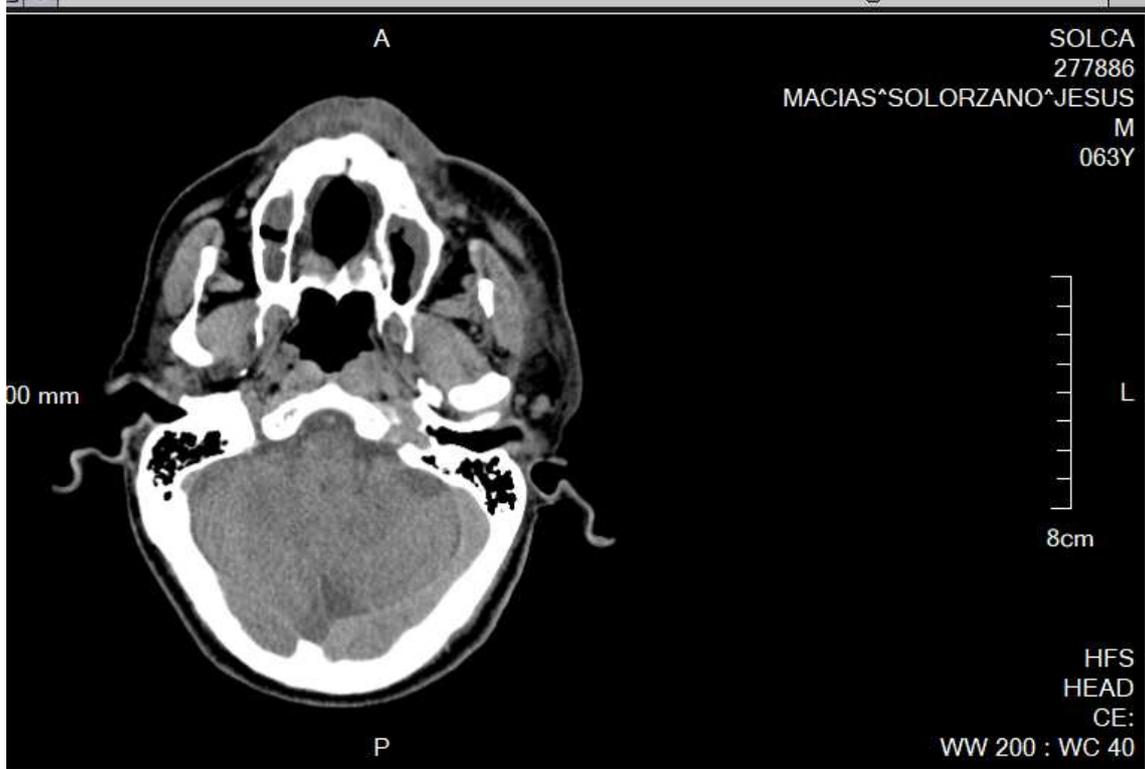
En nivel II-II de cadena ganglionar se observan imágenes nodulares con degeneración quística que miden:

- 14.8mmx9.7mm
- 12.7mmx9mm
- 16.5mmx8.5mm.
- 12.7mmx10.6mm. (Anexo 5).

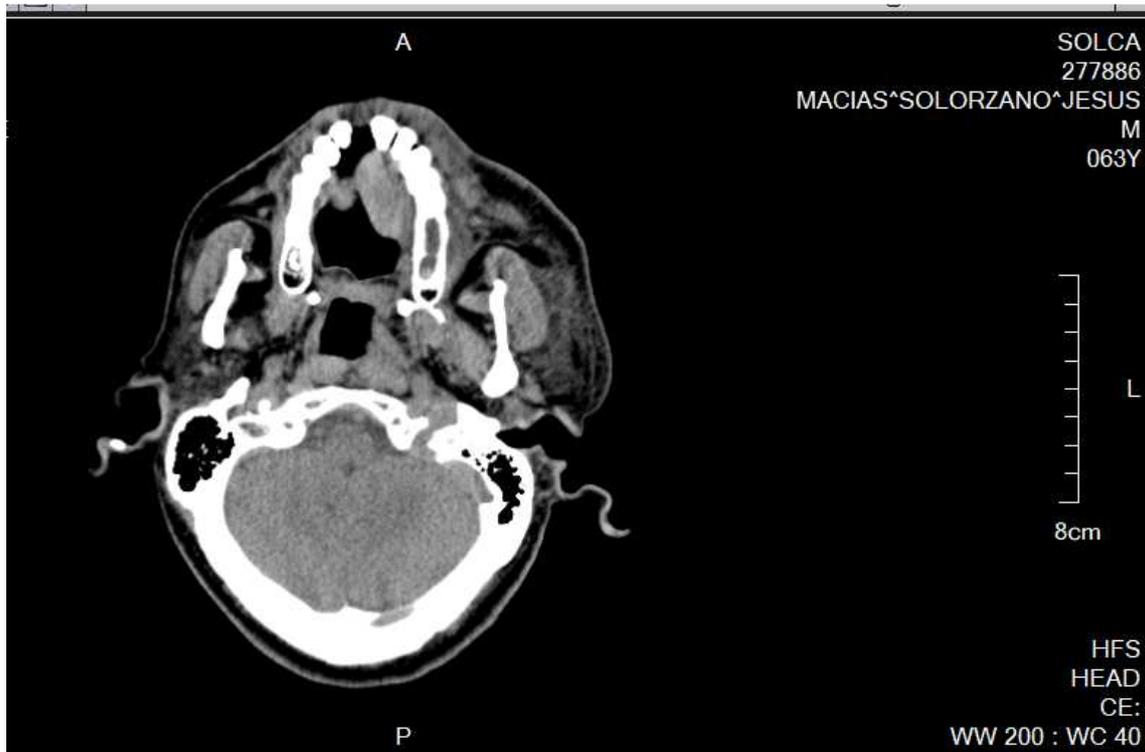
Nivel II derecho otro de iguales características que mide:

- 25.1mmx13.1mm. (Anexo 6)

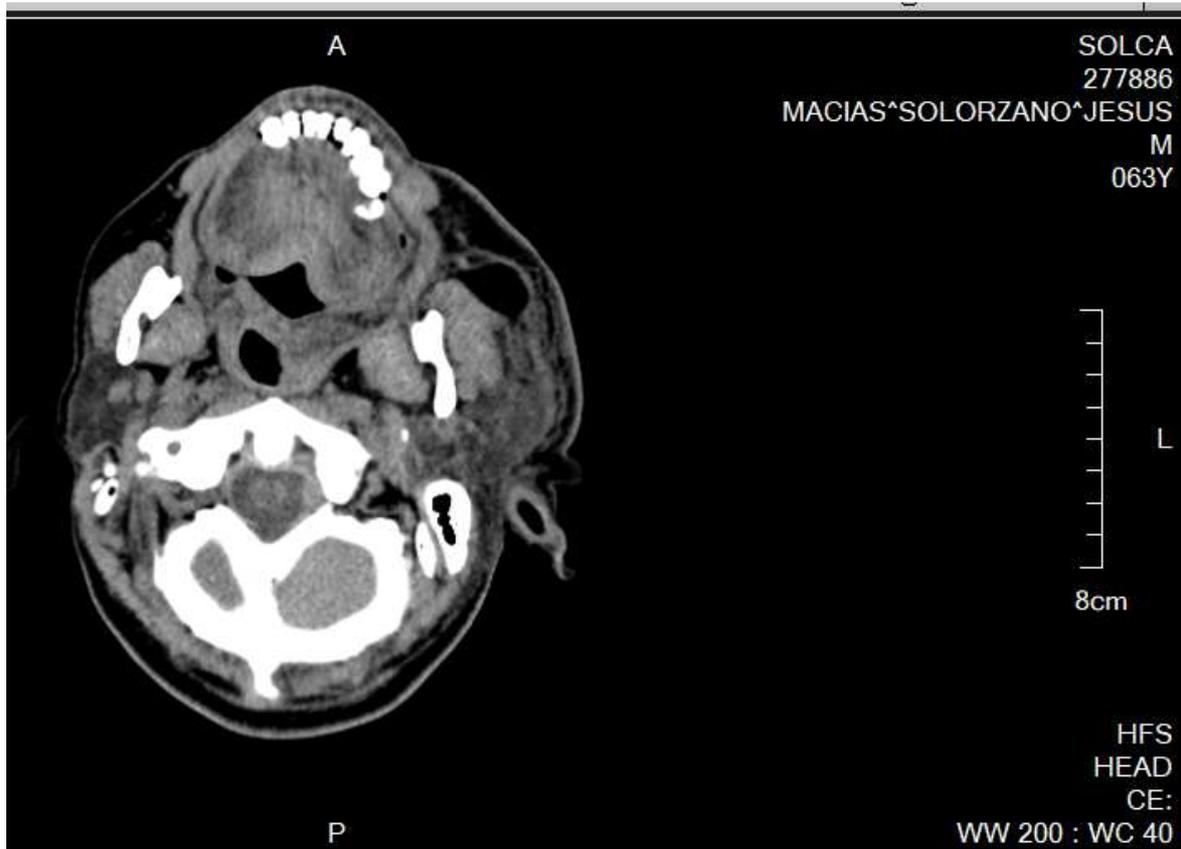
Anexo 7.



Anexo 8.



Anexo 9.



24/01/2017. TOMOGRAFIA DE CUELLO.

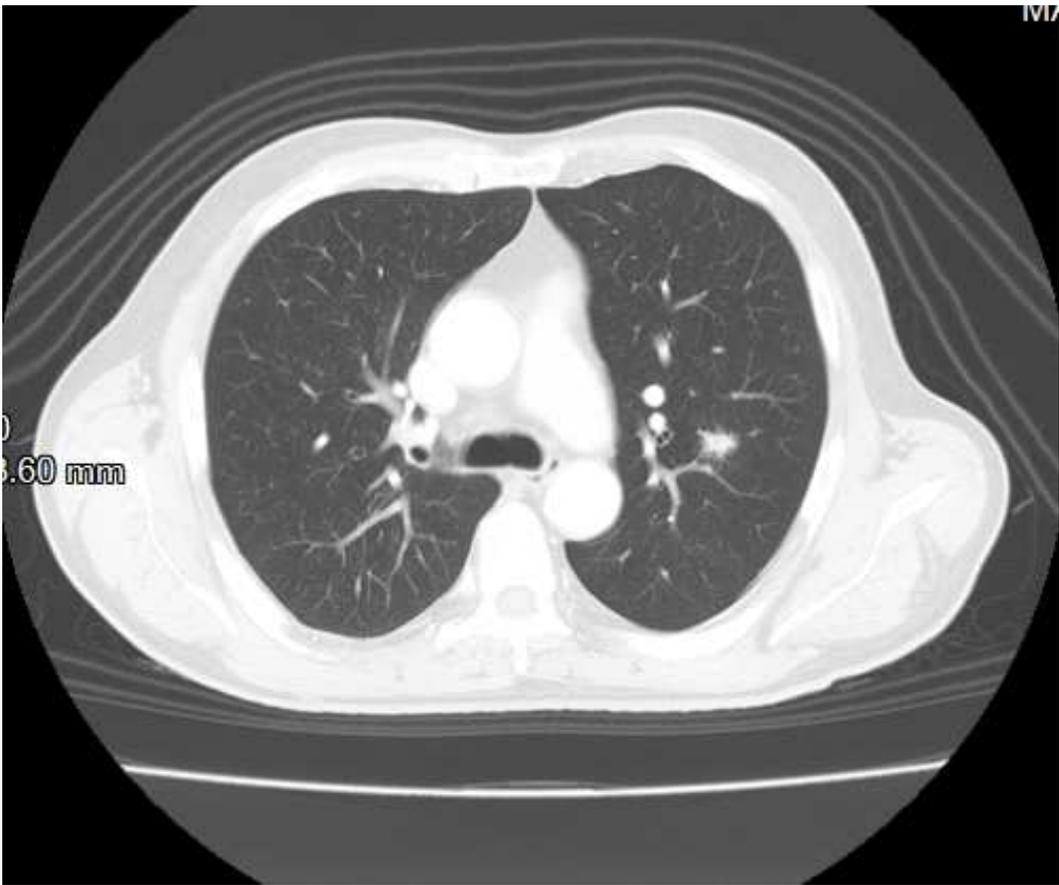
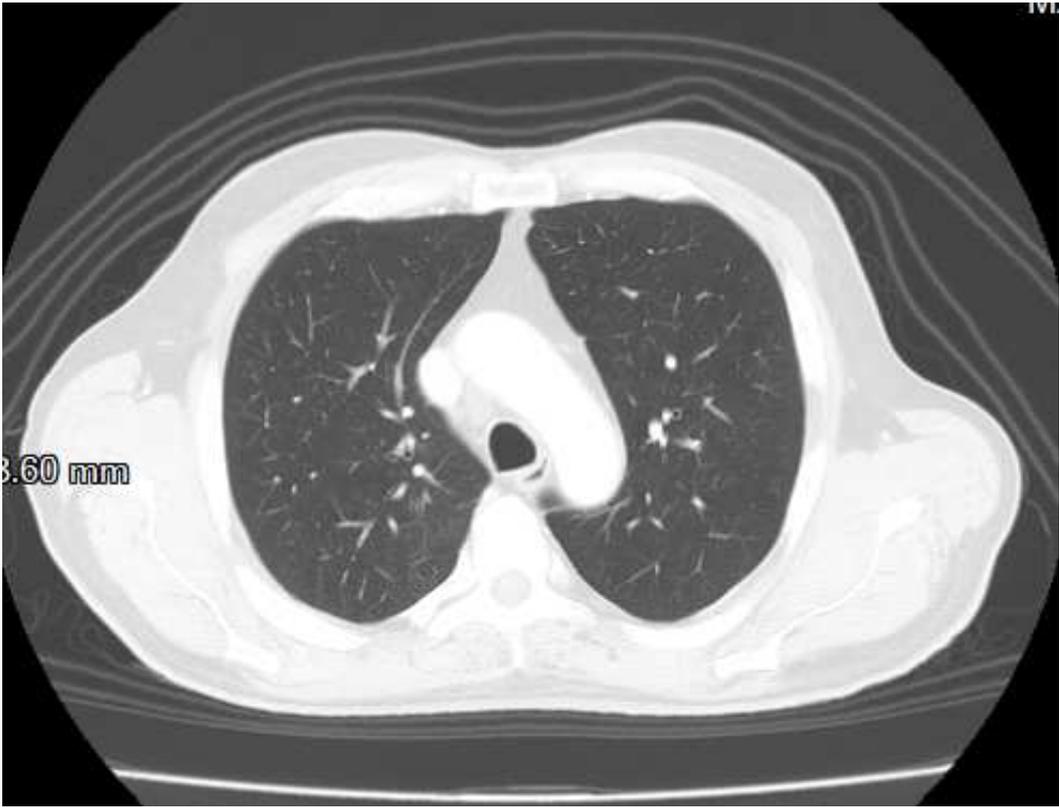
Muestra desde la altura del ángulo maxilar una masa densa que comprime la pared faríngea reduciendo el espacio aéreo. La masa se extiende hasta la piel infiltrándola.

El hioides está incluido en la parte de la masa.

El lóbulo derecho del tiroides también está incluido en la masa con densidad heterogénea.

Engrosamiento de la piel e incremento de la grasa subcutánea por linfedema.

En los últimos cortes se observan ganglios en la fosa clavicular.





18/03/2016 TAC DE TORAX.

El estudio realizado muestra parénquima y trama vascular pulmonar normal.

Se observa imagen densa de contornos irregulares que mide 16x10mm, por involucion y cicatrización fibrotica del nodule que exista en región para hilar izquierda.

No se presentan otras imágenes de lesiones pleuro-pulmonares.

Por delante de la tranque se aprecia nodule hipodenso de 35x20mm, contornos bien delimitados que persiste en estudios anteriores sin modificación de sus características dando aspecto de material ganglionar fibotico.

Estructuras oseas del torax sin alteraciones.

Tejidos blandos de la pared torácica normal.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio seguirá las recomendaciones de la Comisión de Bioética de la FCMULEAM.

La cual establece que:

En este estudio de caso se revisará la historia clínica correspondiente y se manejarán datos de índole clínica y radiológica del paciente objetivo de análisis; no realizándose ningún proceder invasivo con el analizado.

Al paciente se le explicará correctamente: que formará parte de un estudio de caso clínico, que tiene como título **“Caracterización radiológica de Carcinoma Escamocelular con antecedentes de Linfoma No Hodgkin (CECC).”**; así como el carácter absolutamente privado del estudio y los resultados obtenidos; que no se revelará su identidad, ni ninguna otra información que pueda poner en evidencia su persona y que deberá otorgar su Consentimiento Informado para participar en el mismo.

El protocolo de estudio respetará en todo momento la Declaración de Helsinki para la realización de investigaciones médicas con seres humanos.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Trabajo de investigación: “Caracterización radiológica de Carcinoma Escamocelular con antecedentes de Linfoma No Hodgkin (CEC).”

Estimado paciente, por medio del presente se le solicita amablemente participar en este estudio de caso clínico: el cual trata el tema “**Caracterización radiológica de Carcinoma Escamocelular con antecedentes de Linfoma No Hodgkin (CEC).**”, la importancia de un diagnóstico oportuno y la utilidad de las pruebas de imagen para su detección y control evolutivo; por lo que le rogamos que nos apoye con su colaboración, garantizándole que los datos se manejaran de forma totalmente anónima. Se requiere que nos aporte alguno de sus datos generales solo con el fin de organizar la información. Los datos obtenidos serán confidenciales; solamente se darán a conocer los resultados generales y no las respuestas concretas de la investigación. No está obligado a responder todas las preguntas y puede Ud. negarse a participar en el mismo de forma voluntaria.

Esta investigación responde al trabajo de terminación de la Licenciatura en Radiología e Imagenología.

Para cualquier pregunta puede consultar al autor: Alarcón Alvarado Darley Alejandra, en la FCM-ULEAM o a la siguiente dirección de correo electrónico: darley9511@hotmail.com.

FIRMA