

Carcinoma epidermoide cutáneo

Tabla de indicaciones de imagen y de ganglio centinela / vaciamiento

Hoja de consulta rápida para CEC cutáneo (cabeza y cuello principalmente). No sustituye guías formales; adaptar siempre al contexto clínico y recursos locales.

1. Cuándo basta con clínica sin imagen

Escenario clínico	Características	Conducta recomendada
CEC de bajo riesgo, pequeño, claramente resecable	• Tamaño ≤ 2 cm (tronco/extremidades) o ≤ 1 cm en cara no crítica. • Bien diferenciado, sin PNI ni invasión linfovascular en biopsia. • No hay induración profunda ni fijación a planos profundos. • Sin adenopatías palpables. • Paciente inmunocompetente.	• Escisión estándar con márgenes apropiados. • Sin imagen de rutina. • Seguimiento clínico periódico (piel + cadenas ganglionares).
Primera lesión en paciente sin factores de alto riesgo	• Sin inmunosupresión significativa. • No hay antecedente de CEC muy agresivos. • Exploración ganglionar normal.	• Manejo quirúrgico local. • Reservar imagen para hallazgos clínicos sospechosos en la evolución.

2. Cuándo pedir ecografía de cadenas ganglionares

Indicaciones típicas de ecografía	Objetivo	Comentario práctico
CEC de alto riesgo sin ganglios clínicamente palpables	• Descartar micrometástasis ganglionares detectables por imagen.	• Útil en cabeza y cuello (parótida, cervical), axila o inguinal. • Especialmente en tumores > 2 cm, PNI, desmoplásicos, inmunosuprimidos.
Duda clínica sobre adenopatía pequeña	• Caracterizar ganglio (tamaño, forma, hilio, vascularización).	• Permite dirigir PAAF / biopsia con aguja gruesa si sospechoso.
Control evolutivo tras tratamiento de CEC de alto riesgo	• Detectar recidiva ganglionar precoz.	• Útil en los primeros 2–3 años postratamiento.

3. Cuándo pedir TC / RM

Modalidad	Indicaciones	Qué aporta
TC (cabeza y cuello / región anatómica correspondiente)	• Tumor voluminoso o mal delimitado. • Sospecha de invasión ósea (calota, maxilar, mandíbula) o cartílago (nariz, oreja, laringe). • Tumor recidivado con múltiples cirugías previas. • CEC en cicatriz/úlceras crónicas de larga evolución con induración profunda.	• Evalúa hueso y partes blandas profundas. • Proporciona mapa anatómico para planificar cirugía mayor o radioterapia.
RM	• Sospecha de invasión perineural significativa (dolor neurítico, parestias, hipoestesia, afectación de pares craneales). • Tumores cerca de trayectos nerviosos importantes (rama V, VII, etc.). • Sospecha de afectación orbitocraneal, base de cráneo o extensión intracraneal.	• Mejor definición de nervios, músculos, órbita y base de cráneo. • Estudio más fino de PNI en nervios craneales.

4. Cuándo pedir PET-CT / estudios de extensión a distancia

Escenario	Indicación de PET-CT / extensión	Comentarios
Enfermedad ganglionar regional confirmada (N+)	• Valorar enfermedad a distancia y otros focos sincrónicos.	• Útil antes de tratamientos sistémicos o RT de campo amplio.
CEC localmente avanzado / irresecable	• Definir extensión real y descartar metástasis.	• Ayuda a decisión de RT radical vs paliativa / sistémica.
CEC con factores de muy alto riesgo + síntomas sistémicos (pérdida de peso, dolor óseo, tos, etc.)	• Búsqueda de metástasis viscerales/óseas.	• Puede sustituirse por TC de tórax/abdomen + pruebas dirigidas según síntomas y recursos.

5. Ganglio centinela (GC) en CEC cutáneo: ¿cuándo sí y cuándo no?

El papel del **ganglio centinela en CEC** es controvertido y no existe consenso absoluto como en melanoma. Suele reservarse para centros con experiencia y casos seleccionados.

5.1. Escenarios donde podría plantearse GC (si hay experiencia local)

Situación	Motivo para considerar GC
CEC de alto riesgo sin adenopatías clínicas ni por ecografía , con una o varias de las siguientes:	• Estadificación más fina del riesgo ganglionar.
• Puede ayudar a decidir radioterapia nodal o vigilancia intensificada.

Criterios de alto riesgo que pueden justificar valorar GC:

- Grosor > 6 mm o invasión más allá de hipodermis.
- Subtipo desmoplásico / neurotrópico.
- PNI significativa.
- Localización en labio, oreja, cuero cabelludo, región temporal.
- Paciente joven y/o inmunocompetente en quien el resultado del GC cambiaría la conducta.

Claves:

- Seleccionar bien: tumores con riesgo intermedio-alto de metástasis pero sin evidencia ganglionar.
- Realizar solo en centros con experiencia en mapeo linfático y anatomía patológica experta.

5.2. Escenarios donde NO suele ser útil GC

Situación	Razón para NO hacer GC
CEC de bajo riesgo (pequeños, bien diferenciados, sin PNI, en zonas de bajo riesgo)	• Riesgo muy bajo de metástasis → GC añade morbilidad sin claro beneficio.
Adenopatía ya sospechosa o confirmada (clínica o por imagen)	• El manejo ya no es GC sino linfadenectomía terapéutica ± RT.
Pacientes frágiles o con comorbilidades severas donde el resultado del GC no cambiará la conducta terapéutica	• No justifica una cirugía adicional ni anestesia si el plan de manejo no se modificará.
Centros sin logística / experiencia en técnica de GC para CEC	• Mayor riesgo de falsos negativos / complicaciones.
• Mejor optar por vigilancia clínica/eco o linfadenectomía directa en casos seleccionados.

6. Vaciamiento ganglionar (linfadenectomía terapéutica)

Cuándo indicarlo	Alcance	Consideraciones
Adenopatía regional con metástasis confirmada (PAAF/core o biopsia)	• Vaciamiento de la cadena afectada (p. ej. parotídeo, cervical, axilar, inguinal).	• Combinar con estudio de extensión (TC/RM ± PET-CT).
• A menudo se asocia a radioterapia adyuvante sobre lecho ganglionar.

Cuándo indicarlo	Alcance	Consideraciones
Adenopatías múltiples con fuerte sospecha de metástasis cuando GC no es apropiado	• Linfadenectomía como tratamiento locorregional.	• Decisión en comité oncológico . • Valorar de entrada RT e inmunoterapia según carga tumoral.

7. Resumen ultra-rápido (para el borde de la hoja)

- **Solo clínica (sin imagen)** → CEC bajo riesgo, pequeño, sin ganglios palpables, paciente inmunocompetente.
- **Ecografía ganglionar** → CEC de alto riesgo **sin** adenopatías claras o dudas sobre ganglios.
- **TC / RM** → tumor grande, recidivo, sospecha de invasión ósea/cartílago/PNI o localizaciones complejas en cabeza y cuello.
- **PET-CT / extensión** → enfermedad ganglionar confirmada, localmente avanzada o sospecha de metástasis.
- **Ganglio centinela** → solo en CEC de alto riesgo, sin ganglios clínicos/eco, en centros con experiencia y si el resultado cambiará la conducta.
- **Linfadenectomía** → adenopatía regional con metástasis confirmada o muy probable.