



Adenocarcinoma ductal de parótida

RESUMEN

El carcinoma ductal de las glándulas salivales es un tumor muy poco frecuente, que afecta principalmente la glándula parótida. Se caracteriza por su agresividad locorregional y metastásica, así como por su pronóstico desfavorable. Comunicamos el caso de un varón de 68 años con tumor parotídeo derecho, con diagnóstico final de adenocarcinoma ductal salival. Se revisan las características específicas de este tumor, las opciones de tratamiento y la evolución del mismo.

Palabras clave: adenocarcinoma, glándula parótida.

Hazem Nijim-Nijim¹
Laura Díez-González¹
Wasim Elhendi-Halawa²

¹ Facultativo especialista del área de Otorrinolaringología, Hospital de Hellín, Albacete, España.

² Facultativo especialista del área de Otorrinolaringología, Hospital Punta de Europa, Algeciras, España.

Ductal adenocarcinoma of the parotid

ABSTRACT

Ductal carcinoma of the salivary glands is a very rare tumor that primarily affects the parotid gland. It is characterized by its locoregional and metastatic aggressiveness and by its poor prognosis. We report the case of a 68-year-old man with right parotid tumor and with a final diagnosis of salivary ductal adenocarcinoma. We review the specific characteristics of this tumor, the treatment options and the clinical evolution.

Key words: adenocarcinoma, parotid gland.

Recibido: 13 de mayo 2015

Aceptado: 24 de julio 2015

Correspondencia: Dr. Wasim Elhendi Halawa
Servicio de Otorrinolaringología
Hospital Punta de Europa, Algeciras, España
Cta. De Getares s/n
11207 Algeciras, Cádiz, España
wasimmai@yahoo.com

Este artículo debe citarse como
Nijim-Nijim H, Díez-González L, Elhendi-Halawa W.
Adenocarcinoma ductal de parótida. An Orl Mex
2015;60:261-264.

ANTECEDENTES

El carcinoma ductal de glándulas salivales es una neoplasia epitelial poco común, descrita por primera vez en 1968 por Kleinsasser, quien estableció un paralelismo anatomopatológico con el carcinoma ductal de mama.¹ Se caracteriza por ser agresivo, debido a la alta incidencia de recidiva local y metastásica, lo que obliga, de manera habitual, a prescribir un tratamiento radical, basado en cirugía, radioterapia y quimioterapia.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 68 años de edad, remitido a nuestra consulta por tumor parotídeo derecho de meses de evolución, doloroso con los cambios posturales y sin parálisis facial ni trismo asociado. Como antecedentes personales, tenía hipertensión arterial, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica y discopatía degenerativa.

En la exploración física se evidenció un tumor parotídeo derecho de 2 cm de diámetro, doloroso a la palpación y sin adenopatías laterocervicales palpables. La tomografía computada cervical evidenció una lesión parotídea derecha, hiperintensa, de 25 x 16 mm que afectaba el lóbulo superficial y profundo, sin bordes bien definidos y adenomegalias cervicales subcentimétricas (Figura 1). Se realizó resonancia magnética para complementar el estudio, que evidenció que la lesión, al parecer, se originaba en el lóbulo profundo de la parótida derecha, tenía baja señal en T1 y alta en T2, que son hallazgos compatibles con tumor mixto (Figura 2). El paciente se intervino de parotidectomía total derecha con conservación del nervio facial.

El examen anatomopatológico mostró una proliferación epitelial neoplásica que desestructuraba la glándula salival con invasión perineural, pero no vascular. Las células neoplásicas mostraban

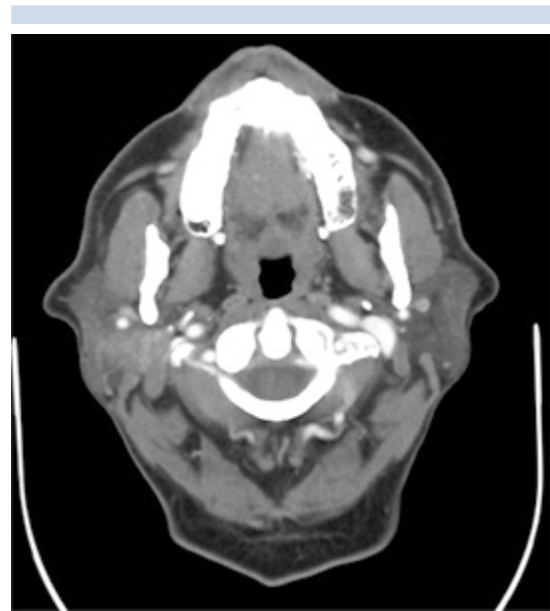


Figura 1. Tumor parotídeo derecho en tomografía axial computada.

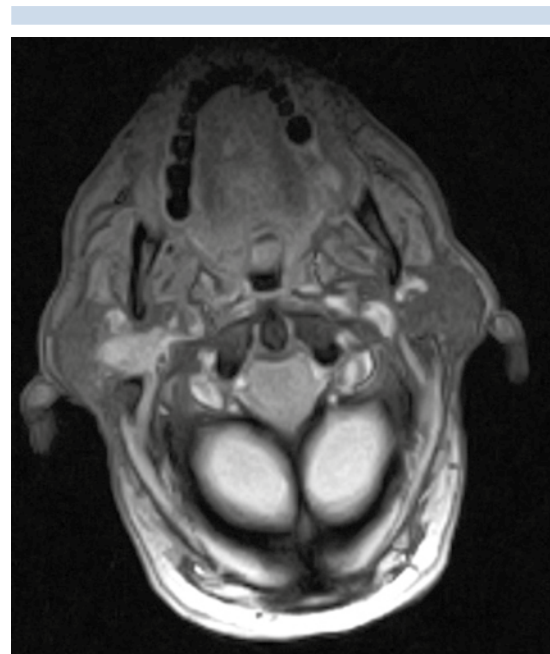


Figura 2. Tumor parotídeo derecho en resonancia magnética.



amplio citoplasma denso y núcleos vesiculosos con atipias y frecuentes imágenes de mitosis. Parte de ellos parecían ocupar la luz de conductos con necrosis central y otros infiltraban, formando nidos de tamaño variable (sólidos y cribiformes) y algunas estructuras glanduliformes (Figura 3). El examen inmunohistoquímico reportó: TTF-1 (-), Her2Neu (+), CK7 (+), CK 20 (-), GCDFP-15 (+), estrógeno (-), progesterona (-), andrógeno (+), S100 (-), EMA(+), CK34BE12 (+), caldesmon (-), cadena pesada miosina (-), CEAp (+) leve, PSA (-), PAP (-), Ki67 (+) 30%.

Debido a estas características anatomopatológicas del tumor, se llegó al diagnóstico de adenocarcinoma ductal de glándula salival.

Al tener en cuenta las características agresivas del tumor, se realizó tomografía computada corporal, sin registrar evidencia de metástasis a distancia; al paciente se le practicó vaciamiento cervical funcional derecho, los 32 ganglios analizados resultaron negativos; posteriormente se prescribió radioterapia en el lecho parotídeo con dosis total de 66 Gy en 33 sesiones. En nuestro caso, y debido a la ausencia de metástasis locorregionales y a distancia, se decidió posponer la quimioterapia y realizar vigilancia estricta.

En la actualidad, y pasados dos años del diagnóstico inicial, el paciente sigue con sus revisiones clínicas y radiológicas, se encuentra asintomático y sin evidencias de recidiva locorregional.

DISCUSIÓN

El carcinoma ductal de glándulas salivales es un tumor poco frecuente, con incidencia de 1 a 3% de todas las neoplasias epiteliales malignas de la glándula salival.² En 88% de los casos se localiza en la parótida y representa 0.9 a 6% de todos los tumores parotídeos.³ Afecta con mayor frecuencia a hombres, con un pico de incidencia entre la séptima y octava décadas de la vida,⁴ lo que coincide en edad, sexo y localización con el caso que describimos.

En el aspecto clínico aparece como un tumor parotídeo doloroso, asociado con parálisis facial en 40 a 60% de los casos, con afectación ganglionar en 40 a 80% y metástasis a distancia en 35 a 65% de los pacientes.⁵ La resonancia magnética es la prueba de elección para estudiar los límites y el grado de infiltración de estos tumores, con sensibilidad de 80 a 89%, respectivamente. Sin embargo, la tomografía computada es fundamental para la

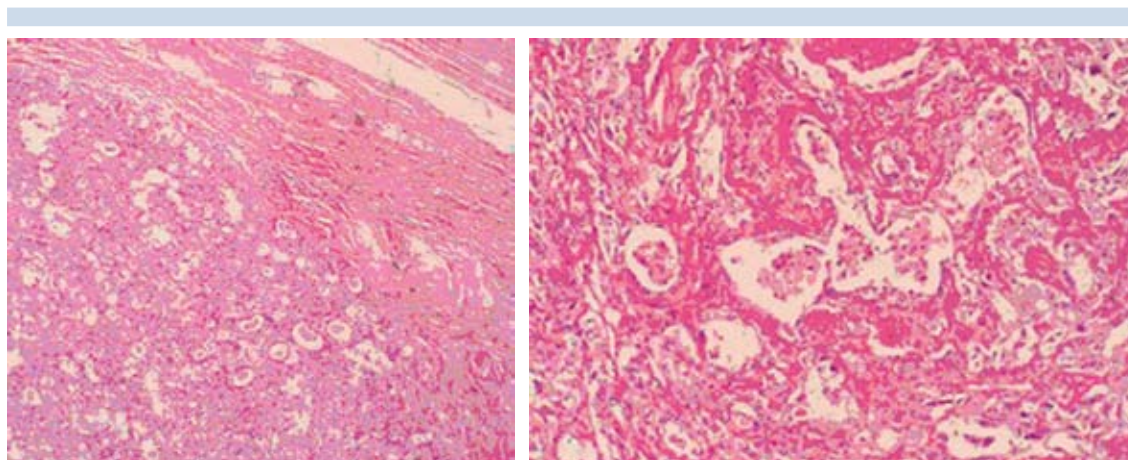


Figura 3. Patrón intraductal cribiforme con áreas de comedonecrosis central.

evaluación de la afectación ósea.⁶ El caso que comunicamos se atendió en nuestra consulta por tumor parotídeo, doloroso a la palpación, sin otros síntomas asociados, lo que es un dato de diagnóstico temprano en casos de ausencia de afectación del nervio facial.

Desde el punto de vista histológico tiene características similares al carcinoma ductal de mama, por lo que es importante descartar metástasis de la glándula mamaria. Tiene un componente carcinomatoso intraductal y otro infiltrativo; el intraductal tiene distintos patrones de crecimiento, habitualmente de tipo cribiforme, papilar, sólido o comedocarcinoma y el infiltrativo es un estroma desmoplásico.⁷

En el aspecto inmunohistoquímico, en el carcinoma ductal de las glándulas salivales se ha identificado la sobreexpresión de citoqueratina (CAM5.2), citoqueratina (AE1/AE), citoqueratina 7, HMW-CK 34 β E12 (*high-molecular-weight cytokeratin*), EMA (*epithelial membrane antigen*), GCDP-15 (*gross cystic disease fluid protein-15*), AR (*androgen receptor*) y HER2/neu. La sobreexpresión de la proteína c-erbB-2 está asociada con un peor pronóstico; con base en esto, existen estudios que sugieren que el tratamiento hormonal con trastuzumb (anticuerpo monoclonal que bloquea el dominio extracelular del receptor HER2/neu) aumenta la tasa de supervivencia.^{8,9} La inmunohistoquímica realizada en nuestro paciente resultó positiva para Her2Neu, CK7, GCDP-15 y receptor de andrógeno, orientando el diagnóstico a carcinoma ductal de la glándula salival.

El tratamiento debe ser multidisciplinario, basado en cirugía (parotidectomía total y vaciamiento cervical), radioterapia y quimioterapia, con el objetivo de conseguir un mejor control de las recurrencias y metástasis a distancia.^{10,11} El pronóstico del carcinoma ductal de las glándulas salivales es desfavorable, con tasa de recidivas

locales de 33%, metástasis ganglionares de 59%, metástasis a distancia de 46% y tasa de mortalidad a los cuatro años de 65%.¹² En el caso comunicado, se realizó parotidectomía total derecha asociada con vaciamiento funcional ipsilateral y radioterapia posquirúrgica, con buen control locorregional.

REFERENCIAS

1. Kleinsasser O, Klein HJ, Hubner G. Salivary duct carcinoma. A group of salivary gland tumors analogous to mammary duct carcinoma. Arch Klin Exp Ohren Nasen Kehlkopfheilkd 1968;192:100-105.
2. Gal R, Strauss M, Zohar Y, Kessler E. Salivary duct carcinoma of the parotid gland. Cytologic and histopathologic study. Acta Cytol 1985;29:454-456.
3. Etges A, Pinto DS Jr, Kowalski LP, Soares FA, et al. Salivary duct carcinoma: immunohistochemical profile of an aggressive salivary gland tumor. J Clin Pathol 2003;56:914-918.
4. BenJelloun H, Maazouzi A, Benchakroun N, Acharki A, et al. Carcinome canalaire de la glande parotide. À propos de deux cas et analyse de la littérature. Cancer Radiothérapie 2004;8:383-386.
5. Mlika M, Kourda N, Zidi Y, Aloui R, et al. Salivary duct carcinoma of the parotid gland. J Oral Maxillofac Pathol 2012;16:134-136.
6. Raine C, Saliba K, Chippindale AJ, Mclean NR. Radiological Imaging in primary parotid malignancy. Br J Plast Surg 2003;56:637-647.
7. Brandwein-gensler, Skalova A, Nagao T. Salivary duct carcinoma. In: Barnes L, Eveson JW, Sidransky D, editors. World Health Organization classification of tumors, pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC Press 2003:236-238.
8. Yamamoto H, Uryu H, Segawa Y, Tsuneyoshi M. Aggressive invasive micropapillary salivary duct of the parotid gland. Pathol Int 2008;58:322-326.
9. Kamio N. Coexpression of p53 and c-erbB-2 proteins is associated with histological type, tumor stage, and cell proliferation in malignant salivary gland tumors. Virchows Arch 1996;428:75-83.
10. Delgado R, Vuitch F, Albores-Saavedra J. Salivary duct carcinoma. Cancer 1993;72:1503-1512.
11. Pons Y, Alves A, Clément P, Conessa C. Salivary duct carcinoma of the parotid. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis 2011;38:627-630.
12. Jaehne M, Roeser K, Jaekel T, Schepers JD, et al. Clinical and immunohistologic typing of salivary duct carcinoma: a report of 50 cases. Cancer 2005;103:2526-2533.