



## VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005



### Carcinoma ductal de parótida. Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Olga Forteza Trujillo\*, Walter Marcial Martínez Rodríguez\*, María de los Ángeles Miló Anillo\*, Magalis Rodríguez Concepción\*, Francisco Mujica\*\*, Raul Rua Martínez\*

\* Hospital Docente "León Cuervo Rubio" CUBA

\*\* Hospital "León Cuervo Rubio" CUBA

#### Resumen

El carcinoma ductal de parótida es un tumor muy poco frecuente, con alrededor de 100 casos publicados hasta 1995. Kleinsasser en 1968 reportó esta neoplasia, caracterizada por ser de conducta biológica agresiva y con una arquitectura similar al carcinoma canalicular de la mama. El carcinoma ductal salival se presenta con mayor frecuencia en hombres mayores de 50 años, con afectación principalmente de la parótida (88%), alrededor del 30% cursan con recurrencia, el 60% con metástasis ganglionares en el momento del diagnóstico, cerca del 46 % desarrollan metástasis sistémicas en el curso de la enfermedad y el 65 % mueren a causa del carcinoma, en el término de cuatro años de establecido el diagnóstico. Presentación: GGR, HCL: 2100449, 56ª, masculino, blanco, paciente con tumor parotídeo, al que se le realiza una disección radical de cuello, que lleva incluida los grupos ganglionares I, II, III, IV, y V; además del músculo esternocleidomastoideo y la vena yugular del interna, había sido diagnosticado previamente por PAAF como carcinoma mucoepidermoide, una muestra de ganglio fue diagnosticada como metastásica, el paciente fue operado el 13/4/2005 y hasta el momento ha evolucionado favorablemente

#### Introducción

El carcinoma ductal salival (CDS) de los conductos excretores, es un tumor raro, biológicamente agresivo y que ocurre principalmente en hombres. La mayoría localizado en la parótida (88%), alrededor del 30% de los pacientes cursan con recurrencias, el 60% con metástasis sistémicas en el curso de la enfermedad y el 65% mueren a causa del carcinoma dentro de los cuatro años de establecido el diagnóstico. Con este trabajo queremos presentar un caso de CDS cuya morfología es similar al carcinoma ductal de la glándula mamaria, revisando brevemente la bibliografía.

#### Presentación del caso

HCL: 2100449, 56ª, masculino, blanco, paciente con tumor parotídeo, al que se le realiza una disección radical de cuello, que lleva incluida los grupos ganglionares I, II, III, IV, y V; además del músculo esternocleidomastoideo y la vena yugular interna; había sido diagnosticado previamente por PAAF como carcinoma mucoepidermoide, una muestra de ganglio fue diagnosticada como metastásica, el paciente fue operado el 13/4/2005 y hasta el momento ha evolucionado favorablemente.

**Descripción macroscópica:** Procedente de una disección radical de cuello se recibieron tres masa de tejido: A) rotulada como ganglios linfáticos de la cadena espinal, en la que se encontraron varios linfonódulos con apariencia normal todos excepto uno; B) rotulada como disección radical de cuello, se recibió bloque de tejido que medía en sus dimensiones mayores: 10 x 7 x 5; que incluía un segmento de vena yugular de 7 cm de longitud, luz permeable en todo su trayecto y en íntima relación con un linfonódulo de apariencia metastásica; del resto de tejido adiposo se extrajeron 28 ganglios, los cuales presentaban aumento de volumen midiendo el mayor 2 cm y el menor 2 mm, los mayores con aumento de la consistencia, presentaban aumento de la consistencia y borramiento de los detalles anatómicos con sustitución por tejido blanquecino, duro; la tercera masa tisular, C) rotulada como radical de cuello más tumor, estaba constituida por un bloque tisular que medía en sus dimensiones mayores 23 x 6 x 7, integrado por segmento de músculo esternocleidomastoideo que a los múltiples cortes transversales mostraba una apariencia normal; conjuntamente se recibió tejido parotídeo con un nódulo de 2 cm de diámetro transversal mayor, constituido por tejido de color blanco grisáceo con áreas quísticas de contenido gelatinoso, se encontraron, además, dos ganglios periparotídeos, aumentados de tamaño.

**Descripción microscópica:** el tumor tenía patrón arquitectural de: comedo (figura 1, 2, 3, 4, 7), cribiforme (figura 3, 4, 8), sólido (figura 4, 7) y micropapilar (figura 5); así como áreas quísticas (figura 6); grado nuclear III, se tomó el grado nuclear más elevado, el número de mitosis en 10 campos a mayor aumento (CGA) medido en el área de mayor actividad mitótica, fue de 4 mitosis / 10 CGA; en los conductos con patrón de comedocarcinoma, la necrosis ocupaba más del 90% de un corte transversal del conducto, aunque escasas existían áreas que recordaban al "clinging" carcinoma de la mama; se apreció infiltración linfocitaria del estroma de leve a moderada (figura 8), no se encontró desmoplasia estromal; el tejido tumoral presentaba un engañoso crecimiento por expansión, al macro, aunque microscópicamente invadía localmente, el tejido salival vecino era esencialmente normal (figura 1,2), el tumor parecía nacer en "una pared ductal" aunque a esta "pared" no se le pudo identificar epitelio de revestimiento (figura 13), con los cortes examinados por nuestro departamento. Se examinaron 6 ganglios de la cadena espinal, resultando de ellos 5 con metástasis (figura 10). De los niveles ganglionares, I, II, III, IV y V; se examinaron 24 ganglios encontrándose metastásicos 15. No se encontró infiltración neural, muscular, ni venosa, no se encontró invasión del resto de los vasos peri tumorales examinados.

**Diagnóstico:** Carcinoma ductal de parótida, grado nuclear III, bajo índice mitótico, con moderada áreas de necrosis, aunque en las áreas de comedocarcinoma, la necrosis era extensa. Fue clasificado T2N2bM0. Estadio Clínico IV (Cualquier T, N2,

M0).

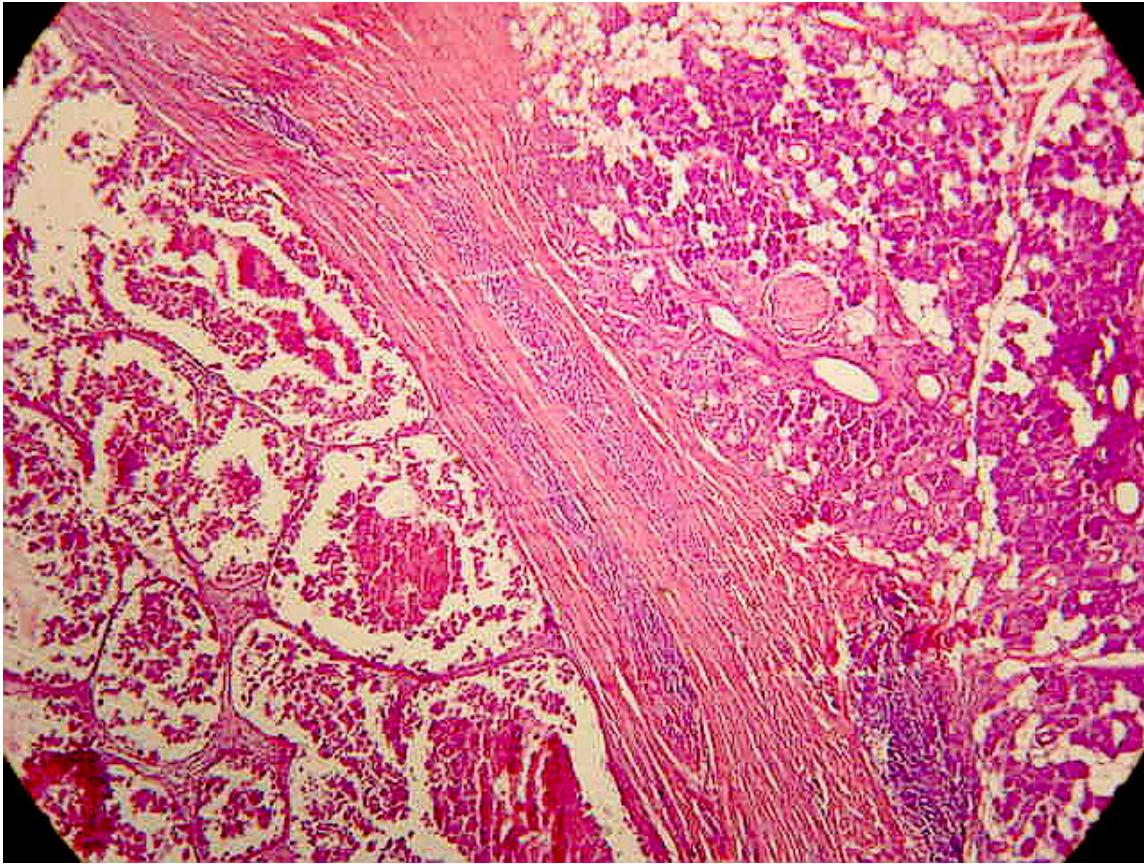


Figura 1 - Se puede apreciar en el extremo inferior izquierdo, el tumor con patron glandular, en el cuadrante inferior derecho el tejido salival esencialmente normal, separado del tumor por una cápsula. HEx5

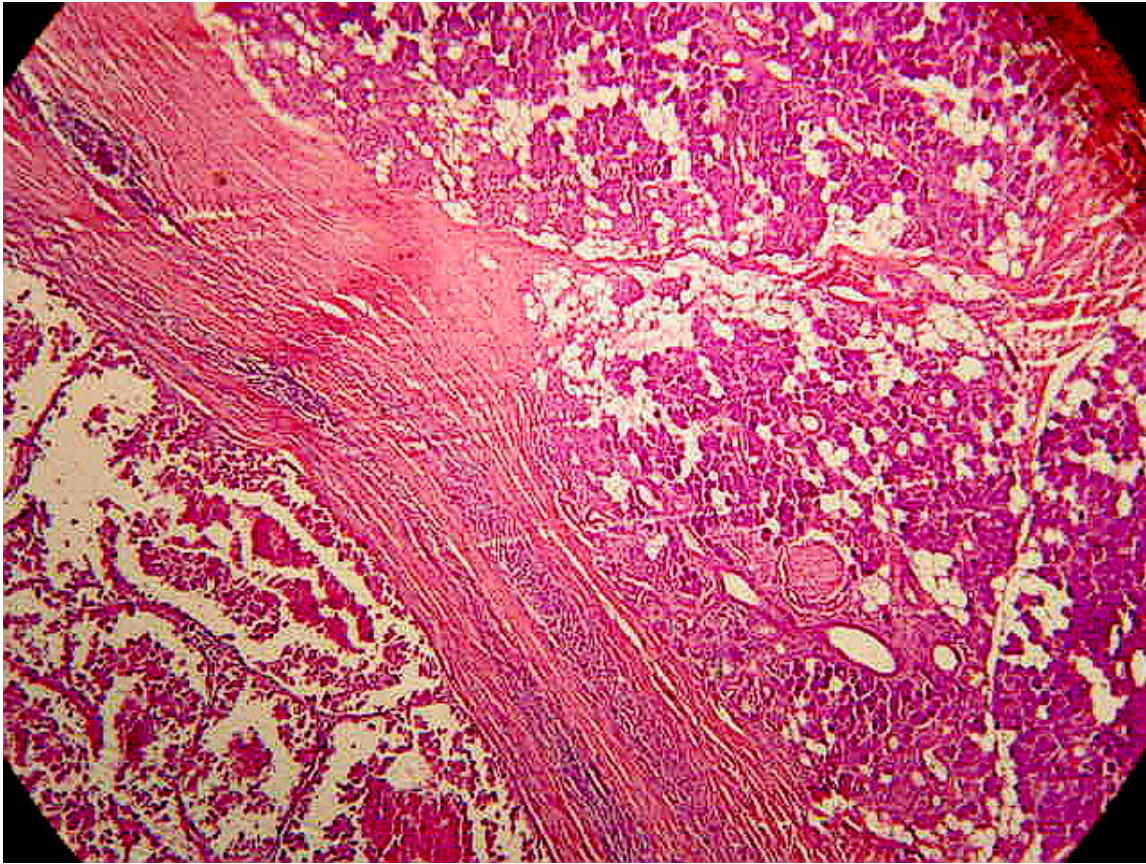


Figura 2 - El mismo aumento un campo más a la derecha para apreciar mejor que el tumor ocurre en glándula salival; sin embargo, en el borde inferior ya se puede ir viendo que el tumor tiene un patrón de comedocarcinoma, ductos con abundante material necrótico en su interior (comedones). HEx5

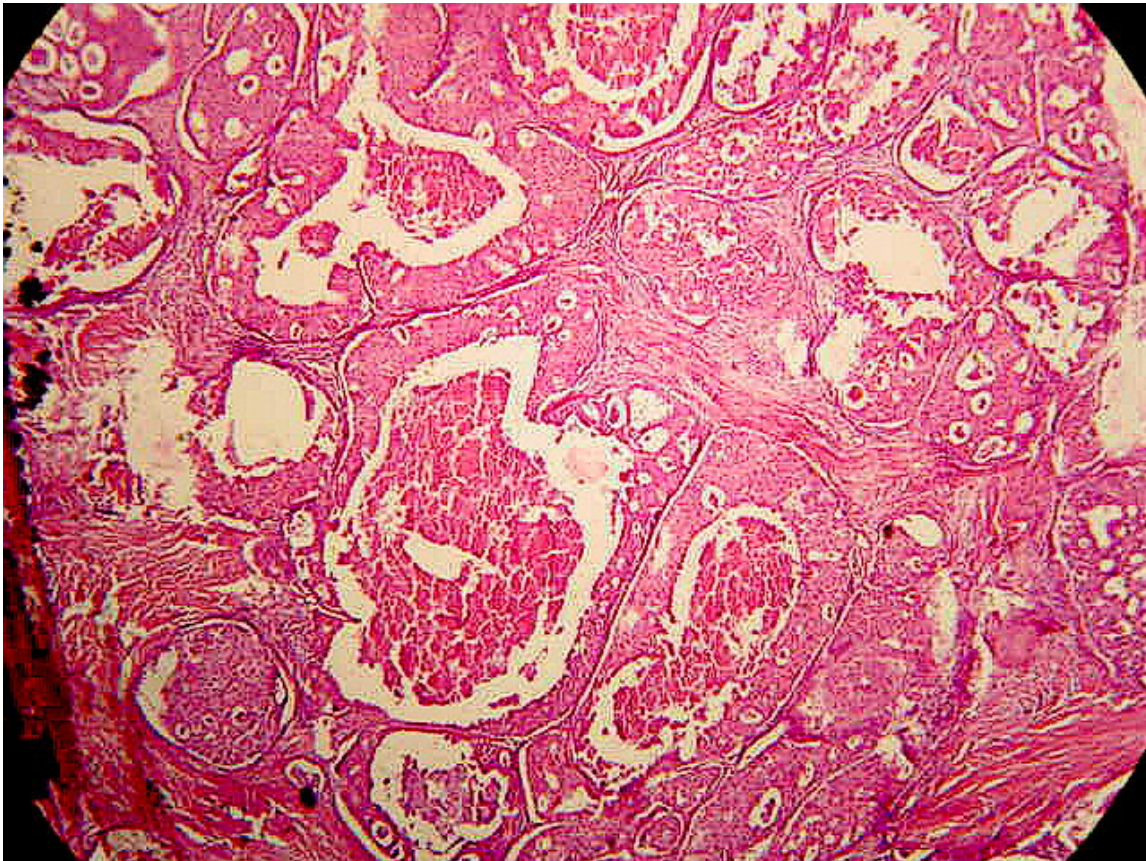


Figura 3 - En este campo se encuentran entremezclados los patrones de comedo y cribiforme. En el cuadrante superior derecho hay un ducto revestido por epitelio con patrón micropapilar. HEx10

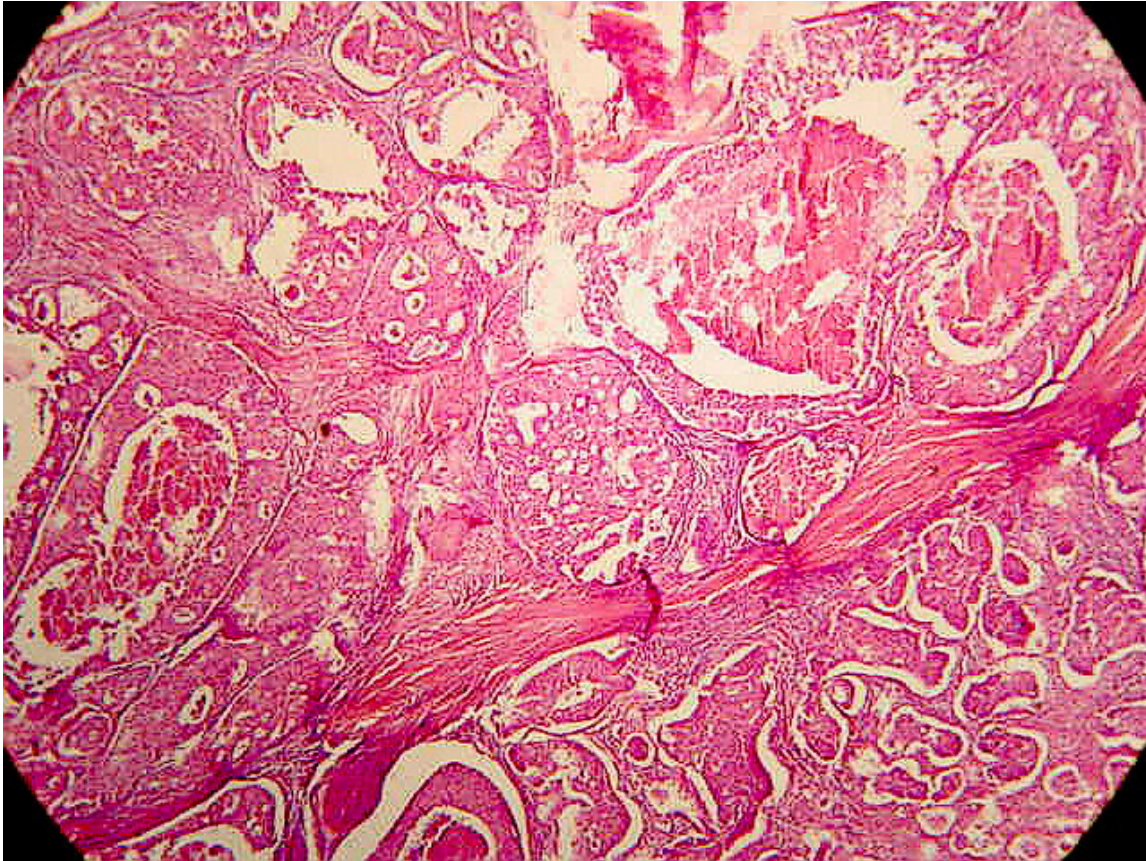


Figura 4 - Además del patrón de comedo y cribriforme, en el extremo inferior derecho vemos islotes tumorales sólidos.H&Ex10

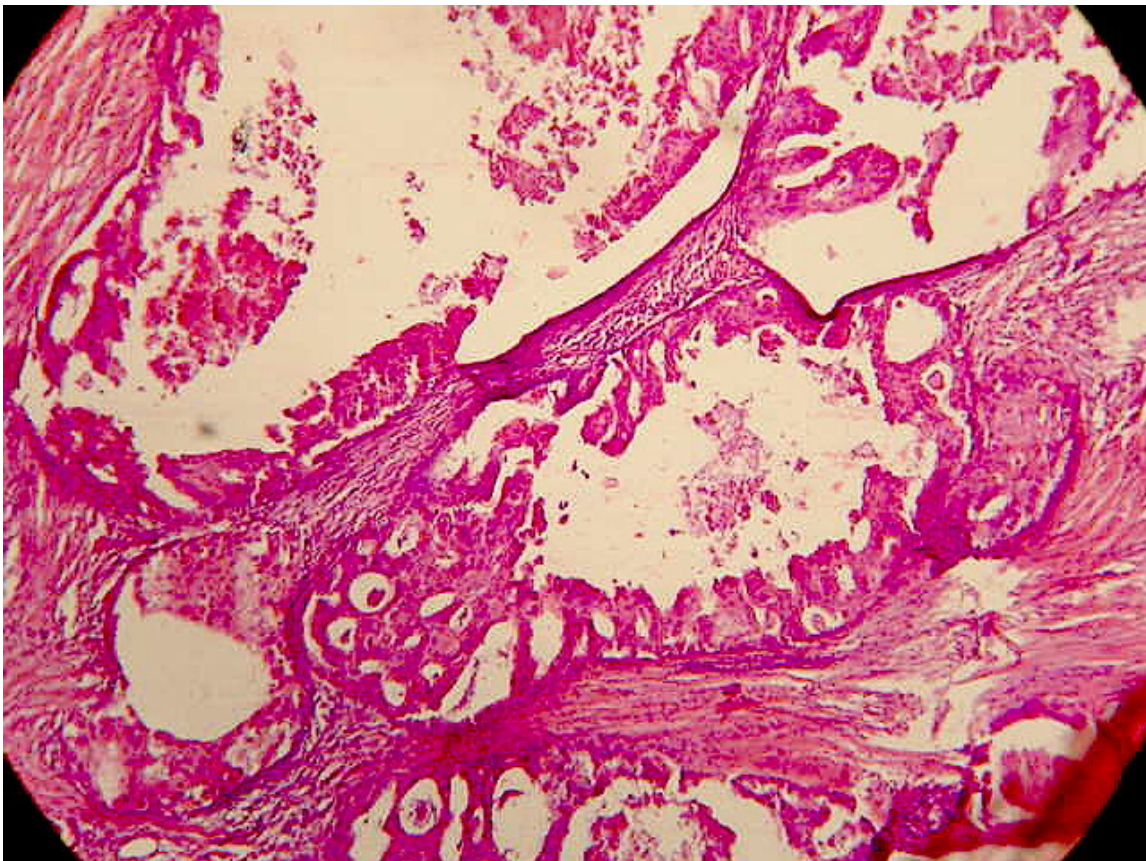


Figura 5 - A mayor aumento para poder apreciar mejor el patrón micropapilar.H&Ex20

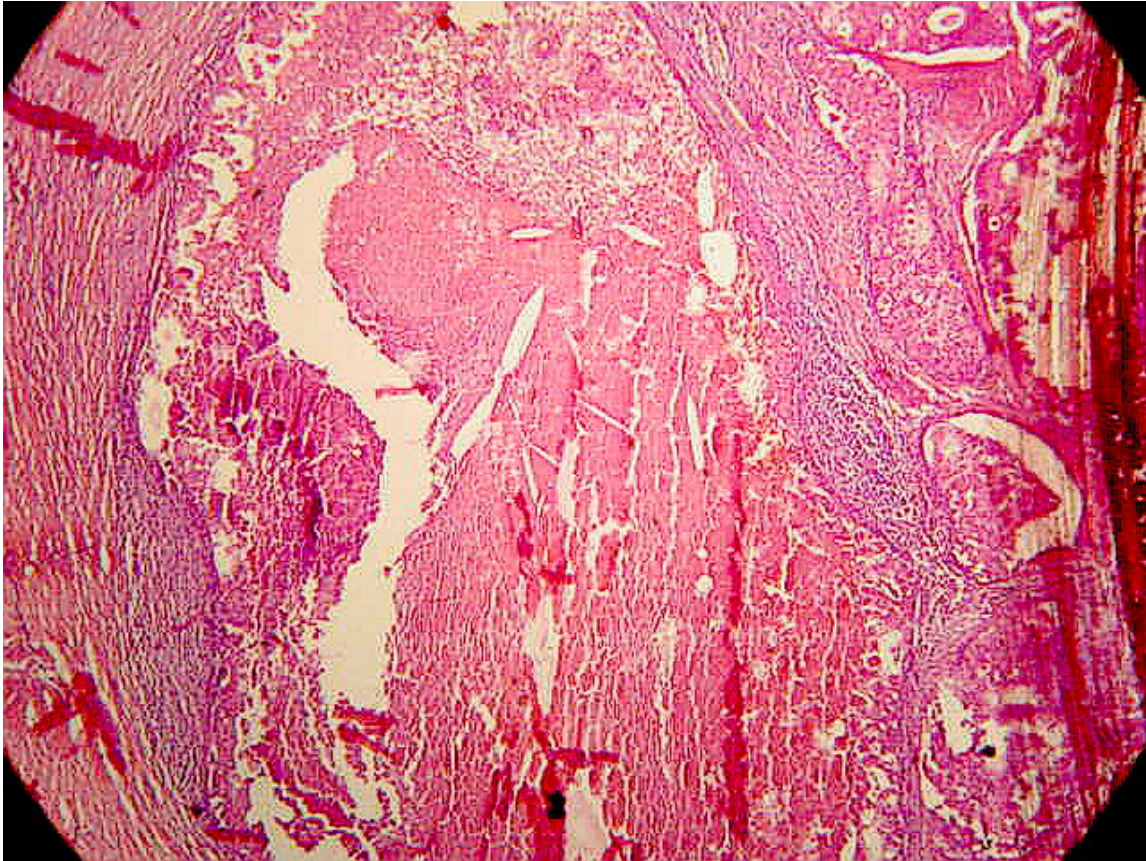


Figura 6 - En la imagen se observa un conducto con una gran dilatación quística que por su periferia podría ser un conducto normal que sufrió cancerización con obstrucción de la luz y transformación quística se cundaría a la obstrucción de la luz por tejido tumoral. El quiste contiene abundante material necrótico se aprecian cristales de colesterol.

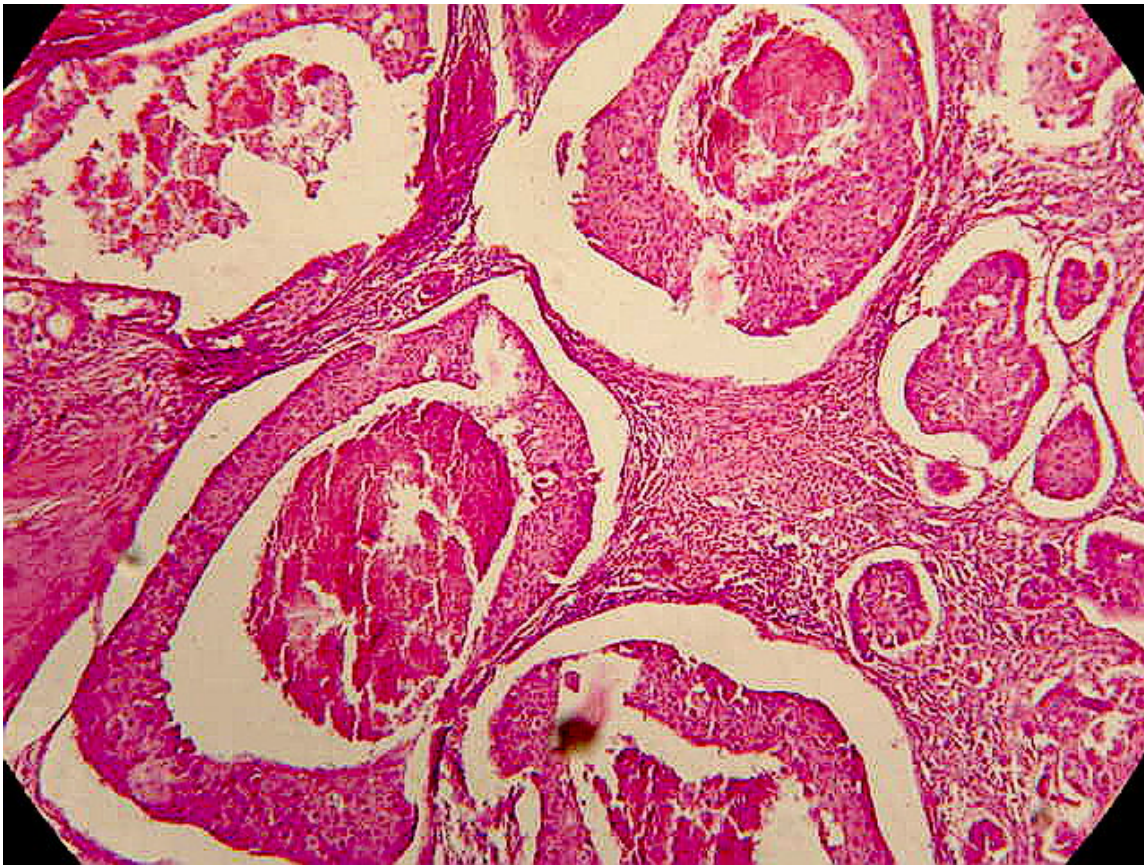


Figura 7 - En la imagen observamos el patrón de comedocarcinoma a mayor aumento. La extensión de la necrosis es mayor de 75%. Se observan islotes tumorales sólidos. H&Ex20

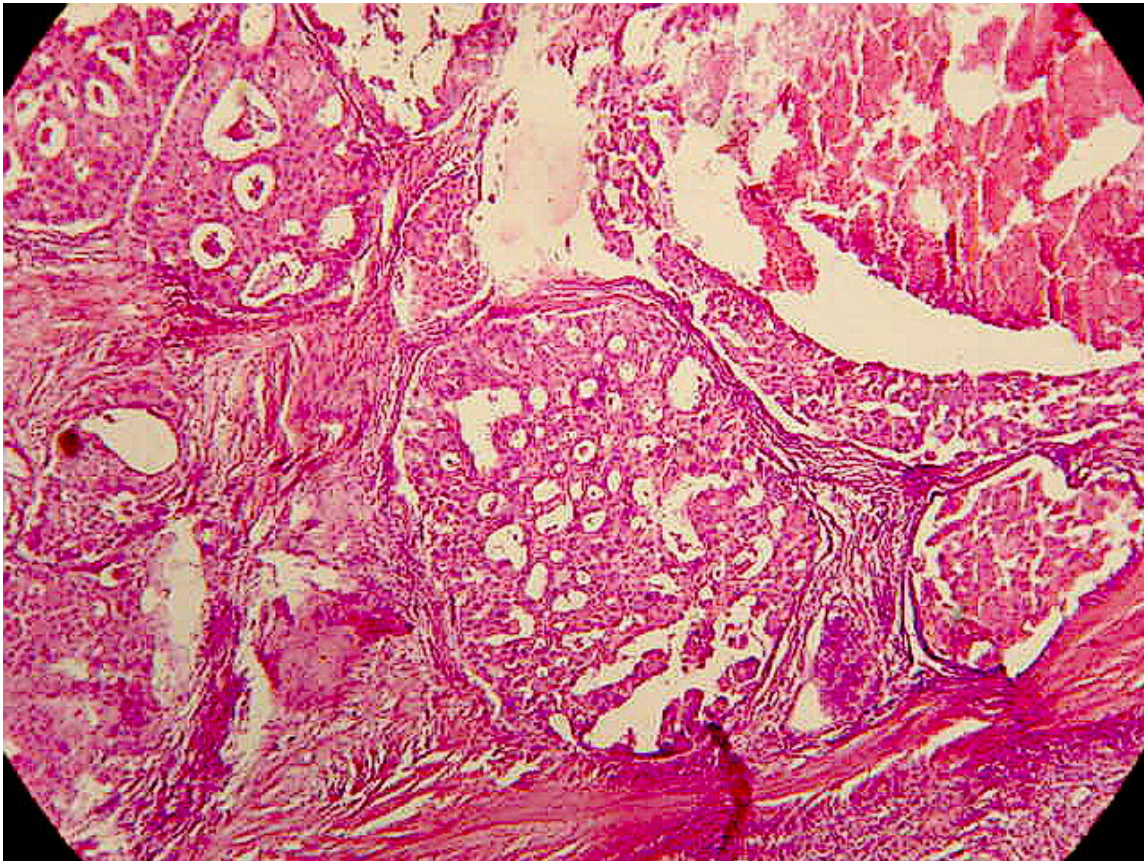


Figura 8 - El patrón cribriforme a mayor aumento. En el extremo superior derecho se observa un conducto con severa dilatación y patrón de comedo. H&Ex20

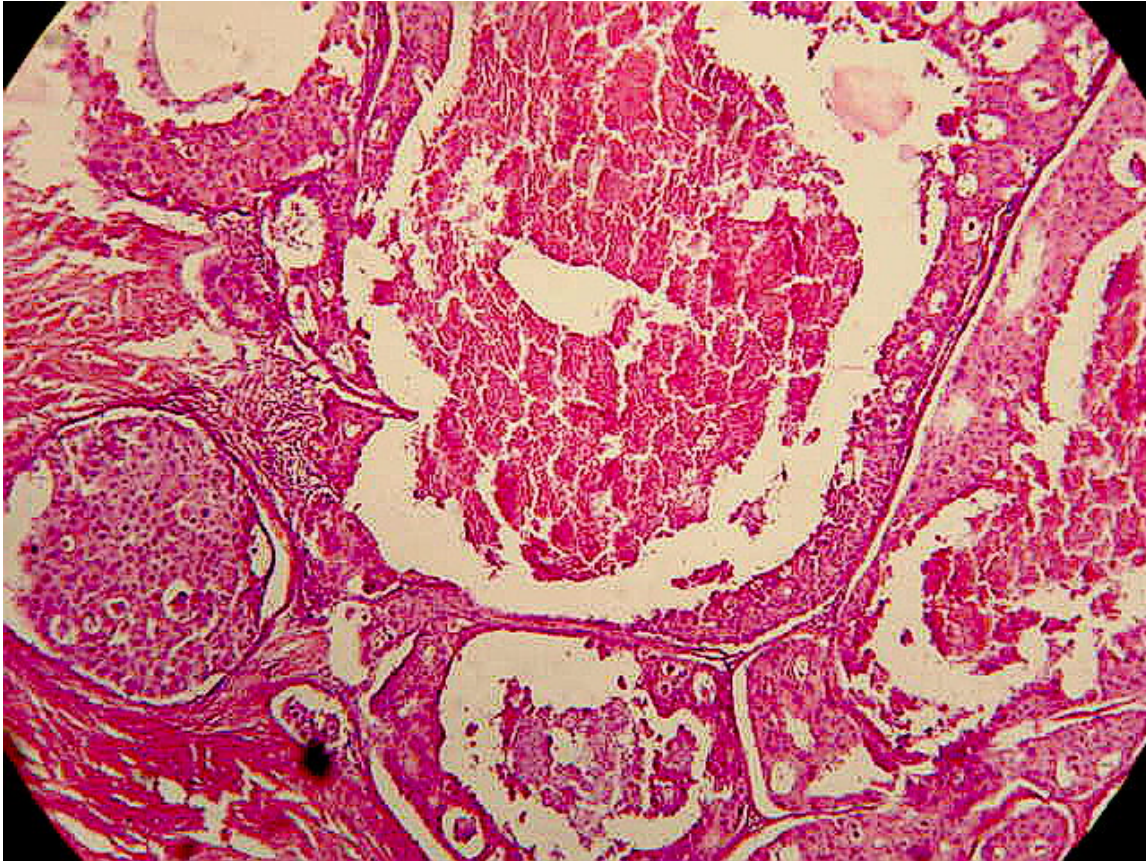
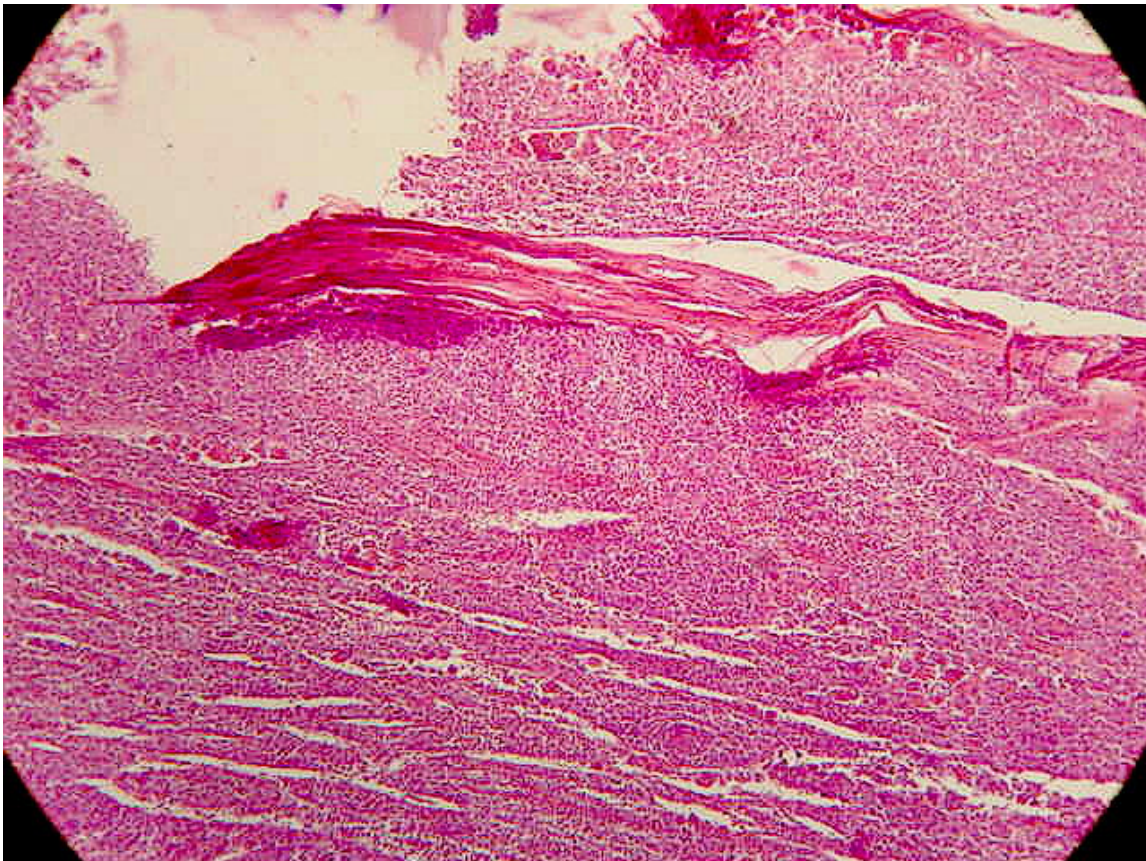


Figura 9 - En esta imagen la extensión de la necrosis es superior a un 90%, la arquitectura es mixta cribiforme y de comedo; en el extremo inferior izquierdo hay un ducto sin necrosis.H&Ex20



**Figura 10 - Metástasis en los ganglios regionales. Se observan nidos tumorales en el interior de los linfáticos, mejor apreciados en la mitad superior de la lámina.H&Ex5**

## Discusión

Los tumores de glándulas salivales mayores constituían el 3% de todos los tumores de cabeza y cuello diagnosticados anualmente en EUA, hasta 1995 (1,2). Kleinsasser en 1968 reportó esta neoplasia(3), caracterizada por ser de conducta biológica agresiva y con estrecha similitud histológica al carcinoma canalicular de la mama (4-7). Este concepto ha sido redefinido por otros autores los cuales proponen como requisito, que además de las áreas de invasión haya áreas de carcinoma intraductal, habitualmente del tipo cribiforme y/o comedocarcinoma(8). Para diferenciarlo de otros carcinomas originados en el conducto excretor, Brandwein prefiere que se le denomine "carcinoma salival cribiforme de conductos excretorios"(9). Además debe tener áreas de tipo desmoplástico, papilar y sólido. Esta neoplasia ocurre habitualmente en parótida, aunque puede presentarse en cualquier glándula salival(10). Debe descartarse la posibilidad de que sea metastásico de glándula mamaria o prostático. Este tipo de tumor tiene comportamiento más agresivo que el resto de las neoplasias de las glándulas salivales, independientemente de otros factores pronósticos(11). Sin embargo, estos factores deben tenerse en cuenta a la hora de evaluar su pronóstico y predecir su respuesta al tratamiento. La mayoría de los pacientes al ser estudiados, se encuentran en etapa clínica avanzada, con tumores mayores de 4 cm de diámetro mayor, y con evidencia clínica de metástasis ganglionares regionales. La metástasis a ganglios regionales se ha reportado en el 60% de los casos (10). El tratamiento habitual debe ser el quirúrgico con parotidectomía total y disección radical de cuello, además de radioterapia postoperatoria.(1). El curso clínico, en general pobre, está caracterizado por recurrencias locales (33%), metástasis a ganglios cervicales(59%), metástasis a distancia(46%), particularmente a pulmón, hueso e hígado. Cerca del 65% de los pacientes mueren en el término de los 3 a 4 años de diagnosticado(4,12-18). Por esta razón algunos autores proponen la administración de quimioterapia, para control de las recurrencias y metástasis a distancia.

## Bibliografía

- 1-Meneses A, Barrera JL, Montalvo G, Ruiz LM, Murrieta L. Carcinoma ductal de parótida. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Patología (mex) 1995, 33:243-246
- 2-Cotran RS, Kumar V, Robbins SL. Pathologic Basis of the Disease. 4<sup>th</sup> Edición. W.B. Saunders Compapany, 1989:822.
- 3-Kleinsasser O, Klein HJ, Hubner G. A group of salivary gland tumors analogous to mammary duct carcinoma. Arch Klin Exp Ohren Nasen Kehlkopfheild, 1968; 192:100-15.
- 4-Afzelius L, Cameron WR, Sevansson C. "Salivary duct carcinoma". A clinico pathologic study of 12 cases. Head Neck 1987; 9:151-56.
- 5-Chen KTK, Hafer GR. Infiltrating salivary duct carcinoma. A clinico pathologic study of 5 cases. Arch Otolaringol Head Neck Surg, 1981; 107:37-39.
- 6-Luna MA, Batsakis JC, Ordoñez NG, Mackay B, Tortoledo ME. Salivary gland adenocarcinoma: A clinico pathologic análisis of three dictintive types. Sem Diagn Pathol 1987, 4:117-135.
- 7-Haines K, Murad T. Infiltrating salivary duct carcinoma of parotida. Lab Invest, 1989; 60:36 A.
- 8-Garland TA, Innes DJ, Fechner RE. Salivary duct carcinoma An analysis of four cases with review of litereture. Am J Clin Pathol 1984; 81:436-441.
- 9-Brandwein MS, Jagirdar J, Patil J, Biller H, Kaneko M. Salivary duct carcinoma (cribiforme salivary carcinoma of excretory ducts). A clinico-pathologic and immunohistochemical studyof 12 cases. Cancer, 1990; 65:2307-2314.
- 10-Batsakis JC, El-Naggar AK, Luna Ma. "Adenocarcinoma, not otherwise specified": a diminishing group of salivary carcinoma. Ann Otol Rhinol Laryngol 1992;101:102-04.
- 11-Evans HI, Batsakis JC: Polymorphous low grade adenocarcinoma of minor salivary glands. A study of 14 cases of a distinctive neoplasms. Cancer 1984;53:935.42
- 12-Batsakis JC, Luna MA. Low-grade and High grade adenocarcinoma of salivary duct system. Ann Otol Rhinol Laryngol 1989;98:162-3.
- 13-Barnes L, Rao U, Krause J, Contis L, Schwartz A, Scalapogna P. Salivary duct carcinoma . Oral and Mxillofacial Pathology 1994; 78:64-73.
- 14-Hellquist HB, Karlsson MG, Nilsson C. Salivary duct carcinoma a highly aggressive salivary gland tumour with overexpressiob of c-erbB-2. Journal of Pathology 1994; 172:35-44.
- 15-Erikson HE, Griesen O, Hastrup N. Ductal carcinoma of parotid gland. J Laryngol Otol 1987; 1987; 101:636-38.
- 16-Delgado R, Vuitch F,Albores-Saavedra J. High grade salivary duct carcinoma. Cáncer 1993; 72:1503-12.
- 17- Murrah VA, Batsakis JG. Salivary duct carcinoma. Ann Otol Rhinnol Laryngol 1994;103:244-47
- 18- Luna MA, Pineda K. Tumores de glándulas salivales. Tercer Curso Internacional Granada-Cuba. 2000:6.