



TUMORES PAROTÍDEOS POCO FRECUENTES. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS.

Tamez M., Moreno P.

Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos.

Resumen

Los tumores parotídeos más comunes son de tipo benigno, el adenoma pleomorfo es considerado como el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales, comprendiendo el 75% de los casos. El tumor de Warthin es reportado como el segundo en frecuencia. En lo concerniente a las neoplasias malignas de la glándula parótida, el carcinoma mucoepidermoide es tomado como el más frecuente, seguido del carcinoma adenoideo quístico. Es importante conocer las variantes poco frecuentes que afectan este órgano, por lo que presentamos dos casos clínicos de neoplasias parotídeas, una benigna y una maligna.

Introducción

El **adenoma sebáceo** es un tumor benigno raro, que representa el 0,1% de todas las neoplasias de las glándulas salivales. Un poco más de 30 casos se han reportado hasta la fecha. 61% de los tumores reportados surgió en las glándulas salivales mayores (parótida 48%, submandibular 13%) y 39% en las glándulas salivales menores.

El **carcinoma ductal** de parótida es un tumor poco frecuente, neoplasia caracterizada por ser de conducta biológica agresiva y con una arquitectura similar al carcinoma canalicular de la mama. Involucra principalmente 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.

Justificación.

Decidimos reportar dos casos de neoplasias de parótida dada la poca frecuencia de ambos para conocer sobre el diagnóstico y tratamiento de estas patologías.

Presentación de Casos.

Adenoma Sebáceo. Paciente de género masculino de 75 años de edad que inicio con aumento de volumen preauricular izquierdo de 3 meses de evolución, de crecimiento lentamente progresivo, sin ningún síntoma acompañante.

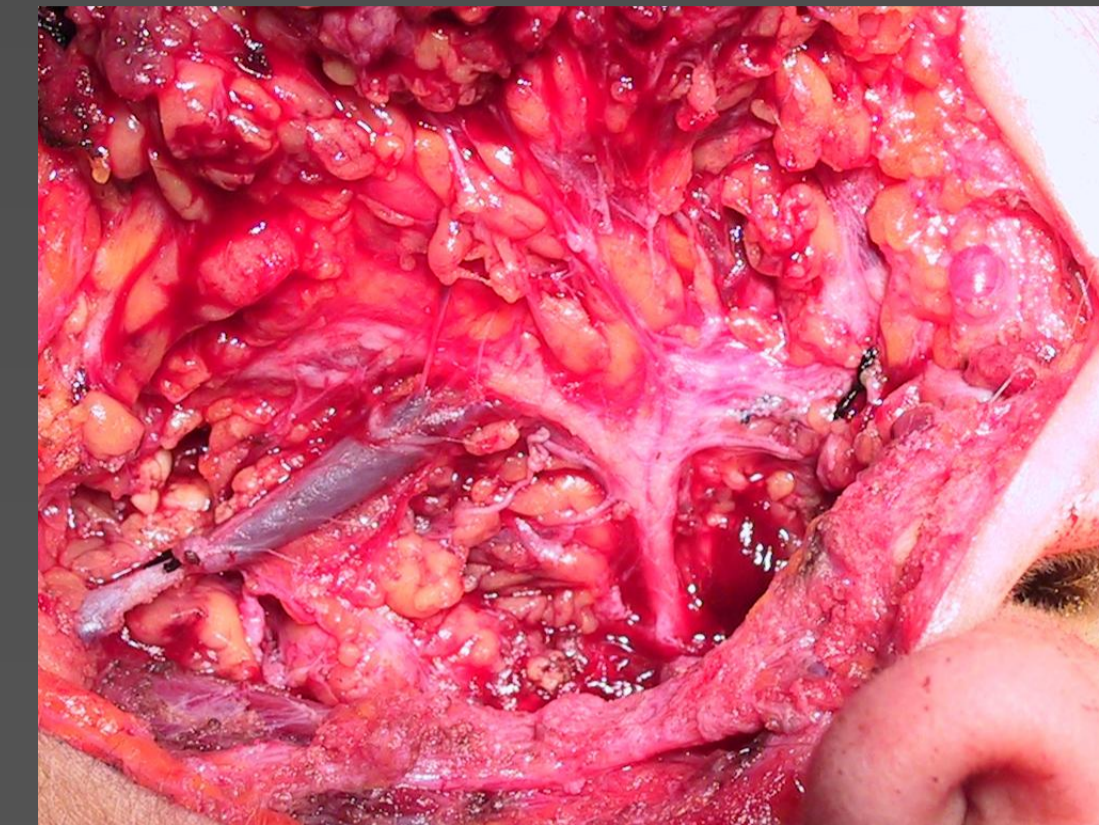
En la exploración física se palpa una lesión parotídea izquierda de 3 x 3 cm en la región pre auricular, de consistencia firme, móvil, no dolorosa a la palpación, sin cambios en la piel suprayacente. La movilidad de los músculos faciales se encuentra íntegra.

En el estudio de tomografía computarizada contrastada de cuello se observa una lesión quística, aparentemente tabicada en el parénquima parotídeo, sin afección del lóbulo profundo.

Debido a las características quísticas de la lesión, se decide no realizar BAAF. Se ofrece tratamiento mediante parotidectomía superficial. El reporte histopatológico definitivo es de adenoma sebáceo.

El paciente evolucionó satisfactoriamente sin afección en la movilidad facial.

Adenoma Sebáceo



Parotidectomía Superficial Izquierda Detalle de Nervio Facial

Carcinoma Ductal. Paciente femenino de 59 años de edad presentando aumento de volumen progresivo en región infraauricular derecha con un mes de evolución, sin síntomas acompañantes. La exploración física revela un tumor parotídeo de 3 x 3 cm, de consistencia firme, no doloroso a la palpación. Mímica facial conservada.

El estudio de imagen mediante tomografía computarizada contrastada muestra una lesión hiperdensa en el parénquima parotídeo derecho de 3 x 3 cm, bien definida, sin involucro del lóbulo profundo. La paciente no acepta la realización de BAAF por lo que se somete a parotidectomía superficial.

El reporte histopatológico de carcinoma intraductal de bajo grado sin tumor en bordes quirúrgicos, se presenta dicha lesión en el 30% del total de los conductos, la lesión quística corresponde a un conducto neoplásico con borde quirúrgico negativo.

Debido a los reportes en la literatura de la agresividad de dichas lesiones, se decide completar la parotidectomía, esperando un mes para la realización de la misma.

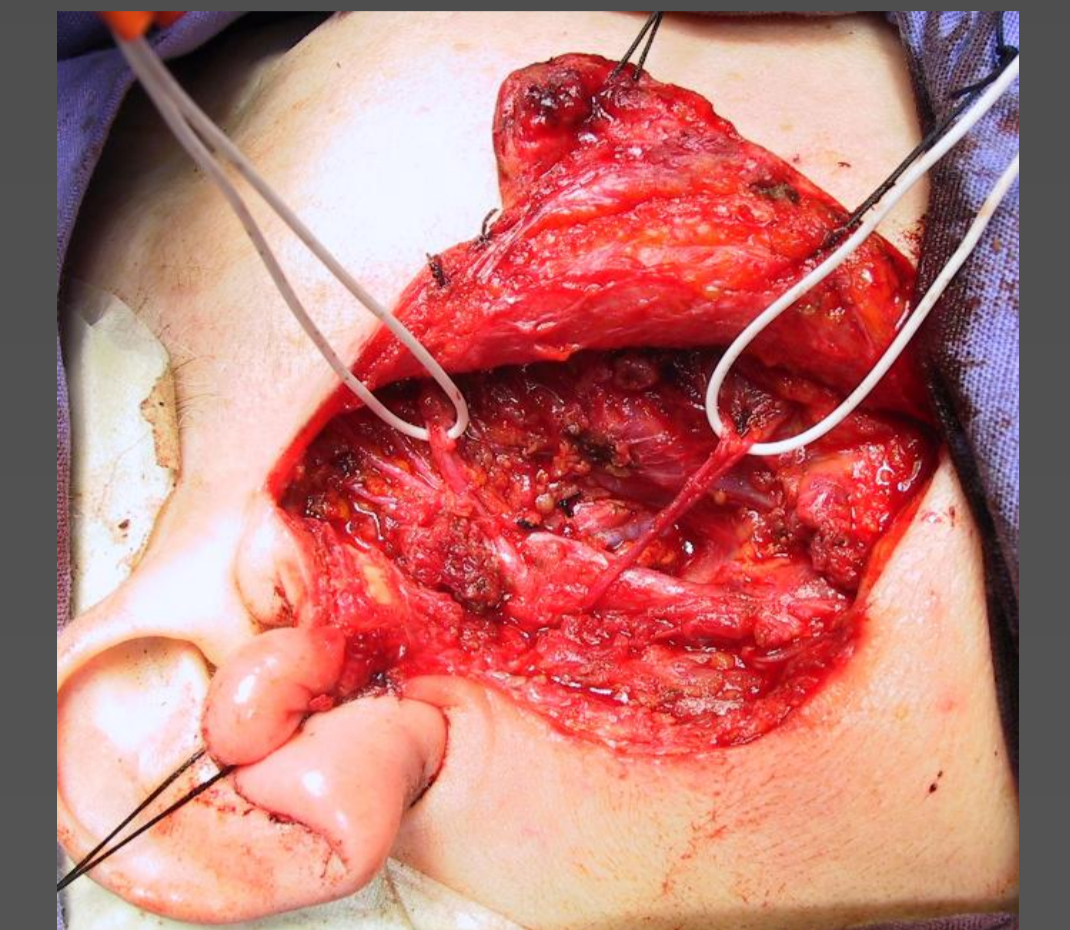
El reporte histopatológico de la reintervención para completar parotidectomía total es de sialoadenitis crónica, fibrosis extensa y necrosis grasa con inflamación crónica granulomatosa de tipo cuerpo extraño (postquirúrgica).

La paciente evolucionó satisfactoriamente sin afección en la movilidad facial.

Se revisó el caso en conjunto con el Servicio de Oncología concluyendo que no requiere radioterapia adyuvante.

Se ha mantenido libre de enfermedad local, regional y a distancia a 3 años de seguimiento.

Carcinoma Ductal



Reintervención para Completar Parotidectomía Total Derecha. Manipulación del Nervio Facial



TC, Corte Axial , Control Postquirúrgico. Carcinoma Ductal

Discusión.

Es importante conocer las variantes histopatológicas de las lesiones parotídeas, presentamos dos casos con lesiones parotídeas con manifestaciones clínicas similares. Los estudios de imagen, especialmente la tomografía computarizada con medio de contraste es útil para definir la extensión de la lesión y así poder planear la resección quirúrgica. Sin embargo, solo el estudio histopatológico definitivo puede determinar el diagnóstico de certeza y en consecuencia determinar si la resección quirúrgica ha sido suficiente o se requerirá algún tratamiento complementario quirúrgico o no quirúrgico.

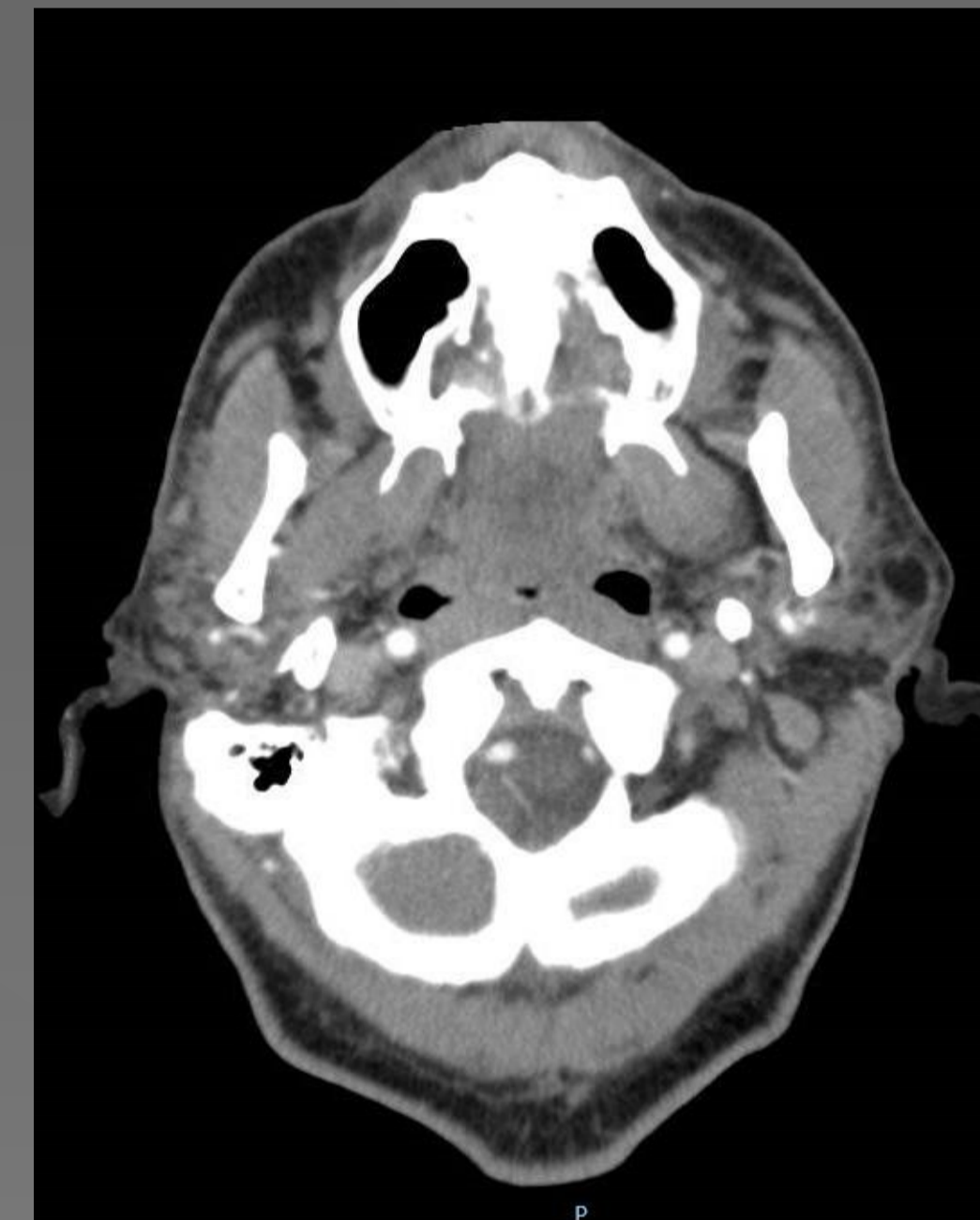
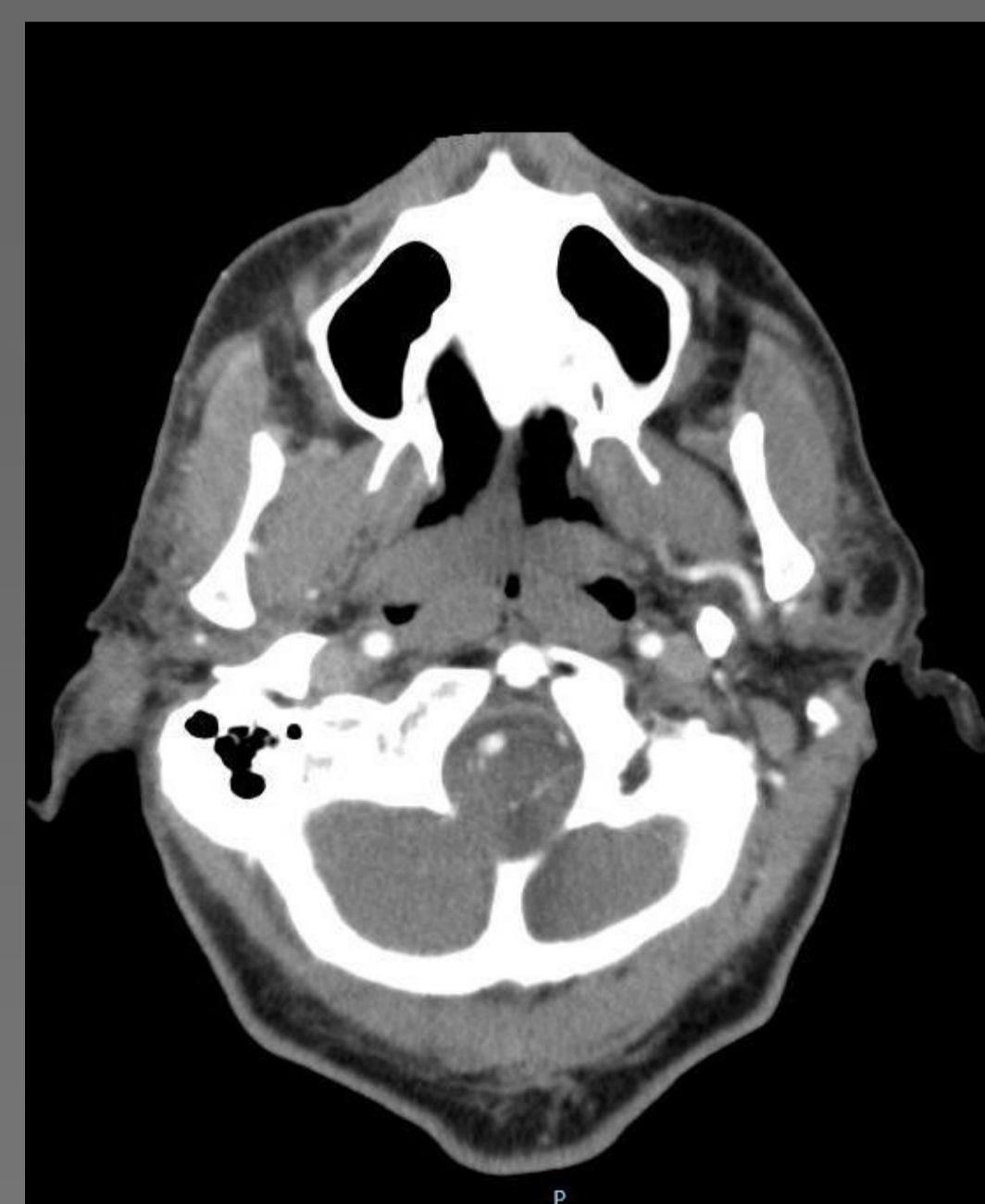
La mayoría de las lesiones parotídeas son reseçadas mediante parotidectomía superficial, sin embargo, el cirujano debe de estar preparado para realizar una parotidectomía total, respetando el nervio facial, cuando el caso así lo requiera.

Conclusión.

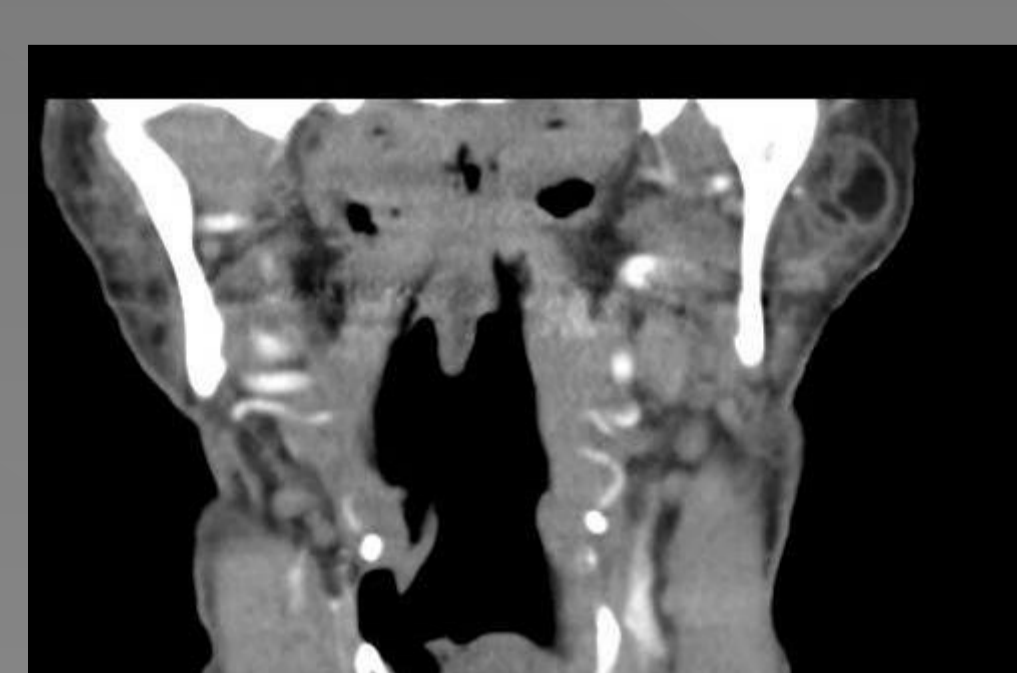
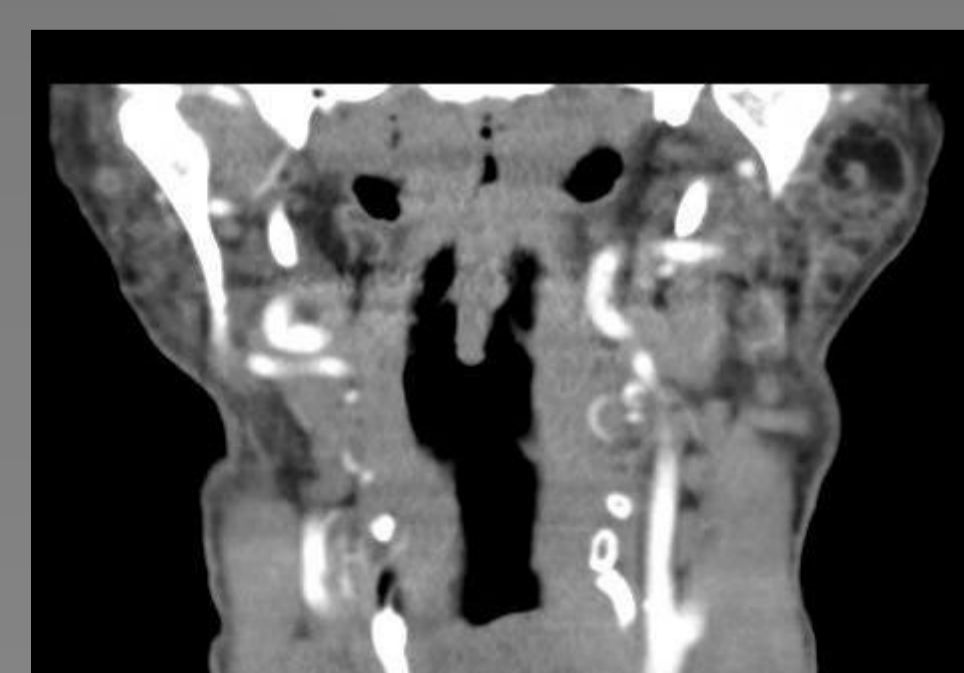
Las lesiones parotídeas requieren un estudio y manejo adecuado para el control de la enfermedad. La disección cuidadosa del nervio facial es punto medular en la cirugía de esta región para conservar su funcionalidad.

Bibliografía.

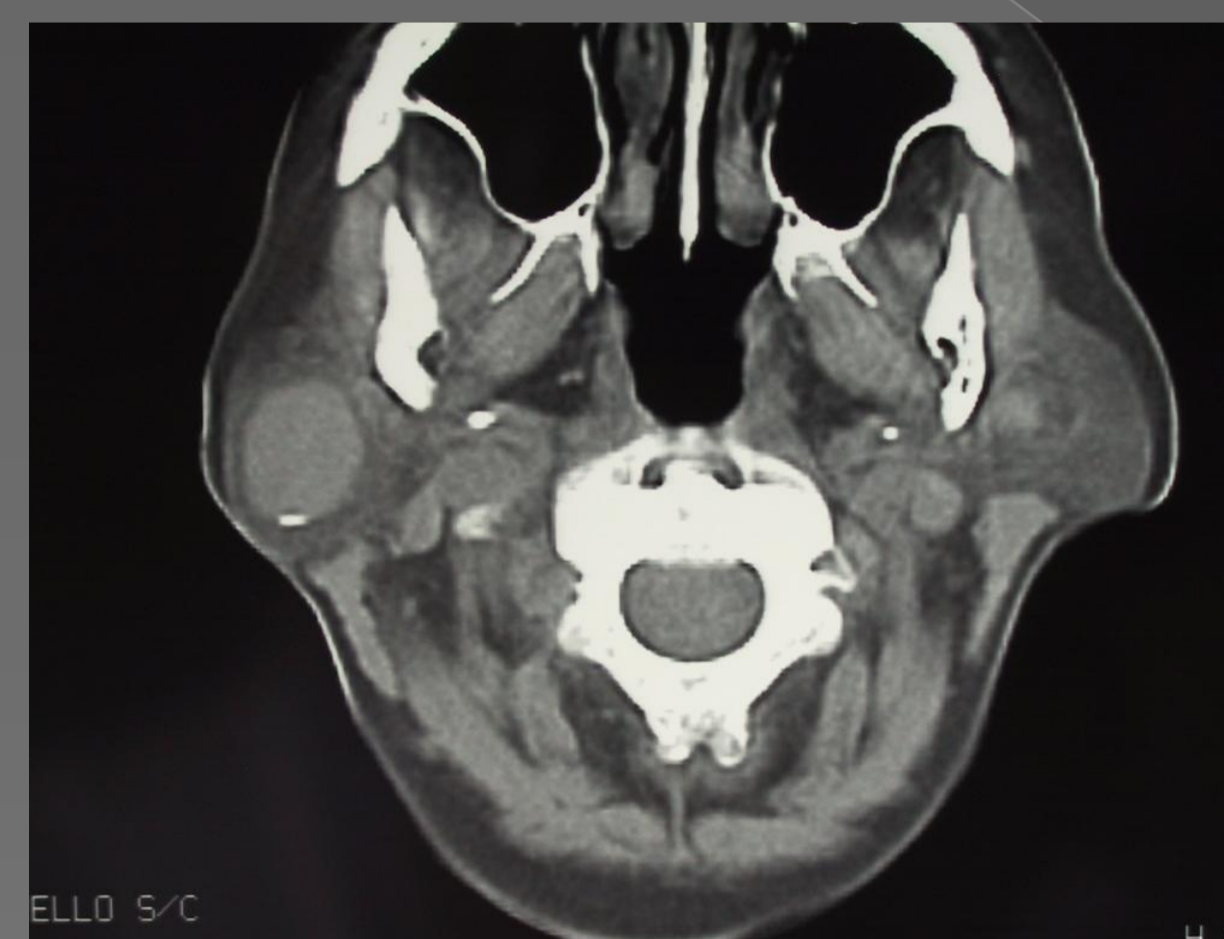
- Sunwoo J. Malignant Neoplasms of the Salivary Glands. In: Cummings Ch. W. Otolaryngology Head and Neck Surgery, Fifth edition, Philadelphia, PA. Elsevier; 2010
- Calzada G. Benign Neoplasms of the Salivary Glands. In: Cummings Ch. W. Otolaryngology Head and Neck Surgery, Fifth edition, Philadelphia, PA. Elsevier; 2010
- Gnepp D.R.. My Journey into the World of Salivary Gland Sebaceous. Head and Neck Pathol 2012; 6:101-110
- Hyung K, Sun K, et al. Postoperative radiotherapy in salivary ductal carcinoma: a single institution experience. Radiat Oncol J 2014;32(3):125-131
- Simpson R. Salivary duct carcinoma. Pathology (2014), 46(52)
- Shule X, Hongyu Y, et al. Salivary duct carcinoma of the parotid gland: A case report and review of the literatura. Oncology Letters 2015; 9: 371-374
- Campos-Gómez S, Flores-Arredondo J. Case report: anti-hormonal therapy in the treatment of ductal carcinoma of the parotid gland. BMC Cancer 2014, 14:7
- Vicente Rodríguez J, Fresno M. Sebaceous adenoma of the parotid gland. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11: E446-8.



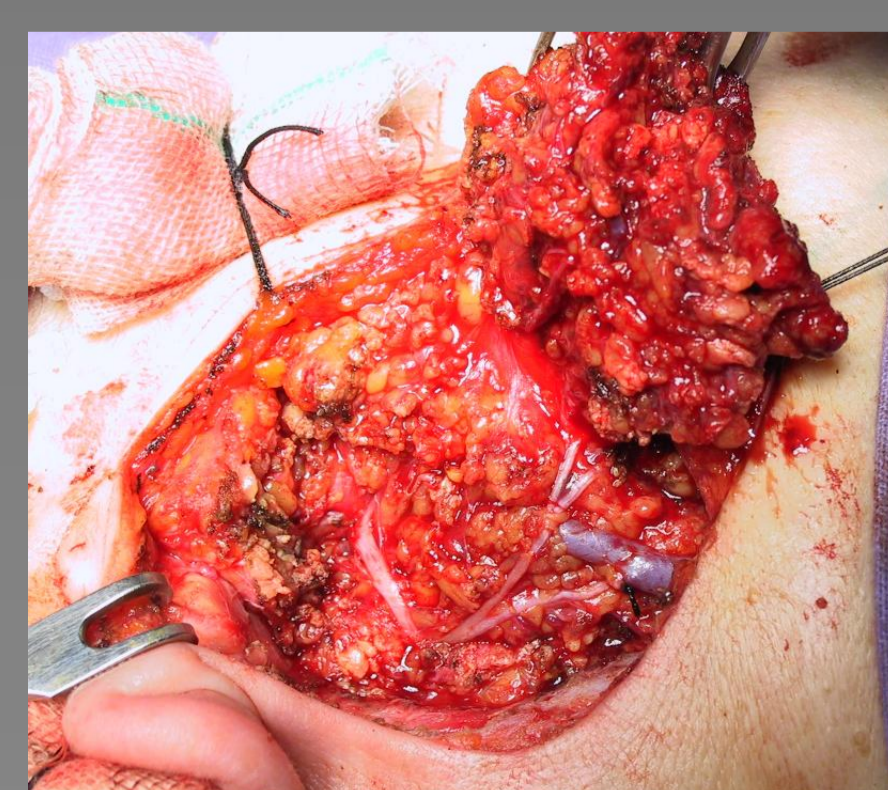
TC, Corte Axial , Lesión Hipodensa Parotídea. Adenoma Sebáceo



TC, Corte Coronal , Lesión Hipodensa Parotídea. Adenoma Sebáceo



TC, Corte Axial , Lesión Hiperdensa Parotídea. Carcinoma Ductal



Parotidectomía Superficial y Producto de Resección con Lesión Quística. Carcinoma Ductal