

Carcinoma Intraductal de Glándula Parótida. Reporte de un Caso en Chile

Intraductal Parotid Gland Carcinoma. Case Report in Chile

Humeres Sigala Carlos¹; Mancilla Sierpe Edgardo²; Vidal Gill Sergio²;
Kratc Botero Renata³; Sepúlveda Arcuch Verónica⁴ & Herrera Ochoa Alejandra⁵

HUMERES, S. C.; MANCILLA, S. E.; VIDAL, G. S.; KRATC, B. R.; SEPÚLVEDA, A. V. & HERRERA, O. A. Carcinoma intraductal de glándula parótida. Reporte de un caso en Chile. *Int. J. Odontostomat.*, 16(4):597-601, 2022.

RESUMEN: El carcinoma intraductal es una neoplasia maligna de glándulas salivales infrecuente, la cual se caracteriza por un crecimiento predominantemente intraductal, cuyas células poseen un fenotipo con características ductales. Histológicamente se encuentra compuesto por múltiples estructuras quísticas, con arquitectura cribiforme y proliferación celular con fenestraciones flexibles y una apariencia reticular irregular. Se presenta el caso de una paciente, género femenino, de 67 años, con antecedentes de artritis reumatoidea y una neoplasia intraepitelial tratada (NIE I), que consulta en el policlínico de cirugía del Hospital Regional Antofagasta en el año 2017 por aumento de volumen de consistencia firme, en área de glándula parótida izquierda, de aproximadamente un año de evolución, con dolor de intensidad moderada. Mediante pruebas inmunohistoquímicas se logra confirmar el diagnóstico de carcinoma intraductal de parótida.

PALABRAS CLAVE: carcinoma intraductal, carcinoma ductal, cistoadenocarcinoma cribiforme.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma intraductal es una neoplasia maligna rara, la cual clínicamente se puede apreciar como una tumoración de crecimiento lento, generalmente asintomático (Brandwein-Gensler *et al.*, 2004). Histológicamente se encuentra caracterizada por una proliferación predominantemente intraductal con un fenotipo de células ductales y un comportamiento clínico favorable (Chen *et al.*, 2000). Distintos autores a través del tiempo han descrito que posee una apariencia similar a la hiperplasia ductal atípica en el carcinoma intraductal de bajo grado en la glándula mamaria. En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adopta el término “Cistoadenocarcinoma cribiforme” que se consideraba una variante del Cistoadenocarcinoma, sin embargo, este término generaba cierta controversia en la taxonomía en las neoplasias de glándulas salivales. (Kuo *et al.*, 2013)

REPORTE DEL CASO

Paciente de género femenino de 67 años fue atendida en el policlínico de cirugía del Hospital Regional Antofagasta, Chile en el año 2017, por aumento de volumen de consistencia firme en zona de glándula parótida izquierda, de aproximadamente un año de evolución con dolor de intensidad moderada. La paciente relató antecedentes mórbidos de artritis reumatoide y una neoplasia intraepitelial tratada (NIE I). No presentaba antecedentes familiares relevantes.

Al examen físico general no presentaba alteraciones. En el examen segmentario presentaba aumento de volumen en glándula parótida izquierda, de consistencia firme, fija a planos profundos de aproximadamente 6 cm de diámetro mayor (Fig. 1). Se solicitaron exámenes complementarios: biopsia incisional, tomografía computarizada de cuello y tórax.

¹ Especialista en Patología Buco Máxilofacial, Hospital Regional Antofagasta, Antofagasta, Chile.

² Especialista en Anatomía-Patológica, Hospital Regional Antofagasta, Antofagasta, Chile.

³ Especialista en Radiología, Hospital Regional Antofagasta, Antofagasta, Chile.

⁴ Oncóloga-Radioterapeuta, Centro Oncológico del Norte, Antofagasta, Chile.

⁵ Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.



Fig. 1. Parótida izquierda.

Se establecieron como posibles diagnósticos: Tumor de glándulas salivales, carcinoma mucoepidermoide y adenocarcinoma.

Angiografía de Cuello: Se observó gran masa predominantemente sólida a nivel del espacio parotídeo izquierdo que se extendía anterior y medialmente, llegando a comprometer el espacio parafaríngeo izquierdo, e inclusión de espacio masticador izquierdo. Medía en su totalidad máxima 5,9 x 5,7 cm transversal y anteroposterior. Posterior a la administración de contraste endovenoso, realza a manera multilocular con múltiples áreas de menor densidad en su interior en relación a probables áreas de necrosis central o degeneración quística. También presentaba calcificaciones gruesas dispersas con predominio de su componente más medial eran irregulares (Figs. 2 y 3).

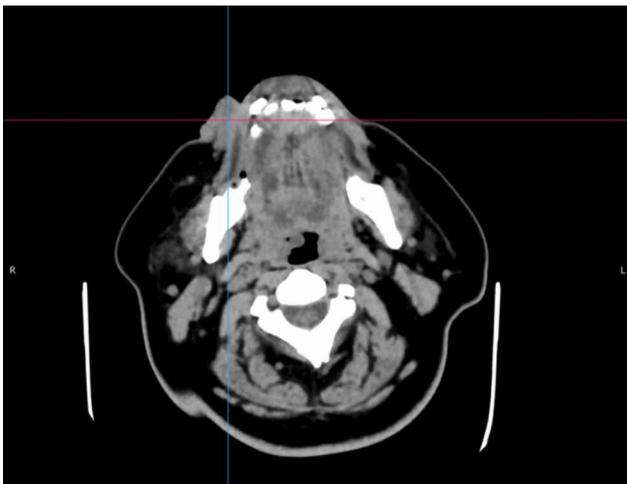


Fig. 2. Masa sólida a nivel del espacio parotídeo izquierdo.

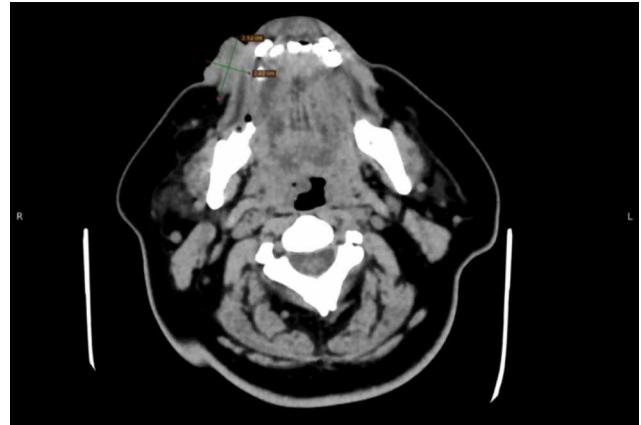


Fig. 3. Masa sólida de 5,9 x 5,7 cm transversal y anteroposterior.

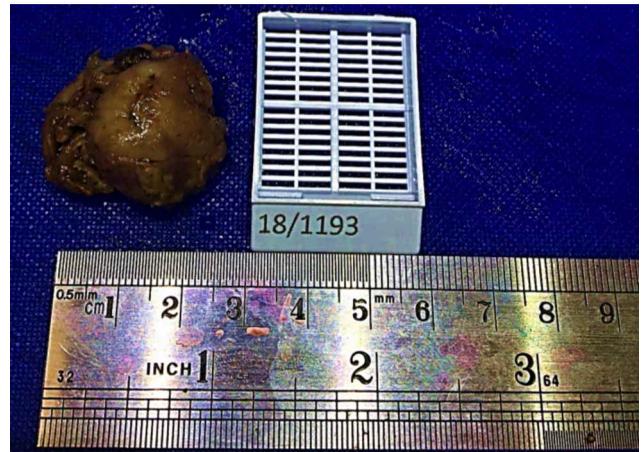


Fig. 4. Fragmento parotídeo ovoideo de 3 x 2,8 x 1,5 cm; color café/parduzco, consistencia firme.

El estudio histopatológico de biopsia incisional describió a nivel macroscópico fragmento parotídeo ovoideo, de 3 x 2,8 x 1,5 cm, color café/parduzco, consistencia firme: Se apreció un margen con solución de continuidad, superficie irregular (Fig. 4). A nivel microscópico se apreció una neoplasia glandular de morfología quística con hiperplasia intraluminal con pérdida de la organización y presencia de células hiper cromáticas en estratos basales (Fig. 5). Presentaba células de tamaño mediano con citoplasma eosinófilo, oncocitoide y mitosis atípica. Su arquitectura era denudada, presentando una cápsula fibrosa sin presencia de invasión en estroma. Llamaba la atención en el tejido conectivo fibrovascular la presencia de islas compuestas por células pequeñas cuboidales de núcleos angulares, algunas hiper cromáticas en conjunto con células mioepiteliales, formando en ocasiones estructuras pseudo-ductales (Fig. 6). Además, presentaba agujas de colesterol (Fig. 7) con el siguiente estudio inmunohistoquímico (Tabla I; Figs. 9 y 10).

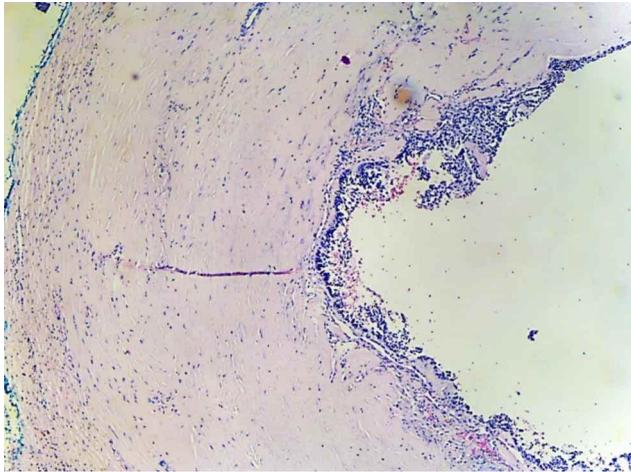


Fig. 5. Morfología quística con hiperplasia intraluminal con pérdida de la organización y presencia de células hiper cromáticas en estratos basales. H/E. 4X.

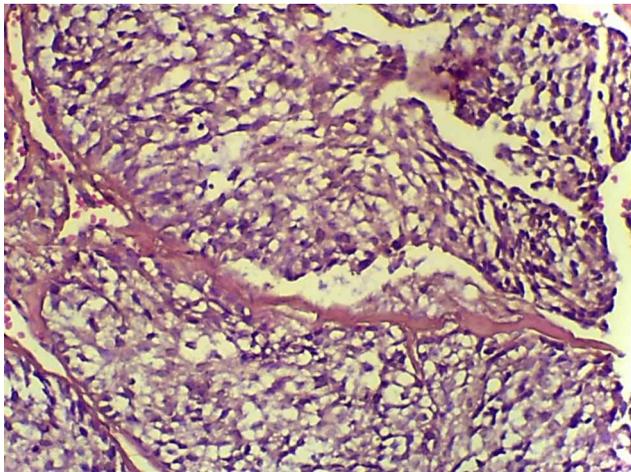


Fig. 6. Tejido conectivo fibrovascular presenta islas compuestas por células pequeñas cuboidales de núcleos angulares. Mucicarmin. 20X

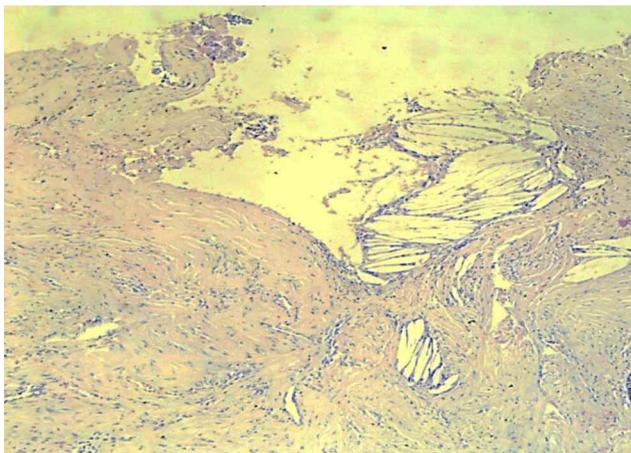


Fig. 7. Agujas de colesterol H/E. 10X.

Tabla I. Estudio inmunohistoquímico.

Anticuerpo	Positivo/Negativo
p63	Positivo
CK7	Positivo
CK19	Positivo
c-Kit	Positivo
S100	Positivo de manera escasa
Ki67	Positivo sólo cerca del 40% de las células neoplásica
CK20	Negativo
HER2	Negativo
GFAP	Negativo
Muscle Specific Actin (MSA, ACTIN, HHF-35)	Negativo
Estrogen receptor (ER) and Progesterone receptor (PR)	Negativo

Se concluye diagnóstico de carcinoma ductal de alto grado. Los antecedentes médicos de la paciente fueron discutidos en comité de tumores de cabeza y cuello, estableciéndose su irsecabilidad. La paciente fue derivada al Servicio de Oncología lugar donde recibió tratamiento con Radioterapia Radical con intención curativa. Presentó respuesta imagenológica parcial estable por 3 años, evidenciándose posteriormente una recidiva local (Fig. 8).



Fig. 8. Recidiva de tumoración año 2021 con limitación de apertura de la cavidad oral.

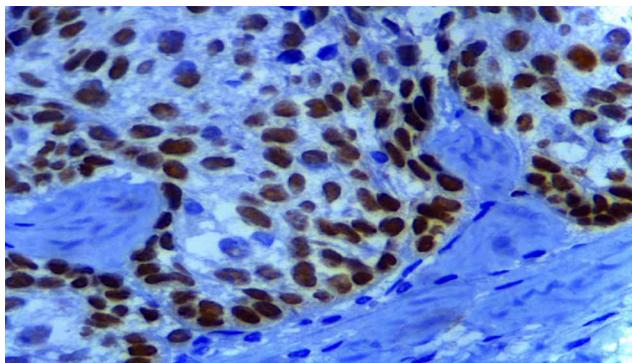


Fig. 9. P63: Marcador de núcleo de células que envuelven los ductos y quistes. Inmunomarcación P63 positiva. 40X.

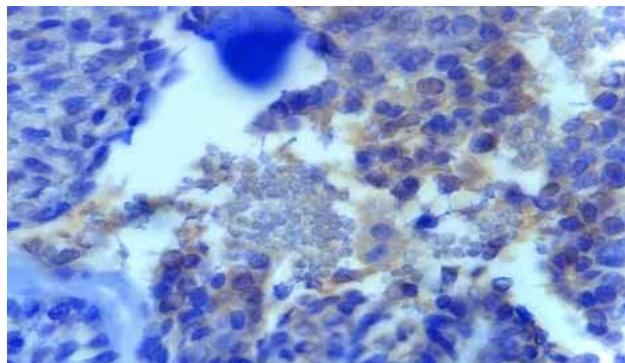


Fig. 10. CK7 Y CK19: Marcadores de antígeno de membrana epitelial de células neoplásicas de fenotipo ductal. Inmunomarcación CK7 y CK19 positiva. 40X.

Tabla II. Comparación de estudios inmunohistoquímicos de Carcinoma de conductos salivales.

Anticuerpo o antígeno	% Positivo del caso de referencia	% Positivo del caso de estudio
P63	100	100
CK7	100	100
CK19	100	100
CK20	0	0
S-100	84.61	--
ER	14.29	0
PR	14.29	0

DISCUSIÓN

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica esta neoplasia en la categoría de tumores de las glándulas salivales como tumor maligno, debido a que se caracteriza por proliferaciones intraquísticas / intraductales de células epiteliales neoplásicas (Kusafuka *et al.*, 2010). Se ha descrito que este tumor se diagnostica más frecuentemente en adultos desde los 27-93 años, con una vida media de 62.5 respectivamente con una predilección femenina de 1.5:1, además se presenta en parótida en un 8,.6% (Kuo *et al.*, 2013).

Esta neoplasia se caracteriza por una presentación clínica inicial de crecimiento relativamente rápido, asociada generalmente a parálisis facial y linfadenopatía; y a medida que se desarrolla el tumor se ve en el sector anterior generalmente en pacientes de raza negra (El-Naggar *et al.*, 2017). Para el caso reportado, los hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos apoyan el diagnóstico de un carcinoma intraductal de alto grado (Delgado *et al.*, 1996), donde al ser una tumorectomía parcial no se pueden

descartar otros diagnósticos diferenciales como: cistoadenoma, cistoadenocarcinoma, carcinoma intraductal de bajo grado y carcinoma de células acínicas variante quística/papilar (Laco *et al.*, 2010).

Con respecto al estudio inmunohistoquímico recopilando datos de otros estudios se ven los siguientes resultados de los marcadores en comparación con los del estudio actual (Tabla II). (Giovacchini *et al.*, 2019).

Se rescata de la Tabla II que los marcadores P63, CK7, CK19 y S100 presentan una igualdad en el porcentaje de los resultados. (Fig. 9)

La causa de este carcinoma todavía es incierta, son tumores raros, con datos epidemiológicos insuficientes (El-Naggar *et al.*, 2017).

Finalmente, los pacientes que son sometidos a resección quirúrgica mediante parotidectomía superficial o total, resección submandibular o escisión local amplia, además de la adición de Radioterapia (RT) adyuvante, pareciera mejorar la sobrevida (Kuo *et al.*, 2013). Es relevante destacar que este carcinoma posee un carácter agresivo, a pesar de ello presenta un buen pronóstico con una tasa de sobrevida de 65% a los 5 años (Woo *et al.*, 2012).

Concluimos la presentación de un caso de una neoplasia maligna de glándula salival mayor, infrecuente, destacando que los tumores malignos de glándulas salivales representan un inmenso desafío diagnóstico para el estudio histopatológico, donde las pruebas inmunohistoquímicas y los mismos reportes de casos clínicos ayudan a poder diagnosticar a nuestros pacientes de la mejor manera. Así mismo, la dis-

cusión de estos casos con el equipo oncológico de cabeza y cuello juega un rol vital para tomar la mejor opción terapéutica en el contexto de atención bio-psico-social de nuestros pacientes.

HUMERES, S. C.; MANCILLA, S. E.; VIDAL, G. S.; KRATC, B. R.; SEPÚLVEDA, A. V. & HERRERA, O. A. Intraductal parotid gland carcinoma. Case report in Chile. *Int. J. Odontostomat.*, 16(4):597-601, 2022.

ABSTRACT: Intraductal carcinoma is a rare malignant neoplasm of the salivary glands characterized by predominantly intraductal growth, isolated cells a phenotype with ductal characteristics. Histologically, it is composed of multiple cystic structures, with cribriform architecture and cell proliferation which can present floppy fenestrations and an irregular slits appearance. We present the case of a 67-year-old female patient with a history of rheumatoid arthritis and a treated intraepithelial neoplasm (NIE I), who consulted at the surgery polyclinic of the Hospital Regional Antofagasta in 2017 for increased volume of firm consistency, in the left parotid gland area, approximately one year in evolution, with pain of moderate intensity. Immunohistochemical tests confirm the diagnosis of intraductal parotid carcinoma.

KEY WORDS: Intraductal carcinoma, ductal carcinoma, cribriform cystadenocarcinoma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brandwein-Gensler, M.; Hille, J.; Wang, B. Y.; Urken, M.; Gordon, R.; Wang, L. J.; Simpson, J. R.; Simpson, R. H. & Gnepp, D. R. Low-grade salivary duct carcinoma: description of 16 cases. *Am. J. Surg. Pathol.*, 28(8):1040-4, 2004.
- Chen K. T. Cytology of salivary duct carcinoma. *Diagn. Cytopathol.*, 22(2):132-5, 2000.
- Delgado, R.; Klimstra, D. & Albores-Saavedra, J. Low grade salivary duct carcinoma. A distinctive variant with a low grade histology and a predominant intraductal growth pattern. *Cancer*, 78(5):958-67, 1996.
- El-Naggar, A. K.; Chan, J. K. C.; Takata, T.; Grandis, J. R. & Slootweg, P. J. The fourth edition of the head and neck World Health Organization blue book: editors' perspectives. *Hum. Pathol.*, 66:10-12, 2017.
- Giovacchini, F.; Bensi, C.; Belli, S.; Laurenti, M. E.; Mandarano, M.; Paradiso, D.; Giansanti, M. & Tullio, A. Low-grade intraductal carcinoma of salivary glands: A systematic review of this rare entity. *J. Oral Biol. Craniofac. Res.*, 9(1):96-110, 2019.
- Kuo, Y. J. M.; Weinreb, I. & Perez-Ordóñez, B. Low-grade salivary duct carcinoma or low-grade intraductal carcinoma? Review of the literature. *Head Neck Pathol.*, 7 Suppl. 1(Suppl. 1):S59-67, 2013.
- Kusafuka, K.; Itoh, H.; Sugiyama, C. & Nakajima, T. Low-grade salivary duct carcinoma of the parotid gland: report of a case with immunohistochemical analysis. *Med. Mol. Morphol.*, 43(3):178-84, 2010.
- Laco, J.; Podhola, M. & Dolezalova, H. Low-grade cribriform cystadenocarcinoma of the parotid gland: a neoplasm with favo-

nable prognosis, distinct from salivary duct carcinoma. *Int. J. Surg. Pathol.*, 18(5):369-73, 2010.

Woo, S. B. *Oral Pathology: A Comprehensive Atlas and Text*. Filadelfia, Saunders, Elsevier Health Sciences, 2012. pp. 345.

Dirección para correspondencia:
Carlos Humeres Sigala
Hospital Regional Antofagasta
Azapa 5395
Edificio CDT
Unidad de Anatomía Patológica
Antofagasta
CHILE

E-mail: chumeres@gmail.com