

Caso inusual de nódulo parotídeo: Carcinoma de células pequeñas

Small-cell carcinoma of the parotid gland

Julio Rama-López • Fernanda A Muñoz-Proto • Marta Valero-Camps • Juan José Torres-Rovira

RESUMIO

Los carcinomas de células pequeñas representan menos del 1% de los tumores malignos de glándulas salivares. Al tratarse de casos muy raros no existe un consenso sobre el tratamiento y epidemiología de estos tumores. Paciente mujer de 78 años con tumoración parotídea izquierda de 1 mes de evolución. PAAF compatible con carcinoma y TAC cervical donde además del nódulo parotídeo se observaba adenopatía cervical ipsilateral con centro necrótico. Tras parotidectomía superficial y vaciamiento cervical funcional izquierdo, el estudio anatomopatológico definitivo mostró carcinoma de células pequeñas con metástasis cervical ipsilateral. El estudio se completo descartando cualquier otro tumor microcítico primario.

Palavras-chave: parótida; carcinoma células pequeñas; parotidectomía; vaciamiento cervical.

ABSTRACT

Small cell carcinomas represent less than 1% of salivary gland malignant tumors.

Because these are very rare cases, there is no consensus about the epidemiology and treatment. A 78 years old female was referred because of a one-month history of a left parotid gland mass. Computed tomography (CT) demonstrated parotid mass in association with a pathological cervical lymphadenopathy. Fine Needle Aspiration (FNA) showed carcinoma. After superficial parotidectomy and functional neck dissection, the final pathology report evidenced small cell carcinoma with neck metastasis. Another primary tumor origin was ruled out and it was concluded that it was a primary small cell carcinoma of the parotid gland.

Keywords: Small Cell Carcinoma; Parotid; salivary gland.

CASO CLÍNICO

Mujer de 74 años de edad, diabética, fumadora de 20 cigarrillos/día que acude a consulta derivada por su médico de cabecera por presentar nódulo parotídeo de 2 meses de evolución. No refería ningún otro síntoma asociado.

A la exploración física presentaba nódulo parotídeo izquierdo de aproximadamente 2cm en cola de parótida, de consistencia dura y fijo a planos profundos. Resto de la exploración ORL, incluida función VII par, nasofibrolaringoscopia y palpación cervical normal.

Se solicitaron PAAF de la lesión y TAC cervical.

En la TAC se aprecia nódulo parotideo heterogéneo de 2x1 cm y adenopatía cervical con centro necrótico en área II.

La PAAF es compatible con tumor maligno de características anaplásicas.

Con este resultado se decide completar estudio de extensión mediante realización de PET-TAC en el que se visualiza captación de características patológicas en el nódulo parotideo y adenopatía cervical sin otra extensión a distancia (Figura 1).

Presentado en Comité Oncológico de Cabeza y Cuello se decide realización de parotidectomía superficial izquierda y vaciamiento cervical funcional ipsilateral.

El estudio anatomopatológico definitivo diagnosticó carcinoma de células pequeñas con metástasis regional cervical en un ganglio.

El tumor expresaba el marcador neuroendocrino

Julio Rama-López

Servicio Otorrinolaringología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

Fernanda A Muñoz-Proto

Servicio Otorrinolaringología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

Marta Valero-Camps

Servicio Medicina Nuclear, Clínica Rotger, Palma de Mallorca, España

Juan José Torres-Rovira

Servicio Anatomía Patológica, Clínica Juaneda, Palma de Mallorca, España

Correspondencia:

Julio Rama López

julioramalopez@hotmail.com

+34871205363

Servicio Otorrinolaringología, Hospital Universitario Son Espases,

Carretera Valldemosa, 79.

07010 Palma de Mallorca, Illes Balears, España

Artigo recebido a 16 de Setembro de 2016. Aceite para publicação a 09 de Março de 2017.

FIGURA 1

Corte axial de PET-TAC donde se observa captación en nódulo parotídeo izquierdo.

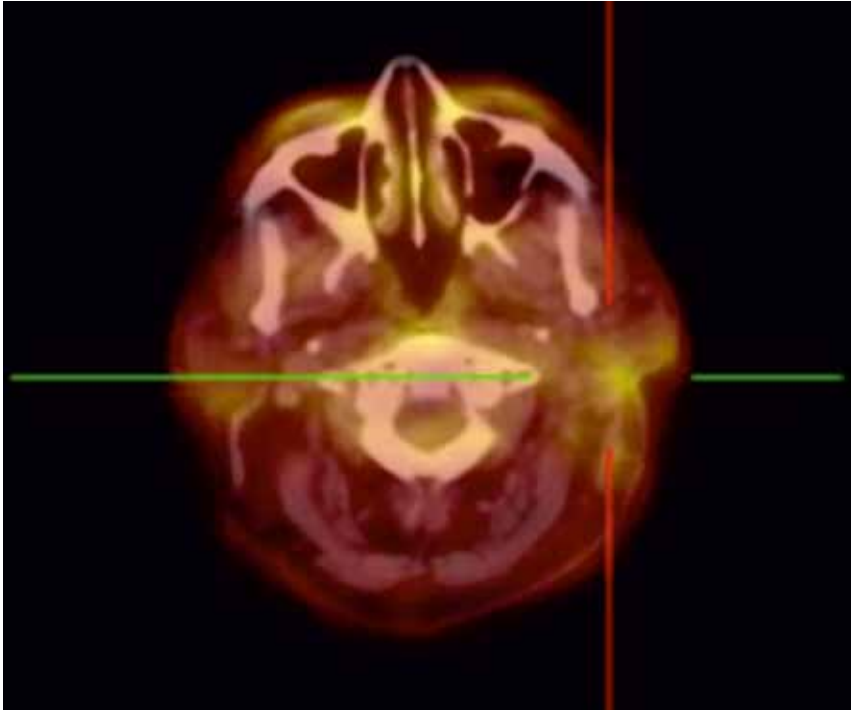
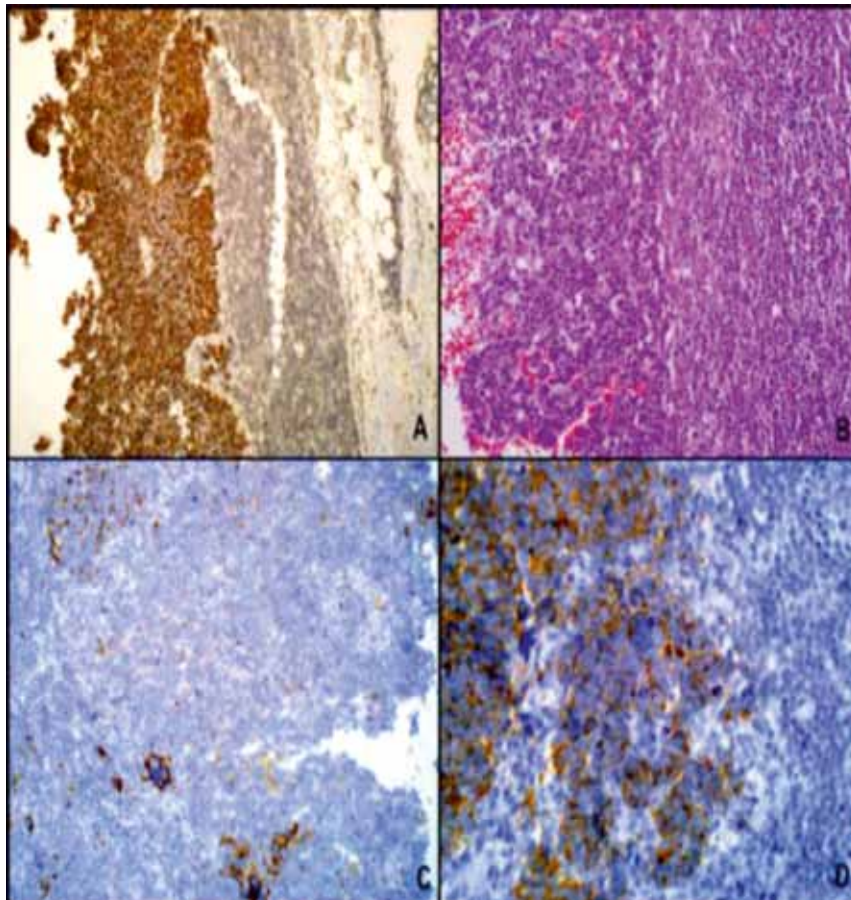


FIGURA 2

Inmunohistoquímica: Expresión de citokeratinas (A), hematoxilina eosina (B), y cromogranina (C y D).



cromogranina y citoqueratinas AE1/AE3; siendo la inmunohistoquímica negativa para HMB-45, CK7 y TTF-1 (Figura 2).

Ante lo poco frecuente del caso se solicitó valoración por Neumología y Dermatología que descartaron otro origen; por lo que fue diagnosticada de carcinoma de células pequeñas primario de parótida.

La paciente rechazó posibilidad de tratamientos complementarios.

Tras 18 meses de seguimiento la paciente se encuentra libre de enfermedad.

DISCUSIÓN

Los carcinomas de células pequeñas (oat-cell) son tumores malignos que aparecen con frecuencia en los pulmones. Se comportan de manera agresiva con infiltración local importante y capacidad de invasión angiolinfática y perineural temprana por lo que se asocia con metástasis regionales y a distancia de manera frecuente.⁽¹⁻³⁾

La localización más común en el área ORL es la laringe; aunque se ha descrito también en senos paranasales, glándulas salivares, faringe, tráquea y tiroides.

En las glándulas salivares son muy poco frecuentes; se trata de tumores malignos de estirpe epitelial caracterizados por proliferación de pequeñas células anaplásicas con citoplasma escaso. Suponen menos del 1% de los tumores de glándulas salivares⁽²⁾.

La forma de presentación más común, al igual que nuestro caso, es una masa parotídea indolora. Más del 50% de los casos presentan adenopatías cervicales⁽⁴⁻⁷⁾. Durante el proceso diagnóstico, debido a su muy baja frecuencia, es imprescindible descartar orígenes primarios diferentes como piel y pulmón, ya que puede tratarse de metástasis en área ORL de otra procedencia⁽⁴⁾. En este proceso actualmente juega un papel importante la utilización de la PET-TAC.

El diagnóstico de certeza viene determinado por la inmunohistoquímica. En la mayoría de casos como el de esta paciente expresan marcadores neuroendocrinos como cromogranina y sinaptofisina así como CD57, CD 56 y neurofilamentos⁽¹⁻¹⁰⁾. La mayoría son positivos para citoqueratinas en un patrón perinuclear y a diferencia del carcinoma pulmonar pero al igual que el carcinoma de Merkel cutáneo pueden ser CK20 positivos⁽⁴⁾. Los carcinomas de células pequeñas son negativos para S-100 y HMB45.

Debido al muy escaso número de casos que afectan a la glándula parótida no existe consenso acerca de protocolos de tratamiento. Generalmente el mejor tratamiento consiste en tratamiento quirúrgico locorregional y complementario con radioterapia; dejando la quimioterapia para casos con metástasis a distancia y recidivas⁽²⁾.

El pronóstico es mejor que los primarios de pulmón y que los de otras localizaciones ORL⁽⁵⁾.

La tasa de supervivencia a 5 años de pacientes con

carcinoma de células pequeñas de glándula salivar mayor es del 13 al 46%⁽⁴⁾. El factor pronóstico más importante parece ser el tamaño tumoral⁽¹⁰⁾.

Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Conflito de interesses

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Referências bibliográficas:

1. Gnepp DR, Corio RL, Brannon RB: Small cell carcinoma of the major salivary glands. *Cancer*, 1986, 58:705-714
2. Renner G: Small cell carcinoma of the head and neck: A review. *Semin Oncol*, 2007;34:3-14
3. Seifert G, Sobin LH: *Histological Typing of Salivary Gland Tumors*. World Health Organization International Histological Classification of Tumors (ed 5). New York, NY, Springer Verlag, 2005
4. Nagao T, Gaffey TA, Olsen KD, et al: Small cell carcinoma of the major salivary glands: Clinicopathologic study with emphasis on cytokeratin 20 immunoreactivity and clinical outcome. *Am J Surg Pathol*, 2004, 28:762-770
5. Hatoum GF1, Patton B, Takita C, Abdel-Wahab M, LaFave K, Weed D, Reis IM. Small cell carcinoma of the head and neck: the university of Miami experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2009, 74(2):477-81
6. Mineta H, Miura K, Takebayashi S, Araki K, Ueda Y, Harada H, Misawa K. Immunohistochemical analysis of small cell carcinoma of the head and neck: a report of four patients and a review of sixteen patients in the literature with ectopic hormone production. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 2001 110: 76-82
7. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D (Eds). *World Health Organization Classification of Tumours. Pathology & Genetics, Head and Neck Tumours*. IARC Press, Lyon 2005.
8. Galanis E, Frytak S, Lloyd RV: Extrapulmonary small cell carcinoma. *Cancer*, 1997, 79:1729-1736
9. G.L. Ellis, P.L. Auclair. *Atlas of Tumor Pathology 3rd series, Capítulo 17: Tumors of the Salivary Glands*, Armed Forces Institute of Pathology, Washington, DC, 1996, pp. 297-306
10. Hui KK, Luna MA, Batsakis JG, et al; Undifferentiated carcinomas of the major salivary glands. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1990, 69:76-83.