

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios.
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada
Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Correspondencia: revistaorl@revistaorl.com
web: www.revistaorl.com

Caso clínico

Metástasis parotídea como manifestación clínica inicial de tumor primario pulmonar

Metastasis parotid as pulmonary primary tumor initial clinical manifestation

María L. Hernández-De los Santos¹, José I. Benito-Orejas¹, María E. García-Lagarto², Eduardo Mena-Domínguez¹, Darío Morais-Pérez¹.

¹Servicio de ORL y PCF, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.

²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.

lomahe65@hotmail.com

Recibido: 21/07/2013

Aceptado: 05/08/2013

Publicado: 30/08/2013

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Referencia del artículo:

Hernández-De los Santos ML, Benito-Orejas JI, García-Lagarto ME, Mena-Domínguez E, Morais-Pérez D. Metástasis parotídea como manifestación clínica inicial de tumor primario pulmonar. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2013 Ago. 4 (15): 123-127.

Resumen	La localización metastásica en los ganglios parotídeos de un carcinoma bronquial como primera manifestación clínica, es muy infrecuente. Esta rareza y la importancia de realizar un diagnóstico correcto para conocer la evolución pronóstica y el procedimiento terapéutico, son los motivos que impulsaron la publicación de este caso clínico.
Palabras clave	Parótida; tumor de parótida; carcinoma de pulmón; cáncer metastásico.
Summary	Metastatic nodes parotid of a bronchial carcinoma as a first clinical manifestation, are very uncommon. This rarity and importance of a correct diagnosis to learn the evolution of prognostic and therapeutic procedure, are the reasons that prompted the publication of this clinical case.
Keywords	Parotid; parotid tumor; carcinoma lung; metastatic cancer.

Introducción

Los tumores que afectan a la glándula parótida son infrecuentes, representando del 1 al 4% de todos los de cabeza y cuello, siendo entre el 20 y el 30% tumoraciones malignas, de las que del 1 al 10% son de origen metastásico [1].

El carcinoma epidermoide primario constituye el 7% de los tumores malignos de la glándula, y ante este resultado anatómico-patológico deberemos pensar en un origen metastásico [2]. El 80% de las metástasis en parótida proceden de carcinomas epidermoides y melanomas de cabeza y cuello [3-5], que en el 40% de los casos se manifiestan inicialmente por una tumoración parotídea [3]. Esto se debe a que en los ganglios linfáticos de la parótida drena la linfa procedente de la piel de la cabeza y región posterior del cuello. Excepcionalmente, como en el caso clínico presentado, la metástasis a ganglios linfáticos parotídeos es la primera manifestación de una localización infraclavicular, como las vías aéreo-digestivas o el riñón [1, 2, 6].

Descripción

Varón de 74 años, sin antecedentes de interés y fumador habitual, que refiere la aparición de un bulto en el cuello de dos meses de evolución, sin otra sintomatología acompañante. En la región parotídea derecha se palpa una tumoración bilobulada de unos 3cm de diámetro, no dolorosa, de consistencia pétreo y móvil, sin afectación aparente del nervio facial. El resto de la exploración ORL es normal.

El estudio con tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia magnética (RM) (Figura 1) revela la presencia de seis lesiones nodulares en la glándula parótida derecha, con múltiples adenopatías en el espacio cervical posterior y en la cadena yugular del mismo lado. Mediante punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de los ganglios linfáticos parotídeos, se obtiene un informe citológico positivo para células malignas compatible con un carcinoma pobremente diferenciado, de posible etiología metastásica.



Figura 1. Corte coronal de RM cervical, en donde se observan varias imágenes nodulares en parótida derecha.

Descartado el origen cérvico-cefálico y ante la posibilidad de un tumor a distancia, se realiza una TAC toraco-abdominal que pone en evidencia una gran masa polilobulada de 76x76x63 mm, en el lóbulo inferior del pulmón derecho, acompañada de múltiples adenopatías (Figura 2).



Figura 2. Corte coronal de TAC torácico, que muestra una gran masa pulmonar, localizada en lóbulo inferior derecho.

Con el diagnóstico de carcinoma epidermoide primario de pulmón derecho en estadio IV, con metástasis ganglionares en región cervical y parotídea derecha, el Servicio de Oncología aconseja tratamiento con quimioterapia y tras 1 año de evolución el paciente continúa estable.

Discusión

Clínicamente, la metástasis parotídea se suele manifestar entre la 6ª y 7ª décadas de la vida, especialmente en los varones, como una tumoración unilateral del lóbulo superficial (90%) y con afectación del nervio facial en el 20-50% de los pacientes.

Además de la parálisis facial, son criterios de malignidad, el dolor, presente en

el 21% de los casos, el rápido crecimiento, la fijación a planos profundos o a la piel y la presencia de adenopatías acompañantes [7].

La PAAF nos informa de la posible extirpe tumoral. En caso de sospechar una lesión metastásica realizaremos una minuciosa evaluación de la piel y mucosas de la cabeza y del cuello. Si el resultado es negativo, pensaremos en una posible localización a distancia, siendo de gran utilidad el empleo de la TAC, que además nos permite completar el estudio de diseminación tumoral. La RM es preferible para valorar la extensión locoregional, especialmente en tumores del lóbulo profundo o con desarrollo parafaríngeo. La clínica y exploración física del paciente, junto a la PAAF y la RM, son la combinación más útil para diagnosticar los tumores metastásicos parotídeos, con una sensibilidad cercana al 100% [5]. En nuestro caso, la citología obtenida de los ganglios parotídeos afectados, junto a las características radiológicas de la lesión primaria fue suficiente para establecer el diagnóstico de carcinoma epidermoide de pulmón con metástasis a distancia.

Aunque con cierta controversia, el tratamiento depende del tipo histológico y del estadio en el que se encuentre la enfermedad. Si el tumor primario se localiza en cabeza y cuello, la metástasis parotídea se trata habitualmente con cirugía, mediante una parotidectomía total con preservación del nervio facial. La radioterapia se puede aplicar previamente a la cirugía, para reducir el tamaño tumoral en casos inoperables, o como tratamiento postoperatorio [5]. La tasa de supervivencia a los 5 años es del 55-65% [5]. En los esporádicos casos publicados, como el que presentamos, de metástasis parotídea de origen pulmonar, la gran extensión del tumor primario en el momento del diagnóstico, imposibilita el tratamiento curativo, utilizándose combinaciones de radio y quimioterapia, con una supervivencia de pocos meses [2, 8-9].

Conclusiones

El carcinoma epidermoide de parótida representa el 7% de los tumores malignos de la glándula y ante este resultado anatómo-patológico deberemos pensar en un origen metastásico, cuyo origen primario asienta generalmente en el territorio de la cabeza y el cuello. La localización infraclavicular, como en el caso que presentamos, es excepcional.

La clínica y exploración física del paciente, junto con la PAAF y la RM, nos permitirán el diagnóstico, con una sensibilidad cercana al 100%. La TAC será un complemento muy útil para el estudio de la diseminación tumoral.

La metástasis parotídea de origen pulmonar tiene un tratamiento paliativo con radio y quimioterapia y la gran extensión del tumor primario en el momento del diagnóstico suele ofrecer una supervivencia de pocos meses.

Bibliografía

1. Almela R, García-Hirschfeld JM, Conde I. Carcinoma metastásico en glándula parótida. Revisión de la literatura a propósito de dos casos. An Otorrinolaringol Ibero Am. 2001; 28:631-39.
2. Borg MF. Parotid gland as an initial site of metastasis. Australas Radiol. 2004; 48: 88-92.

3. Franzen A, Pfaltz M. Parotid tumors of non-glandular origin: local and distant metastases in the parotid gland. *Laryngorhinootologie*. 1997; 76: 735-39.
4. Garatea J, Gay C, Martín M, Bassas C, Sierra I. Tumores metastásicos parotídeos. Revisión de 28 casos. *An Otorrinolaringol Ibero Am*. 1992; 19: 581-88.
5. Pomar P, Martín C, San Román J, Tapia M, Fernández M. Metástasis en la glándula parótida. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2006; 57: 47-50.
6. Hisa Y, Tatemoto K. Bilateral parotid gland metastases as the initial manifestation of a small cell carcinoma of the lung. *Am J Otolaryngol*. 1998; 19: 140-43.
7. Rodríguez A, Lendoiro C, González JA, Souviron R, Scola B. Tumores malignos de la glándula parótida. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2005; 56: 211-14.
8. Imauchi Y, Nakashima M, Nigauri T. Metastasis of lung adenocarcinoma to parotid lymph node as initial clinical manifestation. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2001; 258: 155-56.
9. Schroeder WA Jr, Stahr WD. Malignant neoplastic disease of the parotid lymph nodes. *Laryngoscope*. 1998; 108: 1514-19.

