

ISSN: 2340-3438

Edita: Sociedad Gallega de  
Otorrinolaringología.

Periodicidad: continuada.

Web: [www: sgorl.org/revista](http://www.sgorl.org/revista)

Correo electrónico:

[actaorlgallega@gmail.com](mailto:actaorlgallega@gmail.com)

**SGORL PCF**  
Sociedad Gallega de Otorrinolaringología  
y Patología Cervicofacial



# Acta Otorrinolaringológica Gallega

## Caso clínico

**Adenocarcinoma ductal de parótida. Caso clínico y revisión de la literatura**

**Ductal adenocarcinoma of parotid. Case report and literature review**

Hazem Nijim Nijim<sup>(1)</sup>, Laura Díez González<sup>(1)</sup>, Wasim Elhendi Halawa<sup>(2)</sup>

(1) Hospital de Hellín – Albacete

(2) Hospital Punta de Europa – Algeciras

Recibido: 1/12/2014 Aceptado: 17/12/2014

## Resumen

El carcinoma ductal de las glándulas salivares es un tumor muy poco frecuente que afecta principalmente a la glándula parótida. Se caracteriza por su agresividad locoregional y metastásica así como por su pronóstico desfavorable. Presentamos el caso de un varón de 68 años con tumoración parotídea derecha con diagnóstico de carcinoma ductal salival y su evolución tras tratamiento.

**Palabras clave:** Parótida, adenocarcinoma, ductal

## Abstract

Ductal carcinoma of the salivary glands is a rare tumor that primarily affects the parotid gland. It is characterized by its locoregional and metastatic aggressiveness as well as its poor prognosis. We report the case of a 68 years old male patient with right parotid tumor diagnosed as salivary ductal carcinoma and its evolution after treatment.

**Keywords:** Parotid, adenocarcinoma, ductal

Correspondencia: Dr. Wasim Elhendi Halawa  
Hospital “Punta de Europa”. Algeciras  
Email: [wasimmai@yahoo.com](mailto:wasimmai@yahoo.com)

## **Introducción**

El carcinoma ductal de glándulas salivares es una neoplasia epitelial poco común, descrita por primera vez en 1968 por Kleinsasser, quién establece un paralelismo anatomopatológico con el carcinoma ductal de mama<sup>1</sup>. Se caracteriza por presentar una conducta agresiva debido a la alta incidencia de recidiva local y metastásica, lo que obliga, habitualmente, a realizar un tratamiento radical, basado en cirugía, radioterapia y quimioterapia.

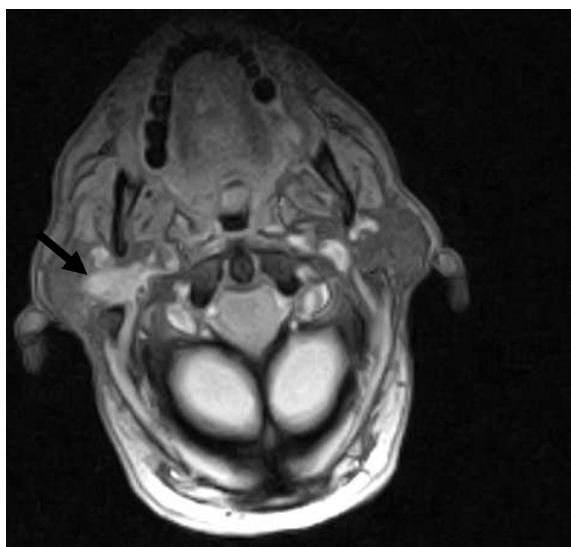
## **Caso Clínico**

Presentamos el caso de un varón de 68 años remitido a nuestra consulta por tumoración parotídea derecha de meses de evolución, dolorosa con los cambios posturales y sin parálisis facial ni trismus asociado. Presenta como antecedentes personales, HTA, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica y discopatía degenerativa.

En la exploración física se evidencia una tumoración parotídea derecha de 2 cm de diámetro, dolorosa a la palpación y sin adenopatías laterocervicales palpables. La TC cervical informa de una lesión parotídea derecha, hiperintensa, de 25x16 mm que afecta a lóbulo superficial y profundo, sin bordes bien definidos y adenomegalias cervicales subcentimétricas (Fig.1). Se realiza RM para complementar el estudio donde se evidencia que la lesión parece originarse en el lóbulo profundo de pa-



**Figura 1:** Lesión parotídea derecha en TC (flecha).



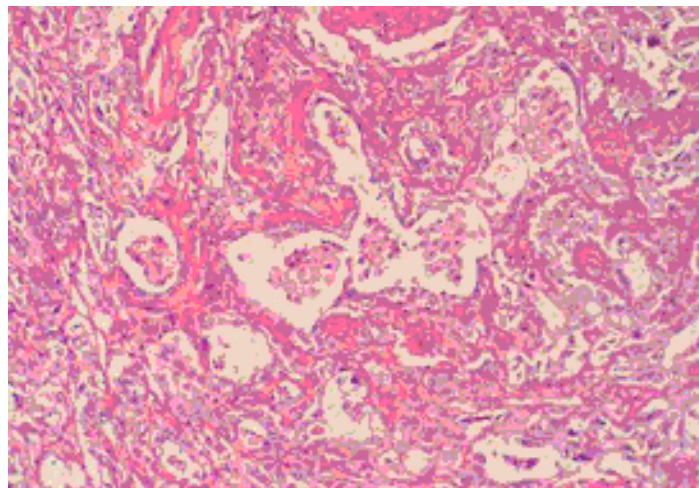
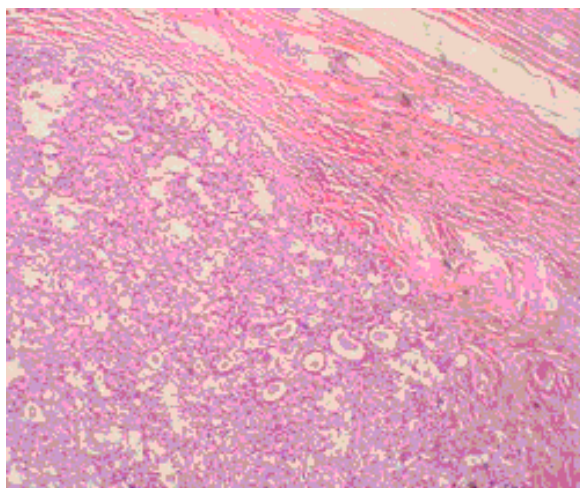
**Figura 2:** Lesión parotídea derecha en RMN (flecha).

rótida derecha y presenta baja señal en T1 y alta en T2, hallazgos compatibles con tumor mixto (Fig.2).

El paciente fue intervenido de parotidectomía total derecha con conservación del nervio facial.

El examen anatomopatológico muestra una proliferación epitelial neoplásica que desestructura la glándula salival con invasión perineural pero no vascular. Las células neoplásicas presentan un amplio citoplasma denso y núcleos vesiculosos con atipias y frecuentes imágenes de mitosis. Parte de

ellos parecen ocupar la luz de conductos con necrosis central y parte infiltran formando nidos de tamaño variable (sólidos y cribiformes) y algunas estructuras glanduliformes (Fig. 3 y 4). El examen inmunohistoquímico presenta : TTF-1 (-); Her2Neu (+); CK7 (+) ; CK 20 (-) ; GCDFP-15 (+) ; Estrógeno (-) ; Progesterona (-) ; Andrógeno (+) ; S100 (-) ; EMA(+) ; CK34BE12 (+) ; Caldesmon (-) ; Cadena Pesada Miosina (-) ; CEAp (+) leve; PSA (-); PAP (-) ; Ki67 (+) 30%.



**Figuras 3 y 4:** Patrón intraductal cribiforme con áreas de comedonecrosis central

Dadas estas características anatomopatológicas de la pieza, se llega al diagnóstico de adenocarcinoma ductal de glándula salival.

Teniendo en cuenta las características agresivas del tumor, Se le realiza una TC corporal sin evidencia de metástasis a distancia y se le practica unza vaciamiento cervical funcional derecho, resultando negativos los 32 ganglios analizados y posteriormente se administra radioterapia en el lecho parotídeo con una dosis total de 66Gy en 33 sesiones. En nuestro caso, y dada la ausencia de metastasis locoregionales y a distancia, se

decide posponer la quimioterapia y realizar vigilancia estricta.

Actualmente, y pasados dos años del diagnóstico inicial, el paciente sigue revisiones clínicas y radiológicas, encontrándose asintomático y sin presentar datos de recidiva locoregional.

### **Discusión**

El carcinoma ductal de glándulas salivares es un tumor poco frecuente, con una incidencia del 1% al 3% de todas las neoplasias epiteliales malignas de glándula salivar<sup>2</sup>. En el 88% de los casos se localiza en la parótida y representa el 0,9-6% de todos los tumores parotídeos<sup>3</sup>. Afecta con mayor frecuencia a hombres con un pico de incidencia entre la séptima y octava década de la vida<sup>4</sup>, coincidiendo en edad, sexo y localización, con el caso que describimos.

Clínicamente se presenta como una tumoración parotídea dolorosa, asociada a parálisis facial en el 40-60% de los casos, con afectación ganglionar en el 40-80% y metástasis a distancia en el 35-65% de los pacientes<sup>5</sup>. Radiológicamente, la RM es la prueba de elección para estudiar los límites y el grado de infiltración de estos tumores, con una sensibilidad del 80% y 89% respectivamente. Sin embargo, la TC es fundamental para la evaluación de la afectación ósea<sup>6</sup>. El paciente que presentamos, fue atendido en nuestra consulta por tumoración parotídea, dolorosa a la palpación, sin otra clínica asociada, siendo éste un dato de diagnóstico precoz en casos de ausencia de afectación del nervio facial.

Aunque en nuestro caso no se ha realizado punción aspiración con aguja fina (PAAF) antes de la intervención quirúrgica, para muchos autores la PAAF sigue siendo una prueba complementaria necesaria para orientar el diagnóstico ante toda tumoración parotídea clínicamente palpable. Sin embargo, la PAAF tiene sus limitaciones en comparación con otras técnicas de análisis histológico, como el "*frozen section*", a la hora de determinar la estirpe histológica, tanto de los tu-

moreos malignos como benignos de la parótida<sup>7</sup>.

Histológicamente presenta características similares al carcinoma ductal de mama, por lo que es importante descartar una metástasis de glándula mamaria. Tiene un componente carcinomatoso intraductal y otro infiltrativo. El intraductal presenta distintos patrones de crecimiento habitualmente de tipo cribiforme, papilar, sólido y/o comedocarcinoma, y el infiltrativo es un estroma desmoplásico<sup>8</sup>.

Inmunohistoquímicamente, en el carcinoma ductal de glándulas salivares se ha identificado la sobreexpresión de citoqueratina (CAM5.2), citoqueratina (AE1/AE), citoqueratina 7, HMW-CK 34BE12 (high-molecular-weight cytokeratin), EMA (epithelial membrane antigen), GCDFP-15 (gross cystic disease fluid protein-15), AR (androgen receptor) y HER2/neu. La sobreexpresión de la proteína c-erbB-2 está asociado a un peor pronóstico, en base esto, hay estudios que sugieren que la terapia hormonal con Trastuzumab (anticuerpo monoclonal que bloquea el dominio extracelular del receptor HER2/neu) aumenta la tasa de supervivencia<sup>9,10</sup>. La inmunohistoquímica realizada en el paciente que indicamos, ha sido positiva para Her2Neu, CK7, GCDFP-15 y receptor de andrógeno, orientando el diagnóstico hacia carcinoma ductal de glándula salivar.

El tratamiento debe de ser multidisciplinar, basado en la cirugía (parotidectomía total y vaciamiento cervical), radioterapia y quimioterapia, con el objeto de conseguir un mejor control de las recurrencias y metástasis a distancia<sup>11,12</sup>. El pronóstico del carcinoma ductal de glándulas salivares es desfavorable, con una tasa de recidivas locales del 33%, metástasis ganglionares del 59%, metástasis

a distancia del 46% y una tasa de mortalidad a los 4 años del 65%<sup>13</sup>. En el caso presentado, se realiza parotidectomía total derecha asociada a vaciamiento funcional ipsilateral y radioterapia postquirúrgica, con buen control locorregional.

### **Declaración de conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en la elaboración del presente manuscrito.

### **Bibliografía**

- 1- Kleinsasser O, Klein HJ, Hubner G. Salivary duct carcinoma. A group of salivary gland tumors analogous to mammary duct carcinoma. Arch Klin Exp Ohren Nasen Kehlkopfheilkd. 1968;192:100-5.
- 2- Gal R, Strauss M, Zohar Y, Kessler E. Salivary duct carcinoma of the parotid gland. Cytologic and histopathologic study. Acta Cytol. 1985;29:454-6.
- 3- Etges A, Pinto DS, Jr, Kowalski LP, Soares FA, Araujo VC. Salivary duct carcinoma: Immunohistochemical profile of an aggressive salivary gland tumor. J Clin Pathol. 2003;56:914-8.
- 4- Benjelloun H, Maazouzi A, Benchakroun N, Acharki A, Tawfiq A, Saharoui S, Benider A. Carcinome canalaire de la glande parotide. À propos de deux cas et analyse de la littérature. Cancer/ Radiothérapie 2004;8:383-6.
- 5- Mlika M, Kourda N, Zidi Y, Aloui R, Zneidi N, Rammeh S, Zermani R and Jilani S. Salivary duct carcinoma of the parotid gland. J Oral Maxillofac Pathol. 2012;16(1):134-6.
- 6- Raine C, Saliba K, Chippindale AJ, Mclean NR. Radiological Imaging in Primary Parotid Malignancy. British Journal of Plastic Surgery 2003;56:637-47.
- 7- Zbären P, Guélat D, Loosli H, Stauffer E. Parotid tumors: Fine needle aspiration and/or frozen section. Otolaryngology, Head and Neck Surgery 2008;139:81-5.
- 8- Brandwein-gensler, Skalova A, Nagao T. Salivary duct carcinoma. In: Barnes L, Eveson JW, Sidransky D, editors. World Health Organisation Classification of tumors, Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARCC Press;2003.pp,236-8.
- 9- Yamamoto H, Uryu H, Segawa Y and Tsuneyoshi M. Aggressive invasive micropapillary salivary duct of the parotid gland. Pathology International 2008;58:322-6.
- 10- Kamion N. Coexpression of p53 and c-erbBproteins-2 proteins associated with histological

type, tumor stage and cell proliferation in malignant salivary gland tumors. *Virchows Arch.* 1996;428:75-83.

11- Delgado R, Vutich F, Albores-Saavedra J. Salivary duct carcinoma. *Cancer* 1993;72:1503-12.

12- Pons Y, Alves A, Clément P, Conessa C. Salivary duct carcinoma of the parotid. *Eur Ann Otorhinolaryn-*

*gol Head Neck Dis.* 2011;38:627-30.

13- Jaehne M, Roeser K, Jaekel T, Schepers JD, Albert N, Loning T. Clinical and immunohistologic typing of salivary duct carcinoma: A report of 50 cases. *Cancer.* 2005;103:2526-30.