

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE
DR "AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO**

**ADENOCARCINOMA DE PAROTIDA
CON METASTASIS AL CONDILO DE LA
MANDIBULA.**

Dr. Juan Ignacio Bandera Tavera¹, Dra. Nuria Pérez Delgado¹, Dr. Francisco Hernández Magdariaga¹.

RESUMEN

Se informa el caso de un paciente con adenocarcinoma metastásico de parótidas. Se aprecian las principales características clínicas y diagnósticas de la enfermedad. Se halla metástasis al cóndilo de la mandíbula con destrucción de esta estructura ósea.

Palabras clave: METASTASIS DEL NEOPLASMA; ADENOCARCINOMA; NEOPLASMAS DE LA PAROTIDA/complicaciones; ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR/patología; **CONDILO MANDIBULAR/patología.**

INTRODUCCION

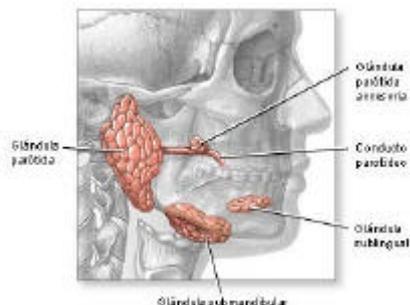
Las glándulas salivales pueden ser la sede de una gran variedad de procesos patológicos: traumáticos, inflamatorios, infecciosos, neoplásicos y degenerativos.¹ Son raros los tumores de las glándulas salivales, que constituyen del 0.5% al 1% en la mayoría de las cifras estadísticas globales de los tumores de cabeza y cuello. Dentro del grupo de las glándulas salivales, los tumores de parótidas son los más frecuentes.¹⁻⁵

El adenocarcinoma de las glándulas salivales constituye un grupo de neoplasias malignas que difieren mucho entre sí, con la variedad de su aspecto histomorfológico, y reciben distintos nombres de acuerdo con la estructura que forman sus células.⁶⁻¹⁰

¹ *Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial*

En Cuba, ésta representa el 15% de todas las neoplasias malignas. Su distribución es de 6 en las parótidas, 1 en las submaxilares y 1 en las glándulas salivales menores.¹⁻²

El adenocarcinoma es una neoplasia de crecimiento rápido, de gran agresividad local, con capacidad para provocar metástasis ganglionar, regional y a distancia, que tiene preferencia por exceso en sujetos masculinos entre los 40 y 60 años de edad.^{2,11-15} Por la patogenia aún oscura de estos tumores, su agresividad y alta mortalidad decidimos realizar el presente trabajo.



METODO

Se realizó la revisión de la historia clínica de un paciente atendido en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", de Guantánamo, en el mes de febrero de 1998, a fin de dar a conocer el cuadro clínico de adenocarcinoma metastásico de parótidas, presentar las principales características del adenocarcinoma metastásico de parótidas y relacionar los exámenes complementarios utilizados en el diagnóstico. Se confeccionó una planilla en la que se recogieron los siguientes datos:

- Nombre del paciente
- Edad.
- Sexo.
- Raza
- Motivo de ingreso
- Historia de la enfermedad actual
- Datos positivos al examen físico.
- Resultados de los complementarios.

Se procedió a hacer la revisión de la literatura, donde se constataron las principales características clínicas de la entidad y los exámenes complementarios utilizados en su diagnóstico y tratamiento.

INFORME DEL CASO

Nombre : R.V.M
Edad : 39 años
Sexo : Masculino
Raza : Negra

HC : 353915

El paciente, con antecedente de salud anterior e historia referida de hacía aproximadamente dos meses, comenzó con dolor en un cordal; luego se le inflamó la cara, por lo que visitó al estomatólogo del área de salud, donde fue valorado y remitido al cuerpo de guardia de cirugía maxilofacial de nuestro hospital; fue atendido por el especialista en cirugía maxilofacial de guardia. Fue ingresado y recibió tratamiento de nuestro servicio por diez días. Egresó con tratamiento ambulatorio y recibió seguimiento por consulta externa.

Pasado un mes, sin mejoría, acudió al área de salud, donde fue valorado por su médico de familia, el cual lo acompaña a nuestro Cuerpo de Guardia. El cirujano maxilofacial decidió su ingreso para continuar el estudio y tratamiento.

Datos positivos al examen físico.

APP: N/R

APF: N/R

Hábitos tóxicos: Alcohólico.

Facies: Dolorosa - Abotagada.

TCS: Infiltrado en cara, adenomegalia submaxilar izquierda dolorosa y poco móvil a la palpación.

Sistema cardiovascular: Ruidos rítmicos y audibles. TA: 140/80 mg /mh. Pulso: 76 x min.

Soma: Dolor a la palpación del tercio inferior de la cara, incluyendo la articulación temporomandibular izquierda.

SNC: Afectado V par craneal por el dolor referido en su II y III rama y el VII par por parálisis facial del tercio inferior de la cara con desviación de la comisura bucal hacia el lado derecho.

Cara: Tumefacción grosera de las regiones parotídea, maseterina, geniana y submaxilar izquierda, duropétrea o leñosa, fija a planos profundos, ligeramente dolorosa a la palpación con desviación del tercio inferior hacia la derecha.

Boca: Limitada a la apertura, desviación hacia la derecha la línea media mandibular, deficiente higiene bucal (sarro, placa dento-bacteriana).

Exámenes complementarios

Hemograma completo: Hb- 131 g/l
Hto- 0,40 l/l

Eritrosedimentación: 40 mmol/l

Serología: N/R.

Orina: Abundantes sales amorfas.

Glicemia: 3.8 mmol/l

Rx. Vistas: Tórax simple - Negativo.

Del tercio medio facial: Prueba de Water, negativa.

AP mandíbula: Lateral oblicua mandíbula derecha e izquierda, Tawn (expresan: ausencia del cóndilo izquierdo de la mandíbula con zonas radiolúcidas en rama ascendente del mismo lado, así como gran desviación de la mandíbula hacia la derecha.

U/S: Parótida izquierda: Informa: Aumento difuso de la ecogenicidad, de aspecto tumoral, que mide 16 x 9 mm. Sugiere realizar estudio evolutivo.

Valoración por Oncología: Sugiere realizar biopsia de la zona.

Biopsia incisional: En el acto quirúrgico se toma muestra del tejido parotídeo y hueso, el cual crujía al corte, de color blanquecino y duroelástico. Se informó: B-98-1532. Diagnóstico: adenocarcinoma pobremente diferenciado.

Resonancia magnética: Aunque se indicó en este paciente, no se realizó por rotura del equipo.

DISCUSION

En este caso, el diagnóstico se basó en el cuadro clínico, la evolución tórpida del paciente, así como en los estudios realizados; llama la atención la gran agresividad de este proceso que destruyó el cóndilo mandibular izquierdo y con gran moteado de la rama mandibular de ese lado.¹⁵⁻²²

Histológicamente, este tipo de neoplasia representa un crecimiento sólido, firme y sin cápsula, lo que explica su gran poder infiltrante a estructuras vecinas. Al corte la superficie es gris o blanco amarillento, con zonas hemorrágicas y de necrosis.^{2,23,24}

Microscópicamente, el cuadro histopatológico es muy variable, con aspecto particular muy específico; las células son polimorfas y crecen en grupos o nidos sólidos que asemejan la forma de los ácinos glandulares.^{2,4-6}

En la bibliografía revisada no se reflejan específicamente estos daños óseos, aunque autores como Coiffman¹, Santana², Krujer³, Dechaume⁴, Marinello⁵, Shafer⁶ refieren la metástasis de estos tumores a distancia y que pocos pacientes sobreviven más de cinco años.

Este paciente recibió tratamiento radiante y quimioterapia oncológica (citostáticos), y cuatro meses después de su diagnóstico ingresó en el servicio de medicina de nuestro hospital, con metástasis a varios órganos (hígado y pulmón) y falleció. (Ver Figuras)

CONSIDERACIONES FINALES

Por lo tórpido de este cuadro clínico y la localización de la tumefacción de este paciente, así como la agresividad con que se comportó esta entidad, emitimos las siguientes consideraciones.

Los adenocarcinomas pobremente diferenciados tienen gran poder metastatizante, por lo que es recomendable realizar un pesquisaje temprano de estos pacientes a pesar de lo silente de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

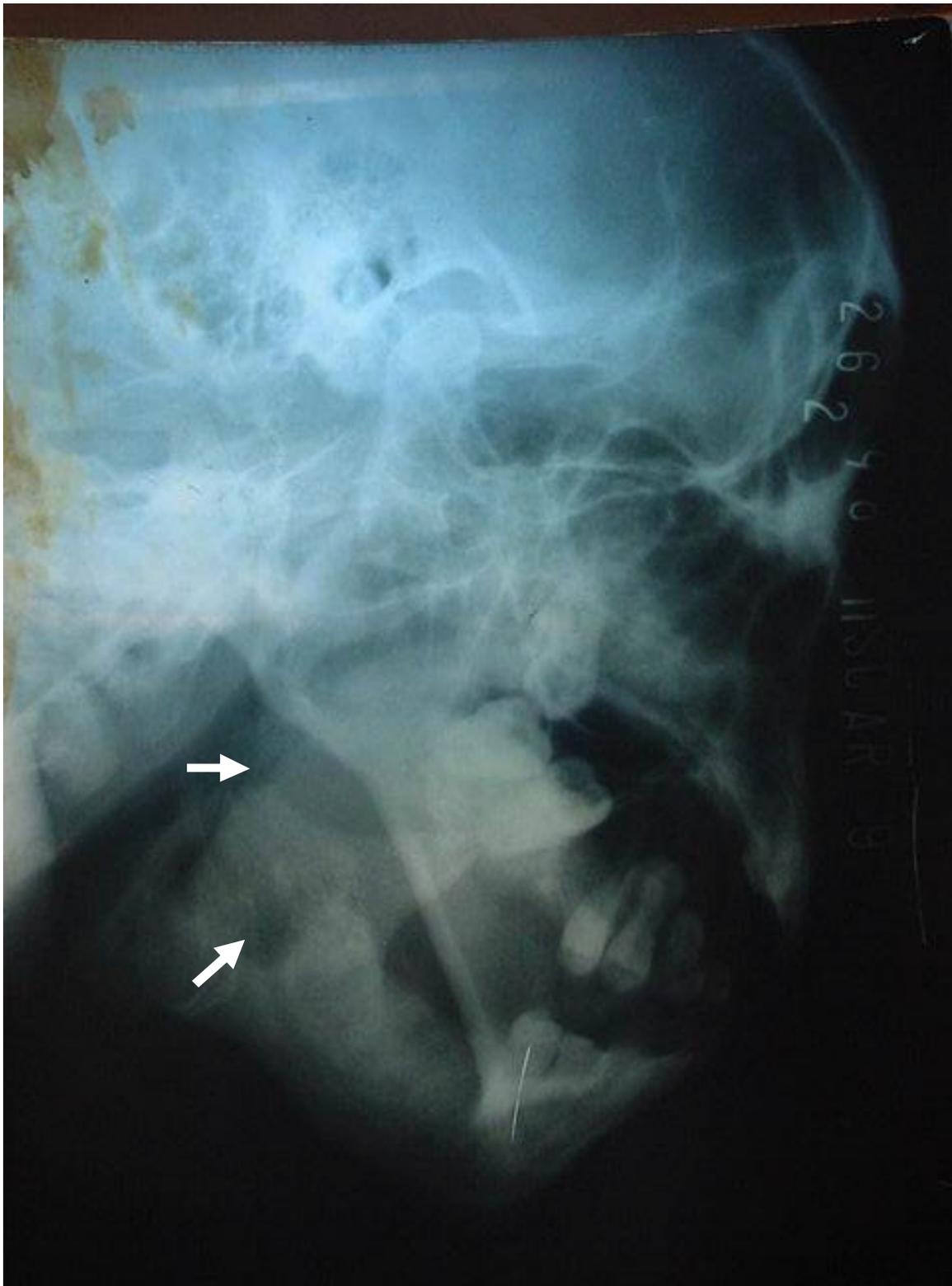
1. Coiffman F. Texto de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética 3ra edición. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1986: 231-38.
2. Santana Garay JC. Atlas de Patología Complejo Bucal. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1986:351-402.
3. Kruger G. Cirugía Bucal y Máxilo Facial. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1982:112-22.
4. Dechaume M. Estomatología. La Habana: Edición Revolucionaria; 1985.
5. Marinello Z. El Diagnóstico de Cáncer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1990.
6. Shafer WG. Tratado de Patología Bucal. México: Nueva Editorial Interamericana; 1986.
7. Byers RM, Jesse RH, Guillaumondequi OM. Malignant tumors of the submaxillary gland. *Am J Surgery* 1973; 126(4): 458-463.
8. Sessions RB, Harrison LB, Forastiere AA. Tumors of the salivary glands and paragangliomas. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997: 830-847.
9. Woods JE, Chong GC, Beahrs OH. Experience with 1,360 primary tumors. *Am J Surgery* 1975; 130(4): 460-462.
10. Guillaumondequi OM, Byers RH, Luna MA, *et al*. Aggressive surgery in treatment for parotid cancer: the role of adjunctive postoperative radiotherapy. *Am J Roentgenol* 1975; 123(1): 49-54.
11. Krull A, Schwarz R, Engenhardt R, *et al*. European results in neutron therapy of malignant salivary gland tumors. *Bulletin du Cancer. Radiotherapie* 1996; 83(1, suppl): 125s-129s.
12. Spiro RH: Salivary neoplasms: overview of a 35-year experience with 2,807 patients. *Head and Neck Surgery* 1986; 8(3): 177-184.
13. Theriault C, Fitzpatrick PJ. Malignant parotid tumors: prognostic factors and optimum treatment. *Am J Clin Oncol* 1986; 9(6): 510-516.
14. Hosokawa Y, Shirato H, Kagei K, *et al*. Role of radiotherapy for mucoepidermoid carcinoma of salivary gland. *Oral Oncology* 1999; 35(1): 105-111.
15. Garden AS, El-Naggar AK, Morrison WH, *et al*. Postoperative radiotherapy for malignant tumors of the parotid gland. *International J Radiation Oncology Biology Physics* 1997; 37(1): 79-85.

16. Wang CC, Goodman M. Photon irradiation of unresectable carcinomas of salivary glands. *International J Radiation Oncology Biology Physics* 1991; 21(3): 569-576.
17. Henry LW, Blasko JC, Griffin TW, *et al.* Evolution of fast neutron teletherapy for advanced carcinomas of the major salivary glands. *Cancer* 1979; 44(3): 814-818.
18. Suen JY, Johns ME. Chemotherapy for salivary gland cancer. *Laryngoscope* 1982; 92(3): 235-239.
19. Posner MR, Ervin TJ, Weichselbaum RR, *et al.* Chemotherapy of advanced salivary gland neoplasms. *Cancer* 1982; 50(11): 2261-2264.
20. Laramore GE, Krall JM, Griffin TW, *et al.* Neutron versus photon irradiation for unresectable salivary gland tumors: final report of an RTOG-MRC randomized clinical trial. *International J Radiation Oncology Biology Physics* 1993; 27(2): 235-240.
21. Laramore GE. Fast neutron radiotherapy for inoperable salivary gland tumors: is it the treatment of choice? *International J Radiation Oncology Biology Physics* 1987; 13(9): 1421-1423.
22. Saroja KR, Mansell J, Hendrickson FR, *et al.* An update on malignant salivary gland tumors treated with neutrons at Fermilab. *International J Radiation Oncology Biology Physics* 1987; 13(9): 1319-1325.
23. Buchholz TA, Laramore GE, Griffin BR, *et al.* The role of fast neutron radiation therapy in the management of advanced salivary gland malignant neoplasms. *Cancer* 1992; 69(11): 2779-2788.
24. Krull A, Schwarz R, Engenhardt R, *et al.* European results in neutron therapy of malignant salivary gland tumors. *Bulletin du Cancer. Radiotherapie* 1996; 83(1, suppl): 125s-129s.

FIGURAS



*Adenocarcinoma metastásico de parótida con destrucción del cóndilo, rama y cuerpo de la mandíbula
Vista AP.*



Adenocarcinoma metastásico de parótida con destrucción del cóndilo, rama y cuerpo de la mandíbula. Vista lateral oblicua.



*Adenocarcinoma metastásico de parótida con destrucción del cóndilo, rama y cuerpo de la mandíbula.
Vista Town.*