



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

Carcinoma del conducto salival: Presentación de un caso.

### **CASO CLÍNICO**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

### **ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA BUCAL**

P R E S E N T A:

ERICK GEOVANNY MONTOYA GRESS

TUTOR: Dra. LEONORA CHÁVEZ MERCADO

ASESOR: Dr. JAVIER PORTILLA ROBERTSON



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESPECIALIDAD: **PATOLOGÍA BUCAL**

TEMA:

**CARCINOMA DEL CONDUCTO SALIVAL:  
PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

P R E S E N T A:

C.D. ERICK GEOVANNY MONTOYA GRESS

TUTOR: DRA. LEONORA CHÁVEZ MERCADO

ASESOR: DR. JAVIER PORTILLA ROBERTSON

2016

# **Carcinoma del conducto salival: Presentación de un caso en glándula parótida.**

Erick Geovanny Montoya Gress\*, Leonora Chávez Mercado§, Javier Portilla Robertson\*\*

## **Resumen**

El carcinoma de los conductos salivales (SDC) es una neoplasia maligna poco frecuente con comportamiento generalmente agresivo. Se presenta el caso de un hombre de 55 años con carcinoma de los conductos salivales originado en glándula parótida derecha con múltiples metástasis cervicales. Se llevo a cabo resección completa del tumor más disección parcial de las cadenas ganglionares.

Palabras clave: Carcinoma del conducto salival, glándula parótida.

## **Abstract**

The salivary duct carcinoma (SDC) is a rare malignancy with aggressive behavior generally. The case of a 55 year old man with carcinoma of the salivary ducts originated in right parotid gland with multiple cervical metastasis occurs, the tumor was resected completely more partial dissection of the ganglion chains.

Keywords: Salivary Duct Carcinoma, parotid gland.

## **Introducción**

El (SDC) es una neoplasia poco frecuente y agresiva; representa tan solo el 1-3% de todas las neoplasias malignas de glándulas salivales. Fue descrito por Kleimsasser et al. en 1968. El 85% de éstas se presentan en glándula parótida 1.1%. Histológicamente es muy similar al carcinoma ductal de la glándula mamaria. Se presentan con mayor frecuencia en pacientes del sexo masculino entre la quinta y sexta décadas de vida con una media de edad de 66 años al momento del diagnóstico<sup>1,2</sup>.

Clínicamente cursan con aumento de volumen de la región rápido y progresivo que puede ser asintomático o estar acompañado de dolor. También pueden presentar

Alumno de la especialidad de Patología Bucal, FO UNAM.

§Médico Adscrito Anatomía Patológica, Hospital General de México.

\*\*Coordinador de la Especialidad de Patología Bucal, DEPeI FO UNAM.

paresia del nervio facial y más de una tercera parte de los pacientes tienen ganglios cervicales palpables<sup>3,4</sup>.

En los estudios de imagen CT se observan múltiples zonas hiperdensas de diferentes tamaños localizadas o dispersas en el parénquima glandular y en las cadenas ganglionares. Estas imágenes pueden sugerir calcificaciones<sup>5,6</sup>.

Macroscópicamente estas neoplasias son de color blanco grisáceo de consistencia dura, con bordes irregulares e infiltrantes. Histológicamente las células epiteliales malignas muestran marcada atipia con citoplasma eosinófilo de moderado a abundante, con pleomorfismo e hiper cromatismo nuclear. Las células están dispuestas en nidos, cordones, túbulos y estructuras cribiformes. El estroma muestra desmoplasia moderada. Característicamente se encuentra extensa invasión linfocascular, perineural y la presencia de comedonecrosis<sup>4,7</sup>.

Generalmente el diagnóstico de SDC se basa en las características histológicas con hematoxilina y eosina, pero el uso de marcadores de inmunohistoquímica es importante terapéuticamente hablando. El SDC es positivo para EMA, positivo difuso para CK7, ocasionalmente para CK20, se reporta la expresión de la proteína HER2 en más de 90% de los casos un importante marcador para la terapia dirigida; también es positivo para receptores de estrógeno (ER) y de progesterona (PR)<sup>8,9</sup>.

En cuanto al tratamiento la literatura reporta que la cirugía radical más la disección regional de cuello es lo recomendado, adicionalmente se emplea la radioterapia hasta 70gy en 35 sesiones durante 7 semanas. Esto resulta en la supervivencia entre el 46% y 58% a cinco años<sup>10,11</sup>.

## Caso clínico

Paciente masculino de 55 años de edad que inició su padecimiento en junio de 2015, con presencia de aumento de volumen progresivo en región de parótida del lado derecho de consistencia petrea, asintomático, múltiples adenopatías en niveles II, III, IV, presencia de disestesias en hemicara derecha y con aparente infiltración dérmica en región submandibular. Se llevo a cabo punción por aguja fina el cual se reportó como carcinoma metastásico. La tomografía computarizada mostró una imagen hiperdensa ocupativa en parótida derecha. En abril de 2016 fue sometido a una parotidectomía total derecha más disección radical de cuello.

## Hallazgos macroscópicos

Se recibió el lóbulo superficial de glándula parótida derecha que midió 7x4x1.5 cm de consistencia aumentada, al corte presentaba una lesión nodular de 2x1.3x0.9cm gris claro con calcificaciones, por separado se recibió lóbulo profundo de glándula parótida derecha de 4x3.2x1.2 cm café claro y de consistencia aumentada (Fig 1).

## Hallazgos microscópicos

En los cortes histológicos se observó una neoplasia compuesta por células poligonales, con pleomorfismo celular y nuclear. Mostraban hipercromatismo con aumento en la relación núcleo-citoplasma y mitosis numerosas. En algunos focos se identificó comedonecrosis. La neoplasia mostraba un crecimiento tubulo lobular así como conformación irregular de la células ductales. Se encontraron metástasis ganglionares (Fig. 2, 3, 4 y 5).

## Hallazgos de inmunohistoquímica

Las reacciones de inmunohistoquímica que se realizaron fueron Citoqueratinas de alto y bajo peso molecular, las cuales resultaron altamente positivas. Proteína HER2 positiva. El índice de proliferación celular mediante la expresión nuclear de Ki67 fue de 8% de positividad en las células neoplásicas. Los receptores de estrógenos (ER) y de progesterona (PR) resultaron negativos. (Fig. 6, 7 y 8).

## Discusión

Los SDC son tumores poco frecuentes que representan el 1% de las neoplasias malignas en las glándulas salivales y una frecuencia de del 85% de los casos en glándula parótida. La mayoría se presentan entre la quinta y sexta décadas de vida (media de 66 años)<sup>2</sup>.

El aumento de volumen, así como dolor en la zona afectada, son los síntomas más comunes.

Histológicamente el criterio esencial para el diagnóstico de carcinoma del conducto salival es el crecimiento lobular y la presencia de comedonecrosis asociado con las células neoplásicas. Las características morfológicas de éstas últimas van desde una relativa uniformidad con células poligonales con amplio citoplasma eosinófilo, pleomorfismo marcado tanto celular como nuclear. Sin embargo, la frecuencia baja de carcinoma del conducto salival en ésta localización, se traducen en un desafío diagnóstico ya que se puede confundir con una carcinoma de mama<sup>1,7,16</sup>.

En cuanto a su comportamiento, los SDC son localmente agresivos, debido a lo cual, el indicador pronóstico más importante reside en la posibilidad de hacer la resección quirúrgica completa. Los protocolos de tratamiento incluyen quimioterapia pre quirúrgica, y post quirúrgica adyuvante<sup>4,10</sup>.

El SDC se describe con mayor frecuencia en la quinta y sexta décadas de la vida, como corresponde al presente caso, aunque en cuanto a la edad media, por debajo de la misma. La sintomatología inicial de la paciente que consistió en aumento de volumen y dolor en región parotídea, son datos esperados aunque no patognomónicos de SDC.

En las piezas quirúrgicas es más fácil visualizarlo y así se pueden descartar otros diagnósticos diferenciales.

## **Conclusiones**

El comportamiento agresivo y la alta tasa de metástasis, son factores pronóstico importantes a considerar para establecer el plan de tratamiento adecuado. El empleo de técnicas auxiliares como la inmunohistoquímica para confirmar el diagnóstico, son cada vez más indispensables, sobre todo en un entorno en el que cada vez se encuentra más inclinado hacia el uso de recursos como la biología molecular. Todo esto sin dejar a un lado la morfología, que el ojo experto del patólogo evalúa a través del microscopio, lo que constituye el estándar de oro del diagnóstico histopatológico.

## **Agradecimientos**

Departamento de Anatomía Patológica de Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

## Referencias

- 1.- Gilbert M, Sharma A, Schmitt N, et al. A 20-Year Review of 75 Cases of Salivary Duct Carcinoma. *JAMA Otolaryngol Head and Surg.* 2016;142: 489-495.
- 2.- Pont E, et al. Salivary Duct Carcinoma: Diagnostic Clues, Histology and Treatment. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2013; 64: 150-3.
- 3.-Barnes L, Eveson J, Reichart P, Sidransky D. Pathology and Genetics Head and Neck Tumors. World Health Organization. Lyon. IARC Press. 2005
- 4.-Gupta R, Balasubramanian D, and Clark J. Salivary gland lesions: recent advances and evolving concepts. *Oral and Maxillofacial Pathology* 2015; 119 (6): 661–674.
- 5.-FenesanD,et al. Ultrasound and CT imaging features in a patient with salivary duct carcinoma of the parotid gland: a case report with literature review. *Med Ultrason.* 2015; 17(1): 119-122.
- 6.-Weon YC, Park SW, et al. Salivary duct carcinomas: clinical and CT and MR imaging features in 20 patients. *Journal Neuroradiology.* 2012; 54: 631–640.
- 7.-Borovec j, et al. Histopathological case report of high-grade salivary duct carcinoma. *Folia Histochemicaet Cytobiologica.* 2015; 53 (4): 342-345.
- 8.- Simpson RHW. Salivary Duct Carcinoma: New Developments-Morphological Variants Including Pure in Situ High Grade Lesions; Proposed Molecular Classification. *Journal Head and Neck Pathology.* 2013; 7: s48-s58.
- 9.-Al-Qahtani K, et al. Clinicopathological features and treatment outcomes of the rare, salivary duct carcinoma of parotid gland. *Journal of Otolaryngology-Head and Neck Surgery.*2016; 43:32.
- 10.-Johnston M, et al. Salivary duct carcinoma: Treatment, outcomes, and patterns of failure. *Journal Head and Neck.* 2016;4:E820-E826.
- 11.- Huang X, et al. Salivary duct carcinoma : A clinopathological report of 11 cases. *Oncology Letters.* 2015; 10: 337-341.
- 12.-Chiosea S, et al. Molecular Characterization of Apocrine Salivary Duct Carcinoma. *Am J Sur Patho.* 2015; 39 (6): 744-752.
- 13.- Williams L, et al. Salivary Duct Carcinoma. The Predominance of Apocrine Morphology, Prevalence of Histologic Variants, and Androgen Receptor Expression. *Am J Sur Patho.* 2015; 39 (5): 705-713.

- 14.-Kuo YJ, Weinreb I, et al. Low- Grade Salivary Duct Carcinoma or Low-Grade Intraductal Carcinoma? Review of the Literature. *Head and Neck Pathol.* 2013; 7: S59-S67.
- 15.-Mlika M, et al. Salivary duct carcinoma of the parotid gland. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology.*2012; 16 (1): 134-136.
- 16.-Xie S, et al. Salivary duct carcinoma of the parotid gland : A case report and review of the literature. *Oncology Letters.* 2015; 9: 371-374.
17. Magaki SD, et al. Carcinoma ex-pleomorphic adenoma of the parotid gland consisting of high-grade salivary duct carcinoma and keratinizing squamous cell carcinoma. *Oral and Maxillofacial Pathology.* 2015; 120 (3): e169-e173.
- 18.-Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. *Oral and Maxillofacial Pathology.* 3rd edition. United State of America. W B Saunders Company; 2009
- 19.-Gnepp DR. *Diagnostic Surgical Pathology of the Head and Neck.* 2<sup>a</sup> Ed. China. Saunders Elsevier. 2009. P.413-562.

## Anexo de figuras



Fig 1. Parótida derecha. Forma irregular con lesión gris claro y áreas de calcificaciones.

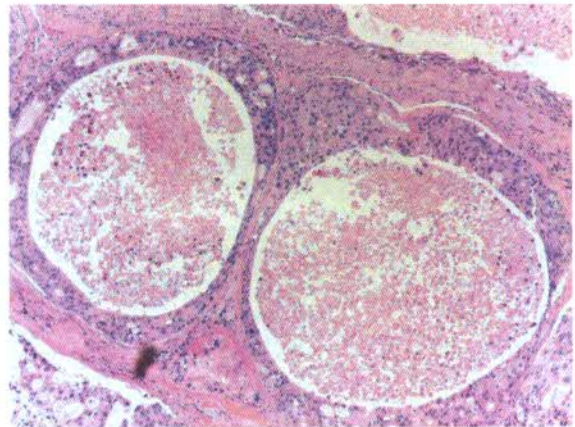
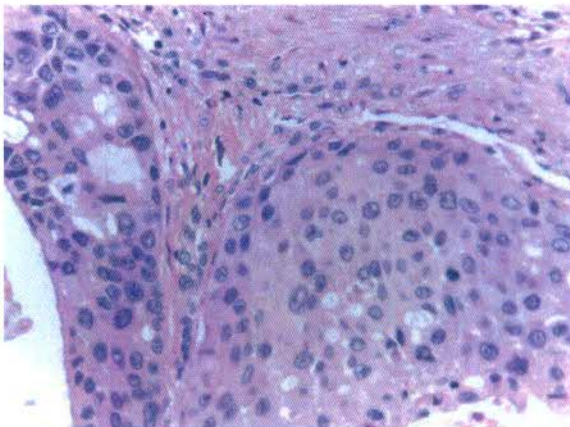


Fig 2 y 3. Células neoplásicas poligonales con pleomorfismo y áreas de comedonecrosis.

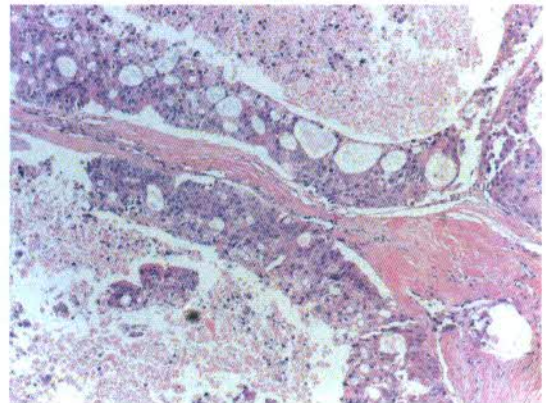
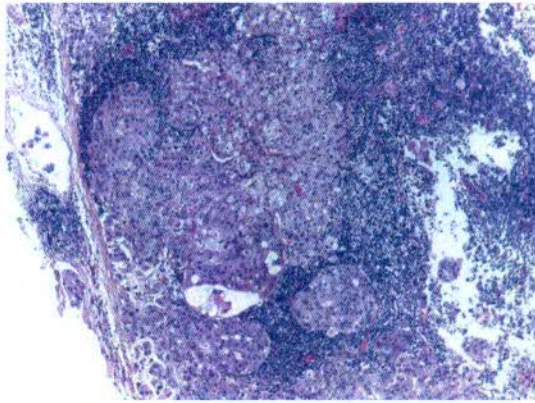


Fig 4 y 5. Metástasis de células neoplásicas, estructuras cribiformes.

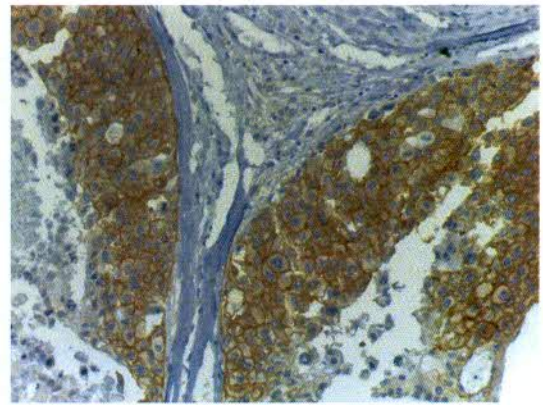
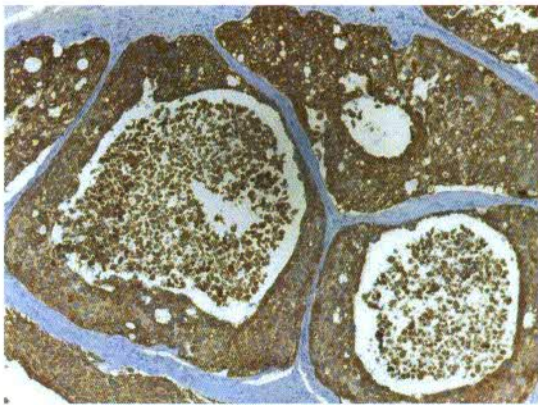


Fig 6 y 7. Citoqueratinas AE1/AE3, proteína HER2.

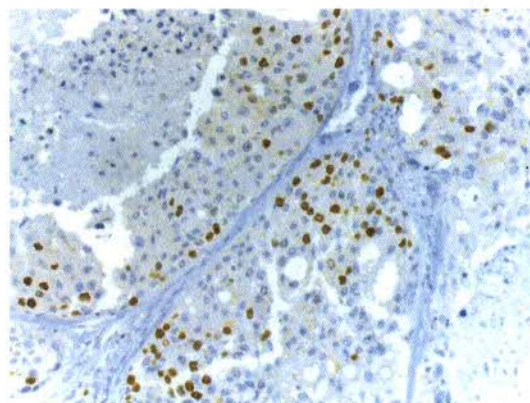


Fig 8 Ki67 8%.

Alumno: Montoya Gress Erick Geovanny

Especialidad : Patología Bucal

Tel: 5522140438

Correo: egmghi@gmail.com

Titulación: Caso clínico

CVU: 724457

Generación: 2014-2016