



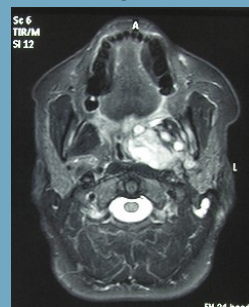
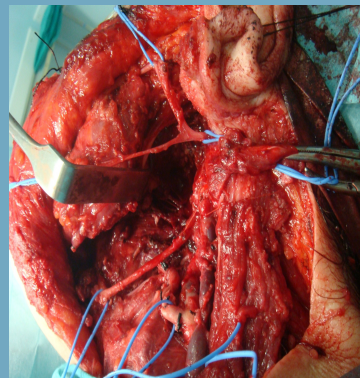
PROGRESIÓN INTRACRANEAL DEL CARCINOMA-EX ADENOMA PLEOMORFO. EVOLUCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Contreras Morillo, M.A.; Zamudio Sánchez, L.; Granados Colocho, J.F.; Aguilar Lizarralde, Y.
Salinas Sánchez, J.L. Bermudo Añino, L. Valiente Álvarez, A
Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: El Carcinoma Ex Adenoma Pleomorfo (CEAP) pese a ser un tumor raro, es el tumor mixto maligno de glándulas salivares más frecuente; se caracteriza por asentarse sobre un tumor diagnosticado previamente o simultáneamente de adenoma pleomorfo con la peculiaridad de que sólo el componente epitelial es maligno. En la mayoría de los casos se encuentra relacionado con la exposición a radiación. Tienden a ser invasivos y metastatizan con preferencia en ganglios regionales, pulmón y hueso. A los 5 años presenta una tasa de recidiva del 55% y una mortalidad del 80%.

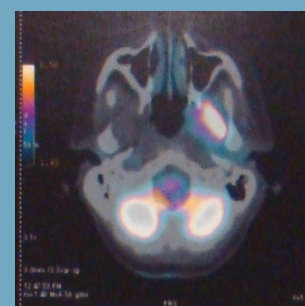
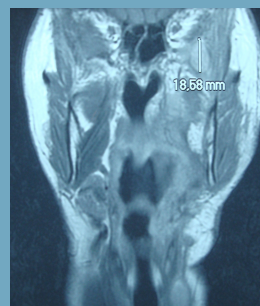
Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 67 años, diagnosticada e intervenida de Adenoma Pleomorfo (A.P.) de lóbulo profundo de parótida izquierda que tras la recidiva tumoral dos años más tarde, por decisión de la paciente, no se intervino y se manejó con controles con Resonancia Magnética (RM). Pasados 5 años, tras un cuadro de disfagia y disnea progresiva, se interviene de urgencia. El análisis de la pieza de tumorectomía informó de A.P. con amplia diferenciación mioepitelial. Al mes acude por aparición de una adenopatía auricular cuya PAAF es informada como AP hipercelular con amplias zonas de mitosis, se realizó adenoidectomía y en cuestión de semanas evolucionó nuevamente a un cuadro de disfagia, disnea progresiva e hipoacusia de oído izquierdo.

La RM informó de una masa en espacio parafaríngeo de 6x5 cm de diámetro. Se intervino realizándose disección cervical supraomohioidea, parotidectomía total conservadora, y tumorectomía a través del espacio retromandibular.

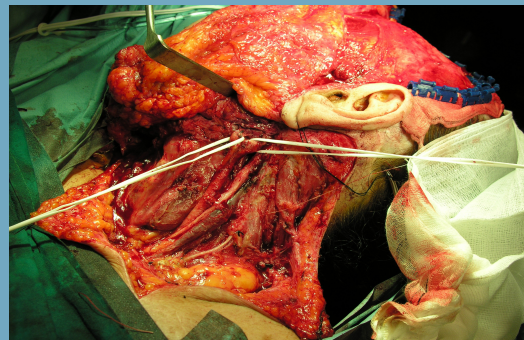
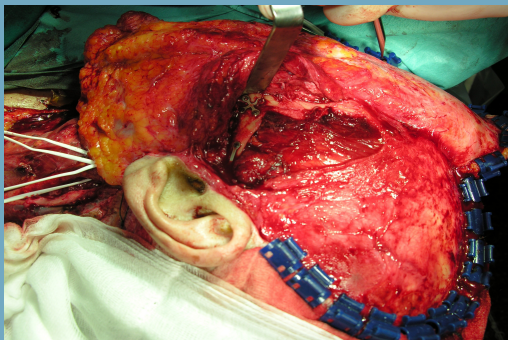


Se realizó análisis inmunohistoquímico de la pieza que resultó positiva para actina, vimentina, p63, citokeratina AE-1 y AE 3 sugestivos de un tumor maligno de predominio mioepitelial compatible con carcinoma mioepitelial de bajo grado ex-adenoma pleomorfo. Se decidió posterior tratamiento con Radioterapia.

A los 6 meses del tratamiento acude por nueva tumoración cervical con PAAF de carcinoma mioepitelial de bajo grado. El estudio con RM mostró persistencia del tumor parafaríngeo con infiltración del ala mayor del esfenoides protruyendo hacia el endocráneo. El estudio de extensión con PET mostró una lesión hipermetabólica pterigoidea sugestiva de malignidad.



Es intervenida junto con Neurocirugía realizándose un abordaje preauricular con extensión frontotemporal y cervical con descarga supraclavicular, vaciamiento cervical radical, sección del musculo temporal en su inserción en apófisis coronoides y elevación superior del mismo con osteotomía del arco zigomático para exponer la fosa infratemporal de donde se extirpó la lesión que infiltraba ala mayor del esfenoides, duramadre de lóbulo temporal y músculos pterigoideos. Control microscópico de la escisión dural sin apreciarse salida de LCR.



El estudio anatomopatológico reveló presencia de metástasis ganglionar en 27 de 31 ganglios aislados e infiltración por carcinoma mioepitelial en la pieza intracranial. Al mes de la intervención la paciente sufrió una nueva recidiva encontrándose en la actualidad en tratamiento paliativo

Discusión: Presentamos un caso de carcinoma mioepitelial ex-adenoma pleomorfo tardíamente diagnosticado cuya progresión ha resultado fatal para la paciente. Revisando la literatura son muchos los autores que informan sobre la dificultad en el diagnóstico de esta entidad debido a la variabilidad de tipos celulares obtenidas en la PAAF.

De acuerdo a las publicaciones encontradas respecto al CAEP, las variantes más frecuentes son los carcinomas indiferenciados, adenocarcinomas SOE (sin otra especificación) y carcinomas ductales, considerados todos como de alto grado de malignidad. Los de extirpe mioepitelial se encuentran poco documentados, suelen asociarse a tumores de bajo grado y tienen mejor pronóstico que los anteriores. Todos los estudios defienden la necesidad de un estudio inmunohistoquímico de la pieza ante la recurrencia y progresión del adenoma pleomorfo.

En nuestro caso particular, a diferencia de lo reportado en la literatura, el carcinoma mioepitelial ha resultado comportarse como un tumor maligno, muy agresivo con un comportamiento infiltrativo que no se ha encontrado descrito en otras publicaciones.

Conclusión: El carcinoma ex-adenoma pleomorfo no debe ser considerado como un diagnóstico específico, sino más bien, una categoría en la que el carcinoma debe ser tipificado, aclarando el grado y porcentaje de carcinoma y sus características de infiltración y encapsulamiento para establecer mejor el pronóstico y el tratamiento necesario. Los pacientes debes tener un estrecho seguimiento debido a la elevada tasa de recurrencia .

BIBLIOGRAFIA:

Carcinoma ex-adenoma pleomorfo nasal. Dres. Eduardo Aguado, Alejandra Ferreyra, Miguel Gilabert, Luciana Perticone
Adenoma pleomorfo palatino. Caso clínico, revisión de la literatura y puesta al día. Cient Dent 2010;7;3:203-208. Vasallo, F.J; López, A.F; Acero, J
Metástasis claviclar por carcinoma ex-adenoma pleomorfo de glándula submaxilar Autores: Mario Mateos Micas, F.J. Rodríguez Fernández, A. Raventos Estelle
Tumores y afecciones malignas de cabeza y cuello. Dr. Rodolfo Arozarena Fundora, Dra. Martha Ortega Lamas
Tumor Mixto Maligno. Dra. Sirced Salazar Rodríguez, Dr. Julio Jimenez Galaineira, Dra. Julia Cruz Mojarrieta
Intracapsular carcinoma ex pleomorphic adenoma. Report of a case with unusual metastatic behaviour. Oral Oncol 2002;38:107-110 Felix A, Rosa-Santos J, Mendonça ME, Torrinha F, Soares J Patologia de las glándulas salivales. Rafael Martín-Granizo López;- 1º Edición; Ripano S.A. D.L 2011
Cáncer de la glándula salival: Tratamiento (PDQ®). Instituto Nacional del Cáncer.