

HOSPITAL UNIVERSITARIO
“DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO DE GLÁNDULAS SUBMAXILARES.
PRESENTACIÓN DE DOS PACIENTES

Por:

Dra. Esther Lucía de Armas Ramírez¹, Dr. Ramón Ortiz Carrodegua² y Dra. Sailyn Alfonso Alemán³

1. Especialista de I Grado en Oncología. Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC. e-mail: lucydar@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Oncología. Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara Instructor. ISCM-VC. e-mail: ramonoc@capiro.vcl.sld.cu
3. Residente de cuarto año de Oncología. Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara. e-mail: ramonoc@capiro.vcl.sld.cu

Descriptor DeCS:

CARCINOMA QUISTICO ADENOIDE
NEOPLASMAS DE LA GLANDULA
SUBMANDIBULAR

Subject headings:

CARCINOMA, ADENOID CYSTIC
SUBMANDIBULAR GLAND NEOPLASMS

Los tumores malignos de glándulas salivales representan aproximadamente el 3 % de los cánceres de cabeza y cuello; uno de ellos es el carcinoma adenoideo quístico (CAQ), denominación dada por Swing en 1928¹; fue nombrado por Billroth en 1959 como cilindroma² y también aparece en la literatura médica como carcinoma quístico adenoideo, término que fue dado por Foote y Frazell en 1953³. Es el tumor maligno más frecuente de las glándulas submaxilares⁴.

Este tumor se caracteriza por un crecimiento lento, pero es muy agresivo en su comportamiento; posee una marcada capacidad de recurrencia local y de desarrollar metástasis a distancia; el pulmón es el sitio más frecuentemente metastizado⁴. El tratamiento utilizado usualmente es la intervención quirúrgica y la radioterapia.

Presentación de pacientes

Paciente 1

Paciente masculino, blanco, de 72 años de edad, que acude a nuestro servicio ante la presencia de una masa tumoral gigante en el cuello, de ocho años de evolución.

Al examen físico se palpó una gran masa tumoral multilobulada, con un diámetro mayor de dieciocho centímetros y una base de implantación en el cuello algo más estrecha, de aproximadamente catorce centímetros de diámetro, con tendencia a la fijación (Fig 1). Se hizo examen de vías aerodigestivas superiores (VADS) y no se observó tumor alguno en las demás localizaciones de cabeza y cuello; luego de hacerle los exámenes ordinarios, se realizó exéresis del tumor, con margen oncológico macroscópico adecuado, y en el acto operatorio se observó que este se formaba a expensas de la glándula submaxilar izquierda; se hizo vaciamiento de los niveles ganglionares I, II y III de ese lado; el tumor no infiltraba los grandes vasos del cuello a ese

nivel; el cierre de piel requirió desplazamiento de piel cercana (Fig 2). Luego se inició tratamiento radiante externo con una fuente de Co^{60} , recibió una dosis total de 6 500 cGy en el lecho tumoral y de 5 000 cGy en las cadenas ganglionares del lado afectado. El resultado del examen histopatológico fue: carcinoma adenoideo quístico de glándula submaxilar. El paciente murió, luego de doce años de seguimiento, por neumopatía inflamatoria e insuficiencia cardíaca, sin que aparecieran evidencias de actividad tumoral.



Fig 1 Antes de la intervención quirúrgica.



Fig 2 Después de la intervención quirúrgica.

Paciente 2

Se trata de un paciente masculino, blanco, de 67 años de edad, procedente de una zona alejada de la ciudad, que acude a nuestro servicio ante la presencia en el cuello de una masa tumoral gigante, que había sangrado.

El interrogatorio reveló la existencia de un tumor en el cuello desde hacía nueve años, de crecimiento lento, pero progresivo; además, hacía aproximadamente veinte días que había comenzado a sangrar, hasta que acudió al cuerpo de guardia porque el sangrado era abundante. Al realizar el examen físico, existía una gran masa tumoral de aproximadamente doce centímetros de diámetro en la zona anteroposterior, que se elevaba sobre el nivel de la piel unos quince centímetros, ulcerada en el ápex. Procedimos a indicarle exámenes, que incluyeron radiografía de tórax que resultó normal. Se llevó al salón de operaciones y se hizo la exéresis de la masa tumoral, con margen oncológico macroscópico adecuado, y en el acto quirúrgico se comprobó que el tumor se formaba a expensas de la glándula submaxilar izquierda, como habíamos sospechado; se logró decolar por planos y se separó quirúrgicamente la tumoración con vaciamiento de los niveles ganglionares I, II, y III de ese lado; el tumor no infiltraba los grandes vasos del cuello; el cierre de piel requirió desplazamiento de piel cercana. Luego recibió tratamiento radiante externo con una fuente de Co⁶⁰ hasta completar una dosis total de 6 500 cGy en el lecho tumoral y de 5 000 cGy en las cadenas ganglionares del lugar afectado. El resultado del examen histopatológico fue: carcinoma adenoideo quístico de glándula submaxilar. A los dieciocho meses de evolución clínica, se diagnosticó metástasis pulmonar, y murió a los treinta meses de tratado por insuficiencia respiratoria aguda, provocada por la metástasis a distancia.

Comentario

El CAQ representa el tumor maligno más frecuente de las glándulas submaxilares, y se caracteriza por un crecimiento lento y progresivo, pero generalmente tiene mal pronóstico por diversos factores; el más importante es el estadio clínico de la enfermedad, pues mientras más avanzado sea este, el pronóstico será peor³. Sin embargo, no es infrecuente la supervivencia a largo plazo⁵.

En nuestro trabajo presentamos a dos pacientes con CAQ de glándula submaxilar, los cuales coincidieron en la presencia de grandes masas tumorales y años de evolución natural de la enfermedad, antes de requerir nuestros servicios. A ambos se les hizo igual tratamiento, pero uno de ellos logró una supervivencia de doce años y murió sin evidencias de recidiva tumoral, mientras que el otro falleció por metástasis pulmonar a los treinta meses de tratado.

Para algunos autores, la radioterapia solo debiera utilizarse en tumores irreseccables, enfermedad residual, recidivas inoperables y en aquellos pacientes con invasión perineural, pero se ha comunicado un aumento de la supervivencia mediante cirugía y radioterapia, combinación cuyo uso ha aumentado en los últimos años y ha mejorado los resultados del tratamiento en esta entidad^{3,6}.

La quimioterapia, hasta ahora, presenta una respuesta muy limitada para el CAQ, pero algunas investigaciones muestran resultados favorables con el uso de cisplatino y docetaxel⁷.

Hoy se estima que la supervivencia de diez años es menor del 50 %, pero hay estudios esperanzadores mediante el tratamiento con anticuerpos monoclonales^{3,8}.

Referencias bibliográficas

1. Berdel P, Mylius E. Cylindroma of the salivary gland. Acta Otolaryngol. 1970;Supl:201-5.
2. Haddad A, Enepekides DJ, Manolidis S, Black M. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck: a clinicopathologic study of 37 cases. J Otolaryngol. 1995;24(3):2001-5.
3. Ruiz JG. Carcinoma de las glándulas salivares. Med Cutan Iber Lat Am. 2005;33(1):204-9.
4. Ascani G, Pieramici T, Messi M, Lupi E, Rubini C, Balercia P. Salivary glands tumours: a retrospective study of 454 patients. Minerva Stomatol. 2006 Apr;55(4):209-14.
5. Moro Melon M, Manrique Estrada C, Maseda Álvarez E, Pomar Blanco P, Llorente Pendas JL, Suárez Nieto C. Carcinoma adenoideo quístico de las glándulas salivares menores. Nuestra experiencia. Acta Otorrinolaringol Esp. 1999;50(5):387-91.

6. Chen AM, Bucci MK, Weinberg V, García J, Quivey JM, Schechter NR, et al. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck treated by surgery with or without postoperative radiation therapy: prognostic features of recurrence. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2006 Sep 1;66(1):152-9.
7. Maruya S, Namba A, Matsubara A, Kakehata S, Takeda I, Shirasaki T, et al. Salivary gland carcinoma treated with concomitant chemoradiation with intraarterial cisplatin and docetaxel. *Int J Clin Oncol.* 2006 Oct;11(5):403-6.
8. Younes MN, Park YW, Yazici YD, Gu M, Santillan AA, Nong X, et al. Concomitant inhibition of epidermal growth factor and vascular endothelial growth factor receptor tyrosine kinases reduces growth and metastasis of human salivary adenoid cystic carcinoma in an orthotopic nude mouse model. *Mol Cancer Ther.* 2006 Nov 5(11):2696-705.