

Carcinoma Ductal de parótida: A propòsito de un caso

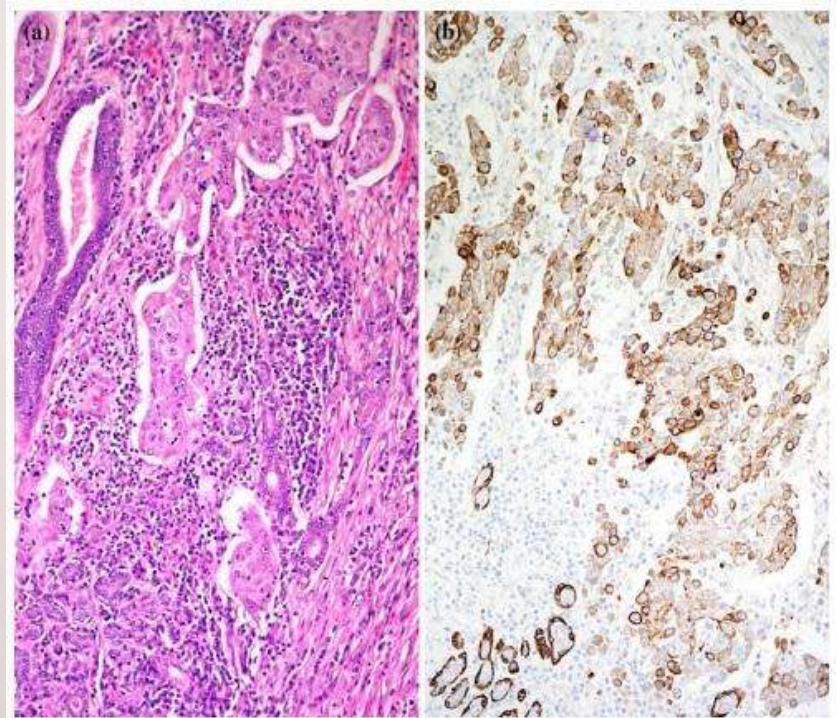
Hospital Universitari de Bellvitge

R. Bartel, J. Tornero, A. Rovira, A. Farre, M. Fulla, A. Aristimuño, H. Lares, M. Maños.



Definición y epidemiología

- Adenocarcinoma agresivo
- Similar a Ca ductal de mama de alto grado
- 4-6% de los Ca de Glándula salival



- Hombres > 50 años
- Adenoma Pleomorfo preexistente
- Mortalidad 60-80% en 5 años
- 33% recurrencias locales
- >50% metástasis a distancia

- Tipos histológicos
 - Adenocarcinoma
 - Papilar
 - Micropapilar → más agresivo
 - Mucinoso
 - Sarcomatoide
 - Oncocíticos

Marcadores

- Receptores estrogénicos α (-)
- Receptores androgénicos \rightarrow 80%
- HER-2/NEU (+) \rightarrow 15- 20%

Se clasifica según los tipos de marcadores (+)

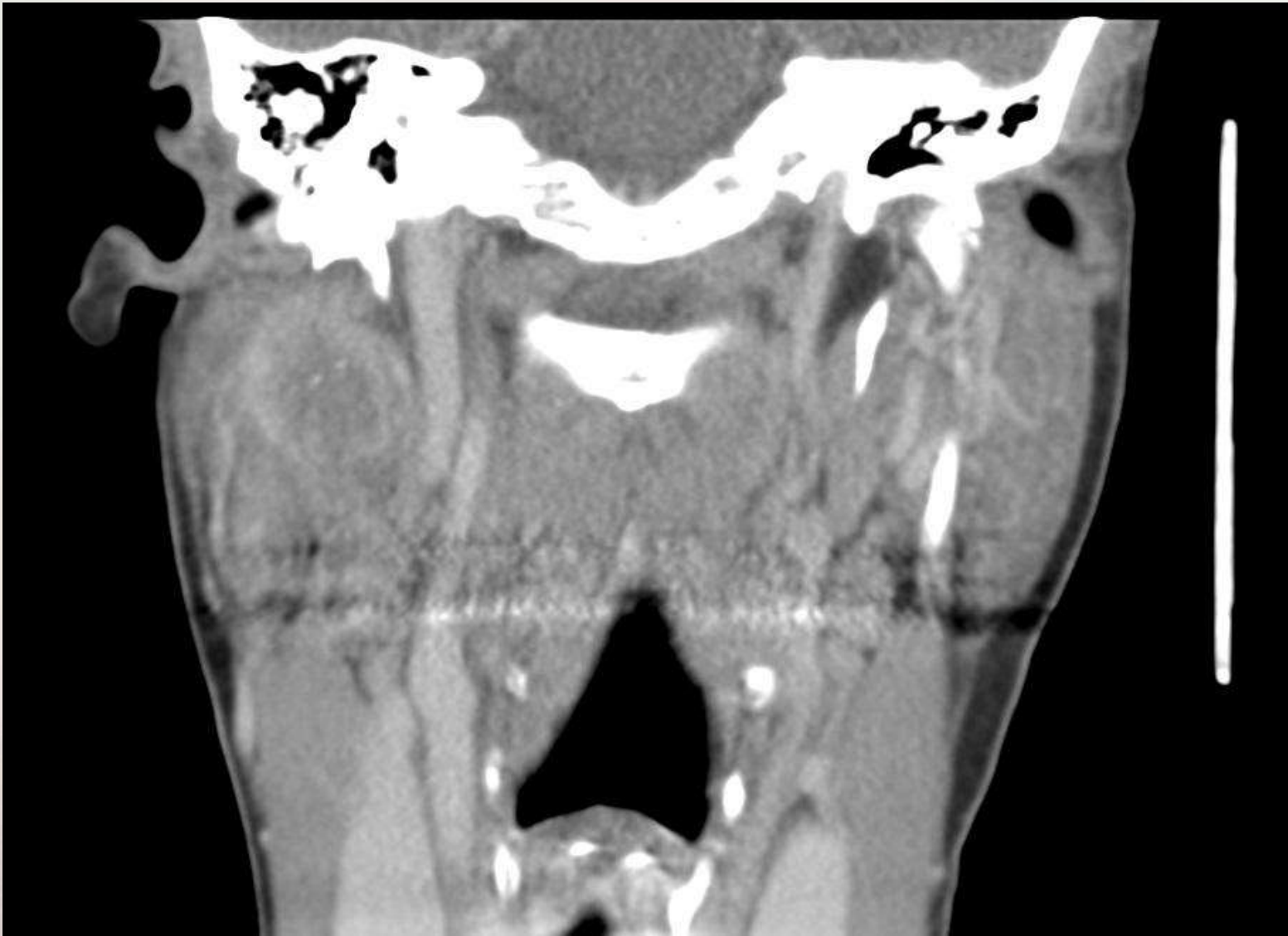
Tratamiento

- Parotidectomía radical
- Vaciamiento cervical ipsilateral
- Radioterapia
- +/- Quimioterapia específica según clasificación molecular

Caso

- ♀ 45 años sin antecedentes médico-quirúrgicos.
- Parálisis facial periférica HB VI
 - 2 meses de evolución
 - Progresiva sin respuesta a tratamiento médico
- Tumorción parotídea en relación a ángulo mandibular ipsilateral





TC DE CUELLO CON CONTRASTE (01.10.2014)

TROBALLES

Artefactes per amalgamas dentaris.

Tumoració parotídea profunda dreta (amb insinuació també cap al lòbul superficial) de centre necròtic, amb petites calcificacions i contorns mal definits e irregulars.

Medeix aprox **25x21x33mm** de diàmetre (TxAPxCC).

Adenopaties tumorals a caball entre estacions IIa-IIb dretes.

Altres ganglis de caràcter radiològic indeterminat IIa-IIb esquerres.

CONCLUSIÓ

--Tumoració parotídea profunda dreta de caràcter maligne (per alguna de les seves característiques radiològiques podria tractar-se d'un carcinoma mucoepidermoide) amb adenopaties tumorals ipsilaterals IIa- IIb.

RESULTATS DE CEX OTORRINOLARINGOLOGIA

Servei i Agenda Sol·licitant: CEX Otorrinolaringologia

Llit: Data: 07.10.2014

PAAF DE COLL GUIADA PER ULTRASONS (07.10.2014)

INFORME

Rere asèpsia i antisèpsia; es realitza PAAF ecoguiada de lesió parotidea profunda dreta i adenopatia Ila-b ipsilateral amb accés laterocervical discretament posterior.

No s'han produït incidències durant ni en el post-procediment immediat.

Les característiques ecogràfiques de la lesió i les adenopaties són congruents amb les ja descrites en exploració TC prèvia (01.10.2014).

PET- CT

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Estudio PET-TC que muestra:

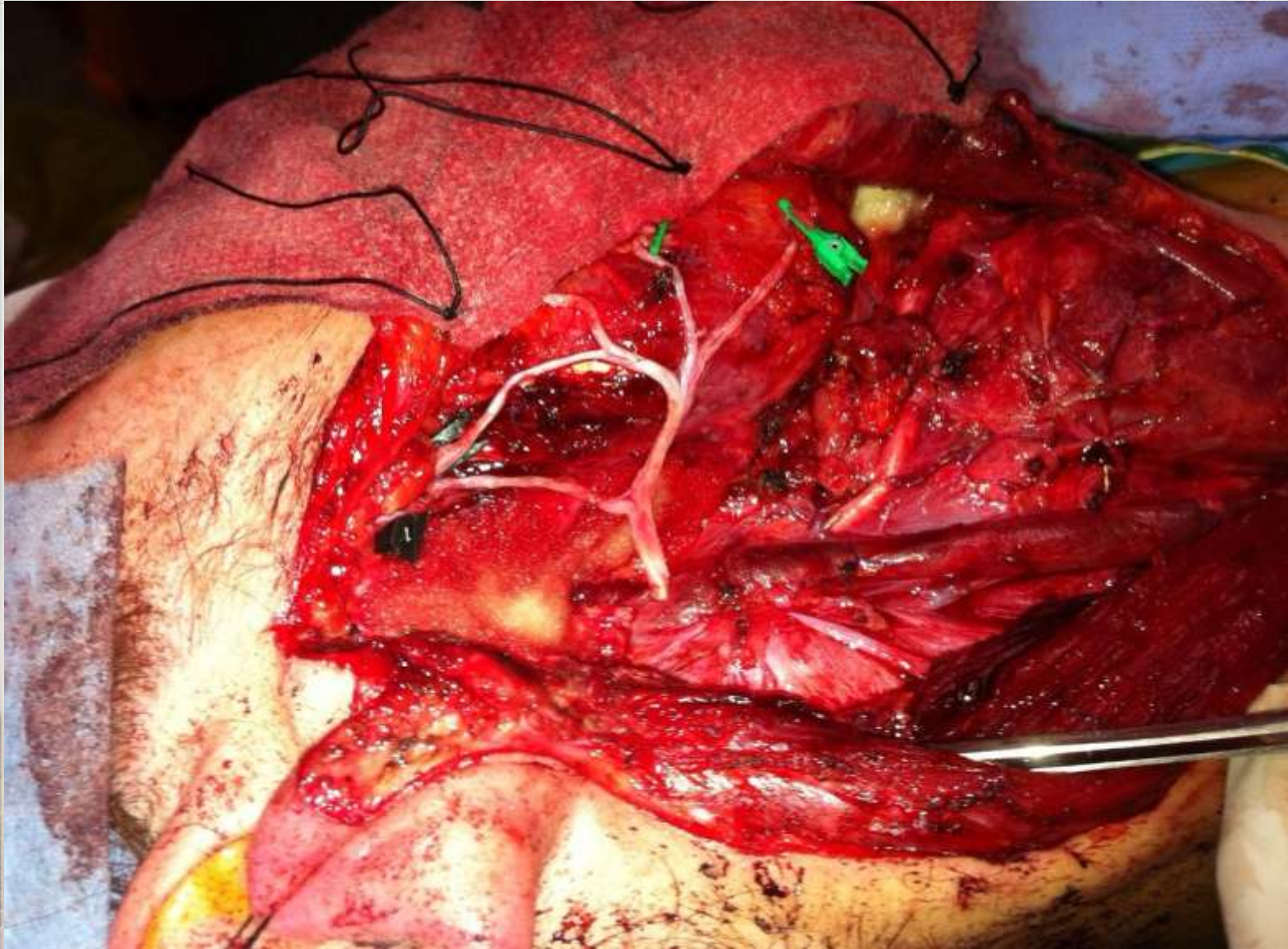
Tumoración hipermetabólica en parótida derecha compatible con malignidad.

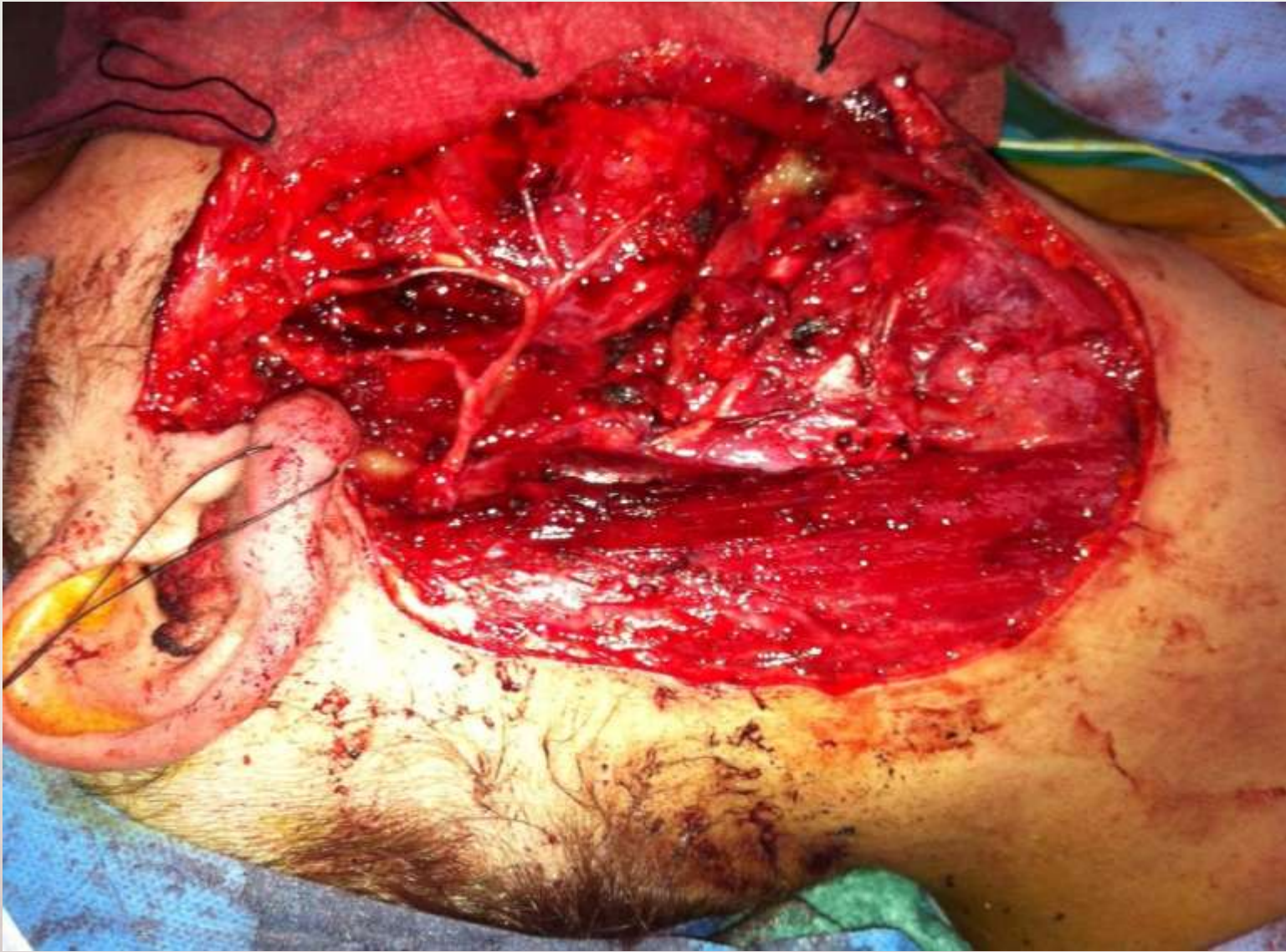
Adenopatías hipermetabólicas patológicas a nivel IIa-IIb derechas compatibles con infiltración tumoral.

Sin evidencia de otras lesiones hipermetabólicas en el resto de rastreo corporal que sugieran diseminación a distancia.

Tratamiento

- Parotidectomía radical derecha
- Vaciamiento ganglionar cervical funcional Niveles I, II, III y IV en bloque con pieza quirúrgica
- Microanastomosis 4 ramas distales n. facial con plexo cervical superficial
- Peso palpebra_l







Anatomía patológica

DIAGNÒSTIC:

A. Paròtida dreta, parotidectomia radical més buidatge supraomohioïdal dret:

CARCINOMA DUCTAL DE GLÀNDULA SALIVAL (Veure nota i perfil immunohistoquímic).

MIDA TUMORAL: 2,5 x 1,3 x 1,2 cm.

PRESENCIA D'EXTENSA INVASIÓ PERINEURAL.

PRESENCIA DE PERMEACIÓ VASCULAR.

MARGES DE RESECCIÓ: AFECTATS PER LA NEOPLÀSIA.

BUIDATGE GANGLIONAR SUPRAOMOHIOÏDAL:

GANGLIS AÏLLATS: 27.

GANGLIS METASTÀSICS: 16.

PRESENCIA D'INVASIÓ D'EXTENSIÓ EXTRACAPSULAR.

MIDA DE LA METÀSTASI MAJOR: 1,5 cm.

B. Glàndula submaxil·lar dreta, exèresi:

- SENSE ALTERACIONS SIGNIFICATIVES.

C. Adenopatia submaxil·lar dreta, exèresi:

- UN GANGLI LIMFÀTIC, SENSE EVIDÈNCIA DE METÀSTASI.

D. Apòfisi estiloides, exèresi:

- SENSE EVIDÈNCIA DE NEOPLÀSIA.

E. Múscul estilohioideu, biòpsia:

- SENSE EVIDÈNCIA DE NEOPLÀSIA.

NOTA:

En relació a la neoplàsia s'observen àrees amb abundant teixit fibromixoide que suggereixen que la neoplàsia s'ha originat sobre un tumor mixte-adenoma pleomorf de glàndula salival.

PERFIL IMMUNOHISTOQUÍMIC DE LA NEOPLÀSIA:

- Receptors d'andrògens: NEGATIUS.
- HER-2/NEU: POSITIU (+++).
- Receptors d'estrògens i progesterona: NEGATIUS.
- Índex de proliferació (Ki67: 60% DE NUCLIS POSITIUS).
- GCDFP15: POSITIVA.

* CONCLUSIÓ: G3, pT2 pN2b.

/sl

Tratamiento Adyuvante

- Radioterapia IM adyuvante
 - 66 greys
 - 2 greys a la semana por 5 sesiones por 7 semanas y 3 días
33 sesiones → ya finalizada

Tratamiento Adyuvante

- Quimioterapia específica
 - Dado tipo histológico y alto índice proliferativo se plantea adyuvancia idéntica a utilizada en Ca ductal de mama HER-2/ NEU (+)
 - Adriamicina 60mg/m²/3sem + Ciclofosfamida 600mg/m²/3sem → 4 Ciclos
 - Taxol 80mg/m²/sem → 8 Ciclos

- Trastuzumab
 - 4mg/kg 1 semana junto con Taxol
 - 2mg/kg hasta completar Taxol
 - 8mg/kg/3sem
 - 6mg/kg/3sem hasta completar 1 año

Trastuzumab for the Treatment of Salivary Duct Carcinoma

[Sewanti A. Limaye](#),^{✉a} [Marshall R. Posner](#),^c [Jeffrey F. Krane](#),^d [Maria Fonfria](#),^a [Jochen H. Lorch](#),^a [Deborah A. Dillon](#),^d
[Aditya V. Shreenivas](#),^a [Roy B. Tishler](#),^b and [Robert I. Haddad](#)^a

- 8 pacientes con tratamiento adyuvante
- 5 Pacientes con quimioterapia paliativa
 - Radioterapia
 - Quimioterapia: Placitaxel/ Carboplatino/ Trastuzumab
- Resultados
 - Seguimiento medio 27 meses
 - 5/8 (**62%**) se han mantenido libres de enfermedad en los 2 años de seguimiento
 - Todos los pacientes paliativos han respondido a la terapia
 - 1 → respuesta completa y se mantiene libre de enfermedad a los 52 meses de seguimiento.