



Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial

www.elsevier.es/recom



Página del residente. Soluciones

Carcinoma adenoide quístico

Adenoid cystic carcinoma

Ana María López López*, Cristina Maza Muela, Irene Vila Masana, Carlos Navarro Vila e José Ignacio Salmerón Escobar

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

El resultado de la nueva biopsia diagnóstica a la paciente de carcinoma adenoide quístico con metástasis pulmonares.

Los tumores de glándulas salivales constituyen aproximadamente el 5% de las neoplasias de cabeza y cuello.

El 50% de las neoplasias de la glándula submaxilar son malignas, siendo el carcinoma adenoide quístico el 12% de ellas. Descrito en 1856 por primera vez¹, este tipo de neoplasia se localiza en la glándula submaxilar en el 22% de las ocasiones. Del mismo modo que el adenoma pleomorfo es más frecuente en el sexo femenino, pero en edades más tardías, comprendidas entre los 50 y 70 años.

La localización más frecuente es en la parótida, siendo también frecuente en la glándula submaxilar y en las glándulas salivales del paladar.

Se caracteriza por un crecimiento lento y doloroso en el 30% de los casos² conforme la neoplasia aumenta. Sospecharemos patología tumoral maligna si se produce afectación de la rama marginal del facial, alteraciones del nervio hipogloso o hipoestesia del nervio lingual; sugiriendo todas ellas invasión perineural. Incluso los tumores pequeños pueden ser causa de anestesia o parálisis³.

Existen tres formas histológicas de carcinoma adenoide quístico: cribiforme, tubular y sólida. La mezcla de los patrones anteriores puede ocurrir en un mismo tumor, pero focos del patrón cribiforme suelen encontrarse incluso cuando predomina otro tipo⁴.

De forma locorregional, puede afectar a adenopatías cervicales próximas y es altamente neurotrópico. A distancia, son frecuentes las metástasis pulmonares incluso años después del tratamiento del tumor primario. También puede metastatizar en cerebro, hígado y riñón.

El diagnóstico se basa en la realización de una correcta historia clínica, una exploración física exhaustiva que incluya la palpación bimanual de la glándula y de las posibles adenopatías cervicales. Es imprescindible también un diagnóstico anatomopatológico (biopsia, PAAF). Para el diagnóstico de masas facio-cervicales son de utilidad las siguientes pruebas: ecografía (con o sin punción aspiración con aguja fina), la TC, la RNM. La TC, con respecto a la RNM, puede determinar afectación ósea precoz y metástasis regionales². En ocasiones tendremos que completar el examen del paciente con un estudio de extensión para descartar metástasis a distancia.

Su pronóstico de supervivencia disminuye a los 5-20 años, por lo que se recomienda un seguimiento exhaustivo. A los 5 años, el 45-80% de los pacientes viven y a los 10 años, entre el 22 y 44%¹. La invasión perineural se asocia a mayor tasa de recidiva y de metástasis a distancia⁵. La recurrencia local ocurre en aproximadamente el 32% de los casos y el riesgo de metástasis a distancia es de 40% incluso años después del tratamiento (tabla 1).

Su tratamiento, cuando afecta a la glándula submaxilar, consiste en la resección tumoral con márgenes de seguridad,

Véase contenido relacionado en DOI:
[10.1016/j.maxilo.2011.09.010](https://doi.org/10.1016/j.maxilo.2011.09.010).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dra.amllopezlopez@gmail.com (A.M. López López).

Tabla 1 – CLASIFICACIÓN TNM

T1	< 2 cm sin extensión parenquimatosa
T2	> 2 a 4 cm sin extensión parenquimatosa
T3	> 4 y/o extensión extraparenquimatosa
T4a	Piel, mandíbula, canal auditivo, nervio facial
T4b	Cráneo, pterigoides, arteria carótida

Fuente: AJCC, 7.^a edición, 2010

asociada a vaciamiento cervical en aquellos pacientes con adenopatías positivas clínicas o radiológicas. Algunos autores consideran la radioterapia postoperatoria en la totalidad de los casos por la alta tasa de recidiva, sin embargo, es un tumor poco radiosensible. Es recomendable en aquellos casos que presentan invasión perineural o perivascular⁵, márgenes positivos y tumores con clasificación TNM mayor o igual a T2. Los resultados del tratamiento combinado de cirugía y radioterapia son mejores que la cirugía aislada (80-95% casos de control locorregional en el tratamiento combinado, frente al 50% en el caso de tratamiento con cirugía aislada)¹.

Es importante un diagnóstico diferencial con otro tipo de neoplasias malignas que afectan a esta glándula, como el tumor mucoepidermoide y el adenocarcinoma. Existen otros tumores más raros como el carcinoma de células acinares, carcinoma de células ductales, carcinoma oncocítico, carcinosarcoma y carcinoma escamoso primarios.

En esta paciente debido a la ausencia de limitación para la vida diaria y a la irresecabilidad de la tumoración debido a su gran extensión que comprende el espacio paravertebral, suelo de la boca, región sinfisaria mandibular e infiltración de la pared faríngea se decidió tomar una actitud expectante con control de los trastornos funcionales que le pudiera ocasionar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maciejewski A, Szymczyk C, Wierżgon J. Outcome of surgery for adenoid cystic carcinoma of head and neck region. *J Craniomaxillofac Surg.* 2002;30:59-61.
2. Cohen AN, Damrose EJ, Huang RJ, Nelson SD, Blackwell KE, Calcaterra TC. Adenoid cystic carcinoma of the submandibular gland: A 35-year review. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;131:994-1000.
3. Salama AR, Ord RA. Clinical implications of the neck in salivary gland disease. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2008;40:445-58.
4. Darling MR, Schneider JW, Phillips VM. Polymorphous low-grade adenocarcinoma and adenoid cystic carcinoma: a review and comparison of immunohistochemical markers. *Oral Oncol.* 2002;38:641-5.
5. Avery CME, Moody AB, McKinna FE, Taylor J, Henk JM, Langdon JD. Combined treatment of adenoid cystic carcinoma of the salivary glands. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2000;29:277-82.

doi:10.1016/j.maxilo.2011.09.002

Abordaje transmandibular con extensión preauricular para el tratamiento de tumores del espacio parafaríngeo con expansión a base de cráneo

Transmandibular approach with preauricular extension for the treatment of parapharyngeal space tumours with skull base growth

Alfonso Mogedas Vegara*, Javier Gutiérrez Santamaría, Ismael Stern Cimino, Sergio Bordonaba Leiva e Nicolás Sierra Perilla Daniel Malet Hernández

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

La aparición de tumores de gran tamaño con afectación de espacios profundos como la base del cráneo y la parafaringe representan un reto para el cirujano maxilofacial debido a la gran cantidad de estructuras anatómicas vitales y a su compleja accesibilidad.

El adenoma pleomorfo de glándula salival es el tumor que más frecuentemente se encuentra afectando el espacio parafaríngeo ¹.

Se debe elegir un abordaje quirúrgico que permita el control proximal de los grandes vasos, la preservación de todos

Véase contenido relacionado en DOI:

10.1016/j.maxilo.2011.11.002.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alfmgvg@hotmail.com (A. Mogedas Vegara).