

## Carcinoma de células acinares de parótida con patrón folicular

### Parotid Acinar Cell Carcinoma with Follicular Pattern

Anibal Lázaro Serrú Estévez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3149-7972>

Frank Guevara Olazabal<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6547-9196>

Yulia Esther Martin Suárez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8016-7385>

<sup>1</sup>Hospital Docente de Oncología “María Curie,” Camagüey, Cuba.

<sup>2</sup>Hospital “Clínico Quirúrgico Docente “Amalia Simoni Argilagos.” Camagüey, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [alse15221@gmail.com](mailto:alse15221@gmail.com)

#### RESUMEN

**Introducción:** El carcinoma acinar de glándulas salivares es un tumor de bajo grado de malignidad que constituye entre el 1-6 % de los tumores malignos de glándulas salivares en general. El patrón folicular es el más raro, constituye aproximadamente el 5 % de los carcinomas acinares, son reportados pocos casos en la literatura internacional.

**Objetivo:** Describir paciente con tumoración parotídea recidivante

**Caso clínico:** Paciente masculino, piel negra, 54 años de edad, sin historia de enfermedades crónicas, que acude por tumor parotídeo izquierdo presentando antecedentes de haber recibido tratamiento quirúrgico sobre el mismo en el año 2008 y luego en 2015, cuando presentó una recidiva de dicha lesión.

**Conclusiones:** Aunque el patrón folicular encontrado es el más raro dentro de los carcinomas de células acinares a nivel mundial, el uso combinado de la biopsia por aspiración con aguja fina con la clínica y la evaluación radiológica puede reducir los errores diagnósticos.

**Palabras clave:** carcinoma de células acinares con patrón folicular; biopsia por aspiración con aguja fina preoperatoria; evaluación radiológica.

## ABSTRACT

**Introduction:** Acinar carcinoma of the salivary glands is a low-grade tumor of malignancy that ranges 1-6% of malignant tumors of the salivary glands in general. The follicular pattern is the rarest, it constitutes approximately 5% of acinar carcinomas. Few cases have been reported in the literature worldwide.

**Objective:** To report the case of a patient with a recurrent parotid tumor.

**Clinical case report:** This a male patient, black skin, of 54 years of age, with no history of chronic diseases, who came to the consultation for a left parotid tumor with a history of having been treated surgically in 2008 and then in 2015, when he had a recurrence of said lesion.

**Conclusions:** Although the follicular pattern found is the rarest among acinar cell carcinomas worldwide, the combined use of fine needle aspiration biopsy with clinical and radiological evaluation can reduce diagnostic errors.

**Keywords:** acinar cell carcinoma with follicular pattern; preoperative fine needle aspiration biopsy; radiological evaluation.

Recibido: 12/01/2021

Aprobado: 16/03/2021

## Introducción

El carcinoma de células acinares es reconocido como carcinoma maligno de bajo grado cuya incidencia representa del 1 al 6 % de los tumores malignos de las glándulas.<sup>(1,2,3)</sup>

A pesar de que apenas el 20 % de los tumores de parótida son malignos,<sup>(4)</sup> el 65 % de los carcinomas de células acinares nace en la glándula parótida, el 8 % en la submandibular y el 27 % en las glándulas salivares menores.<sup>(1)</sup>

Dicho carcinoma es el tercer tumor maligno de glándulas salivales más común en la edad adulta detrás del carcinoma mucoepidermoide y del carcinoma adenoideo

quístico. En la edad pediátrica es el segundo más frecuente por detrás del carcinoma mucoepidermoide.<sup>(2,3,5)</sup>

Es un poco más frecuente en el sexo femenino y la edad a la que se presenta es menor a la observada en otros tumores malignos.<sup>(4)</sup> La resección incompleta de este tumor lleva a una recurrencia de hasta un 35 %.

Las metástasis distantes, que ocurren en un 13 % de los pacientes, son más comunes en el hígado, los pulmones, los huesos (mayormente columna dorsal), el cerebro y la órbita contralateral.<sup>(5,6)</sup>

Por las características de estos tumores el propósito de este trabajo fue describir un paciente con tumoración parotídea recidivante con un diagnóstico posquirúrgico definitivo de carcinoma acinar de parótida con patrón folicular.

## Caso clínico

Paciente masculino, piel negra, 54 años de edad, con antecedentes de haber recibido tratamiento quirúrgico sobre tumor parotídeo izquierdo supuestamente benigno en el año 2008 y con recidiva en el 2015. Luego de unos meses de su última cirugía, le apareció un nódulo de rápido crecimiento en la zona operada, que llegó a alcanzar un gran volumen. Es valorado nuevamente por su médico quien lo remite al servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Oncológico “María Curie”.

Para ese momento, era evidente la presencia de parálisis facial izquierda y de una masa tumoral preauricular de aproximadamente 10 centímetros de diámetro, que se extendía desde la región parotídea izquierda hasta el límite inferior del nivel cervical III. (Fig. 1).



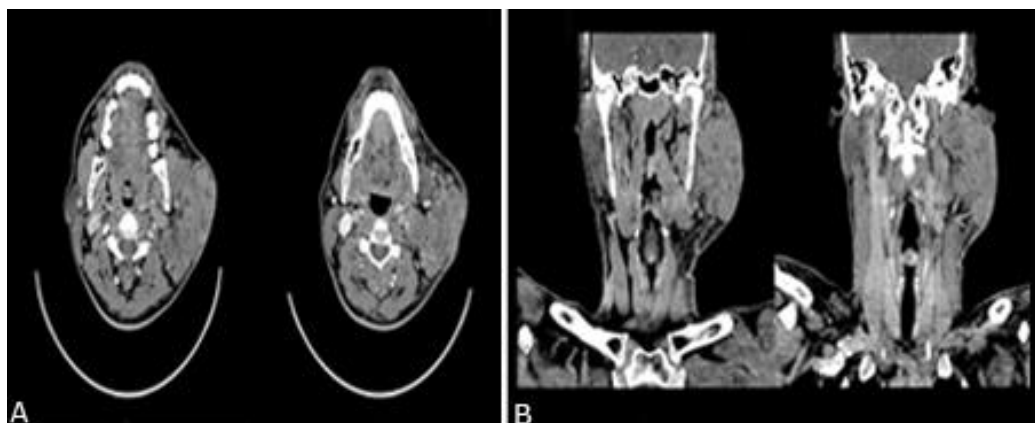
**Fig. 1** - Observese el tumor en la parótida izquierda.

A la palpación, la masa tumoral se sentía dura, con movilidad muy reducida y aunque no era dolorosa, impresionaba extenderse hasta tejidos profundos.

Se emite el diagnóstico presuntivo de tumor de glándula parótida izquierda de posible etiología maligna y se decide realizar estudios diagnósticos pertinentes, debido a lo cual se le indicó tomografía simple y contrastada de cabeza y cuello, estudios hematológicos y de química sanguínea, radiografía de tórax y Biopsia por Aspiración con Aguja Fina (BAAF) de la tumoración.

La biopsia por aspiración con aguja fina de parótida izquierda (B- 1701- 19): mostró un tumor epitelial primario benigno de glándula salival, variante tumor de Warthin.

Las imágenes tomográficas evidenciaron la presencia de imagen lobulada en glándula parótida izquierda de 8 centímetros en su diámetro mayor, que captaba de forma no homogénea el medio de contraste (Fig. 2 A), con gran vascularización, que se encontraba en íntimo contacto con la vena yugular interna ipsilateral, ocasionando un afinamiento de la misma sin infiltrarle. Se observó además infiltración del músculo masetero izquierdo y múltiples imágenes adénicas en niveles cervicales I al IV izquierdos (Fig. 2B).



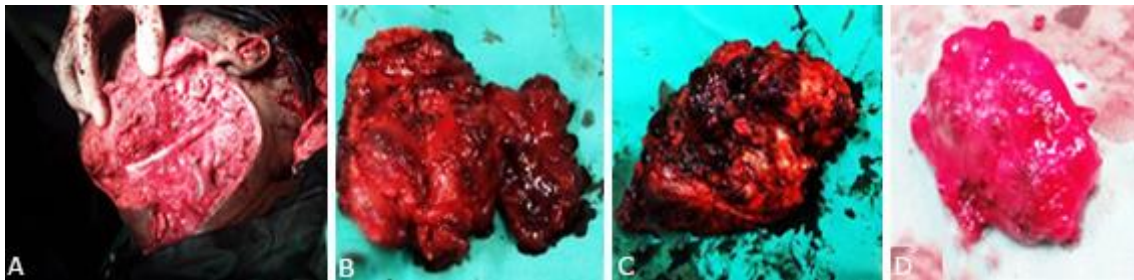
**Fig. 2** - Imágenes tomográficas. A) Imagen tumoral lobulada en glándula parótida izquierda. B) gran vascularización del tumor, que se observa en íntimo contacto con la vena yugular interna ipsilateral.

Los restantes estudios mostraron resultados normales.

Aunque la biopsia por aspiración con aguja fina informó el diagnóstico de tumor epitelial primario benigno de glándula salival, tanto el examen físico del paciente como la tomografía, sugerían la presencia de un tumor maligno debido a lo cual se decide realizar biopsia incisional de la lesión.

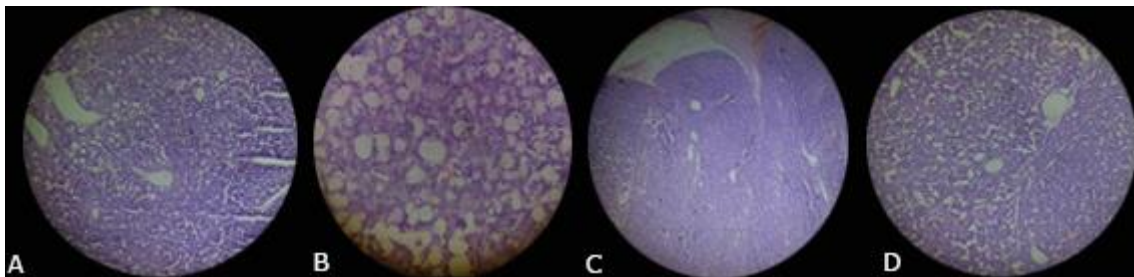
La biopsia incisional de parótida izquierda mostró tumor epitelial primario maligno de parótida de bajo grado: carcinoma acinar con patrón folicular primario de parótida.

Con dicho resultado histopatológico se decide realizar intervención quirúrgica del paciente. (Fig. 3A). Durante la misma se pudo comprobar que la tumoración infiltraba los músculos masetero y esternocleidomastoideo ipsilaterales además de una pequeña porción de piel del área parotídea. (Fig. 3B y 3C). Se realizó parotidectomía total y disección cervical radical modificada izquierdas con preservación de la vena yugular interna que incluyó los niveles ganglionares del I al IV, Se realizó además exeresis del músculo masetero afecto y de la piel infiltrada. (Fig. 3D)



**Fig. 3** - A. Cirugía. B. 1ra sección parotídea. C. 2da sección parotídea (infiltra músculo esternocleidomastoideo). D. Músculo masetero infiltrado

La biopsia de la pieza quirúrgica mostró un tumor epitelial primario maligno de parótida de bajo grado. Carcinoma acinar bien diferenciado con patrón folicular de parótida completamente resecado. Presencia de tres ganglios metastásicos y cinco hiperplásicos (Fig. 4).



**Fig. 4** - Imagen microscópica de la biopsia, nótese un carcinoma acinar bien diferenciado con patrón folicular de parótida. Diferentes cortes.

Posteriormente se decide indicar tratamiento radiante sobre el lecho quirúrgico y la región lateral izquierda del cuello, el cual culmina con una dosis total de tratamiento de 50 Gy. A los 14 meses de concluido su tratamiento el paciente se encuentra asintomático y con evolución satisfactoria. (Fig. 5)



Fig. 5 - Evolución posquirúrgica del paciente.

Se concluye con seguimiento evolutivo por parte del servicio de cirugía oncológica y el diagnóstico definitivo de carcinoma acinar de glándula parótida variante folicular.

## Discusión

El diagnóstico de los tumores malignos de glándulas es complejo, por lo que frecuentemente los enfermos son derivados de un Centro no especializado, no sin antes haberseles practicado la resección parcial o total de un tumor primario insospechado de maligno o simplemente con una biopsia quirúrgica en un sitio inapropiado.

Por otro lado, existen algunas razones que retrasan la sospecha de un cáncer; los tumores benignos, los procesos inflamatorios, litiásicos o metastásicos, los cuales comparten un signo común como es la presencia de un tumor.<sup>(2)</sup>

Este paciente tuvo dos cirugías previas de dicho tumor en centros no especializados y sin realizársele estudio anatomopatológico a los tejidos extirpados en las mismas.

De acuerdo a algunos investigadores, debido a la variedad y pleomorfismo de los tumores parotídeos, los citopatólogos pueden equivocarse el diagnóstico de las BAAF si no están especializados en los mismos. Sugieren además que la BAAF preoperatoria puede ser útil pero el valor de su resultado nunca debe ser superior a la experiencia clínica del cirujano y hallazgos quirúrgicos intraoperatorios. El uso combinado de la BAAF con la clínica y la evaluación radiológica ayuda a reducir los falsos positivos y falsos negativos.<sup>(6,7,8)</sup>

La discusión en colectivo del caso fue muy importante en este punto, pues guiados por la clínica y la tomografía no se aceptó el resultado de la BAAF, lo que llevó al diagnóstico certero posterior del tipo de tumor con el que se estaba lidiando. Microscópicamente se describen cuatro patrones de crecimiento que en orden decreciente de frecuencia son: el sólido, el microquístico, el papilar quístico y el folicular. El tumor puede estar compuesto por un patrón o por varios, pero se clasifica por el patrón más común en él. El patrón folicular encontrado en este paciente es el más raro, constituyendo aproximadamente el 5 % de los carcinomas acinares.<sup>(8,9)</sup>

El tratamiento de elección para aquellos carcinomas acinares que no presentan evidencia de metástasis distantes es la cirugía, tratando además de lograr márgenes quirúrgicos libres de tumor. La envergadura de la operación dependerá de la extensión anatómica locorregional del tumor. En casos avanzados puede requerirse resección de piel, del músculo masetero y de huesos como la mandíbula en su porción posterior y del hueso temporal.<sup>(6,10)</sup>

El paciente al diagnóstico presentaba parálisis facial izquierda y extensión a los músculos esternocleidomastoideo y masetero del mismo lado de la lesión con infiltración, además, de una pequeña porción de piel del área parotídea lo que llevó a una exéresis más amplia de tejidos.

Estudios realizados recientemente observaron que la realización de disecciones cervicales disminuye el número de recurrencias regionales. Se sugiere que



tumores de gran tamaño y tumores de alto grado se beneficiarían con la disección de niveles II al IV.<sup>(6)</sup>

Desde el inicio se estadió al paciente en una etapa IVa (T4a N0 M0) por lo que la disección cervical fue favorable a su etapa de la enfermedad.

Los carcinomas acinares de bajo grado, en etapas tempranas (I o II) y bien resecaados no necesitan recibir radioterapia y su pronóstico solamente con la cirugía es excelente.<sup>(6)</sup>

En el caso de enfermedad recurrente, clasificación T avanzada (T3/T4), márgenes quirúrgicos patológicamente positivos, ganglios cervicales metastásicos, invasión perineural y enfermedad de alto grado, la radioterapia adicional o adyuvante está indicada lo que según estudios internacionales dobla las posibilidades de estar libre de enfermedad al término del tratamiento.<sup>(1,2,6,10)</sup>

Se concluye que aunque el patrón folicular encontrado es el más raro dentro de los carcinomas de células acinares a nivel mundial el uso combinado de la BAAF con la clínica y la evaluación radiológica puede reducir los errores diagnósticos.

## Referencias bibliográficas

1. Jaramillo JC, Esquivel AM, Cuello G, Holguín JA, Echandía C. Caracterización de un grupo de pacientes atendidos por masa parotídea en una institución de tercer nivel. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello. Colombia. 2018;4(2):144-9.
2. Marteletti C. Carcinoma de las glándulas salivales. Rev Argent Cirug 2017;109(2):68-72.
3. Pinheiro J. Salivary gland tumors at CHSJ (2005 - 2015). Acta Med Portuguesa. 2018;31(11):641-47.
4. Araújo P, Jardim A, Subtil J, Machado P, Montalvão P, Saraiva J. Carcinoma de Células Acinares da Parótida: Caso Clínico. Gazeta Médica de Portugal. 2017;3(4):6-14.

5. Cirqueira D, Rodrigues G, Ferreira T, Ribeiro Vi. Neoplasias malignas de glândulas salivares: Uma revisão de literatura. Rev Pat Tocantins. 2016;3(4):2-16.
6. Vander V, Triantafyllou A, Bishop J, Hauben E. Salivary acinic cell carcinoma: reappraisal and update. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016; 27(3):3511-31.
7. Fazilet A, Yalcin A, Resit M, Husamettin Y. Is fine needle aspiration biopsy reliable in the diagnosis of parotid tumors? Comparison of preoperative and postoperative results and the factors affecting accuracy. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. 2019;85(3):275-81.
8. Rosero D, Alvarez R, Gambó P, Alastuey M, Valero A, Torrecilla N, et al. Acinic Cell Carcinoma of the Parotid Gland with Four Morphological Features. Iranian Journal Pathology. 2016 ;11(2):181-5.
9. Demirciler Yavas Betül, Kahveci Orhan Kemal, Uygur Esra Kacar, Emre Tokyol Çiğdem. Very Rare Salivary Gland Tumor: Follicular Variant of Acinic Cell Carcinoma. J. Kartal TR. 2016;27(3):250-3.
10. Castro Carrión MC, Reyes Morales OL. Carcinoma de células acinares. Reporte de caso y revisión de la literatura. Revista Médica Carrionica 2016; 3(2):138- 43.

### Conflicto de intereses

Los autores no refieren conflictos de intereses.

### Contribuciones de los autores

*Anibal Lázaro Serrú Estévez*: Presentó la idea original del trabajo, realizó el estudio del caso y revisó la bibliografía.

*Frank Guevara Olazábal*: Realizó el estudio del caso y revisó la bibliografía.

*Yulia Esther Martin Suárez*: Revisó la bibliografía y redactó el texto final.