

Caso clínico

Metástasis parotídea de un carcinoma renal: A propósito de un caso

Alfonso Mogedas Vegara^{a,*}, Josep Rubio Palau^a, Javier Gutiérrez Santamaría^a, Sergio Bordonaba Leiva^a, Jorge Pamias Romero^a, Guillermo Raspall^a y Carlos Mendieta Fiter^b

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

^b Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de junio de 2011

Aceptado el 2 de agosto de 2011

On-line el 21 de abril de 2012

Palabras clave:

Metástasis parotídea

Carcinoma renal

Parotidectomía

Glándulas salivales

Keywords:

Parotid metastasis

Renal cell carcinoma

Parotidectomy

Salivary glands

R E S U M E N

La aparición de metástasis de un carcinoma renal a nivel parotídeo es un fenómeno poco frecuente.

En la literatura indexada, solo se han descrito 29 pacientes desde 1986.

Presentamos un paciente de 61 años, que tras cinco años de la realización de una nefrectomía unilateral por un carcinoma renal de células claras, desarrolló una metástasis de localización parotídea.

© 2011 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Parotid metastasis of renal carcinoma: A case report

A B S T R A C T

Metastatic spread of renal cell carcinoma to the parotid gland is rare.

In the indexed literature, with only 29 patients recorded since 1986.

The case of a 61-year-old patient who developed parotid metastasis of renal cell carcinoma five years after unilateral nephrectomy is reported.

© 2011 SECOM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La aparición de metástasis a nivel de las glándulas salivales es un fenómeno muy poco habitual. Respecto a la glándula

parotídea, los tumores que más corrientemente metastatizan en ella son los melanomas, carcinomas escamosos, retinoblastoma, carcinoma de células de Merkel, carcinoma de mama, hepatocelular, próstata, estómago, pulmones y riñón.

* Autor para correspondencia.

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

1130-0558/\$ – see front matter © 2011 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.maxilo.2011.08.009

La localización más usual de las metástasis del carcinoma renal son por orden de frecuencia el pulmón, huesos, hígado, cerebro y piel, correspondiendo solo de un 8-14% las que afectan al territorio de la cabeza y cuello¹.

Desde 1986 solo 29 casos de metástasis parotídea de carcinoma renal se han descrito en la literatura.

A continuación presentamos el caso de un paciente que presentó este tipo de cuadro tras cinco años de la realización de la nefrectomía.

Caso clínico

El paciente es un varón de 61 años. Como antecedentes patológicos destacaba ser alérgico a claritromicina, padecer esófago de Barret, temblor esencial y de anemia ferropénica crónica. Su madre falleció tras un carcinoma renal.

Fue intervenido en 2005 de carcinoma renal (p T3b Nx M1). Presentaba en el momento del diagnóstico metástasis suprarrenales bilaterales, lesión metastásica a nivel pulmonar y dudosa hepática. Se le realizó nefrectomía derecha y suprarrenalectomía izquierda. Posteriormente, inició ensayo clínico con interferón y bevacizumab con respuesta parcial de las lesiones metastásicas.

En 2010 tras la aparición de tumoración parotídea se realiza una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecografía compatible con metástasis de carcinoma renal.

Para estudio de la extensión de la lesión se realiza una resonancia magnética (RM) cervical en la que se visualiza una tumoración a nivel parotídeo derecho que compromete tanto el lóbulo superficial como el profundo y que tiene un tamaño de 2,6*3,4*3,4 cm y es compatible con una tumoración metastásica (fig. 1).

La tomografía por emisión de positrones (PET) realizada informa de una lesión hipermetabólica a nivel parotídeo derecho compatible con proceso metastásico.

Tras el estudio por parte de nuestro comité de tumores se decidió como tratamiento de elección la realización de una parotidectomía radical debido a la afectación de ambos lóbulos parotídeos (figs. 2 y 3).

La anatomía patológica reveló una masa de patrón morfológico e inmunohistoquímico compatible con metástasis de carcinoma de células claras renales. Para esta caracterización fue necesario emplear citoqueratinas, antígeno epitelial de membrana (EMA), vimentina y cd10 (fig. 4). Así mismo, se puso de manifiesto la afectación de estructuras profundas vasculares y nerviosas por lo que se decidió realizar radioterapia postoperatoria.

En el postoperatorio el paciente realizó un episodio de seroma a nivel de la herida quirúrgica que fue resuelto sin complicaciones. La evolución postoperatoria fue favorable y fue dado de alta, realizándose control de las heridas en consultas externas.

Discusión

La aparición de metástasis a nivel de la glándula parótida es un fenómeno poco ordinario. El origen más común de las metástasis a este nivel procede de melanomas y de carcinomas escamosos de piel del área de la cabeza y cuello con una

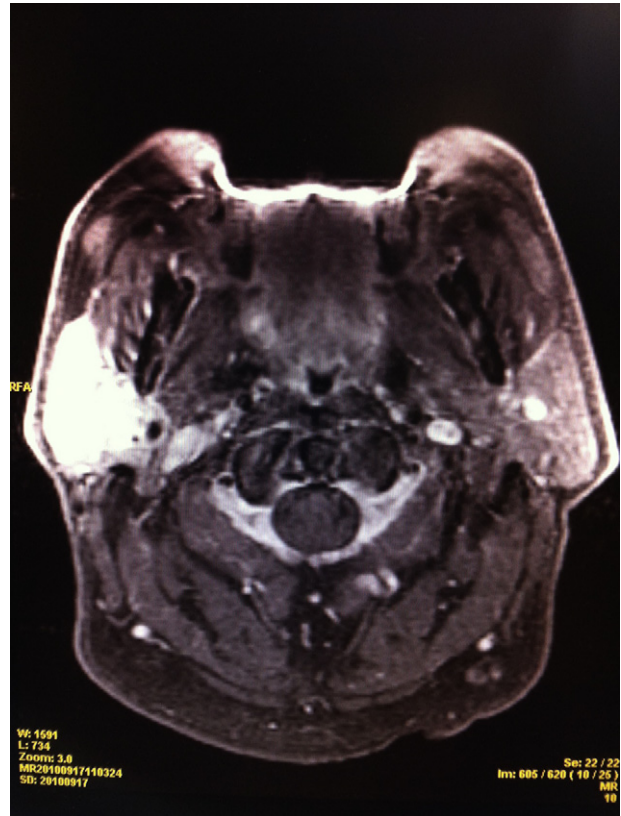


Figura 1 – RM preoperatorio.

proporción del 45 y 37%, respectivamente¹⁻². Otros tumores localizados fuera del área de la cabeza y cuello también son capaces de metastatizar a la parótida, tales como los tumores gastrointestinales y los carcinomas de mama, de próstata y riñón³.

De todas las tumoraciones que afectan a la glándula parotídea, entre un 15 y un 35% son malignas, y de estas entre un 21 y un 42% son procesos metastásicos⁴.

La aparición de metástasis a nivel parotídeo con origen en un carcinoma renal es un proceso extremadamente poco frecuente. En la literatura revisada solo se ha descrito 29 casos desde 1986 hasta la fecha^{1,4-10}.



Figura 2 – Delimitación de la masa e infiltración preoperatoria.

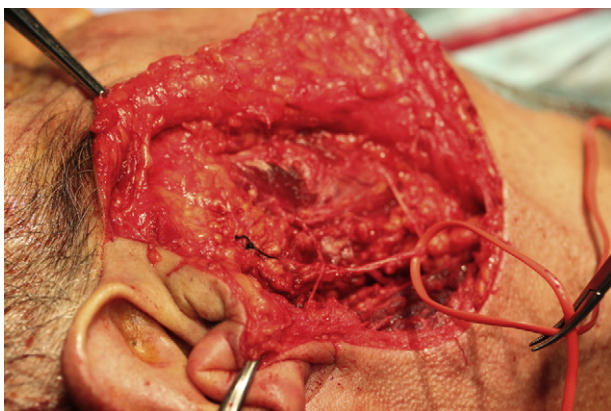


Figura 3 - Lecho quirúrgico tras parotidectomía total.

Los tumores de células renales son más habituales en varones entre la sexta y octava décadas de la vida y las localizaciones por orden de frecuencia donde suelen metastatizar son pulmón, hueso, hígado, cerebro y piel. Solo de un 8 a un 14% metastatizan a cabeza y cuello.

La glándula parótida contiene alrededor de 20 ganglios concentrados en el lóbulo superficial, por ello, las metástasis pueden llegar tanto por vía linfática como hematogena. La glándula submandibular en contraposición no tiene ganglios linfáticos y las metástasis a este nivel son exclusivamente a través de la sangre². La vía de diseminación de los tumores renales de células claras hacia parótida es fundamentalmente vascular ya que están ricamente vascularizados⁵.

Los procesos parotídeos metastásicos suelen caracterizarse por no presentar sintomatología. En la mayoría de los casos que aparecen descritos en la literatura, la aparición de una tumoración asintomática a nivel de la parótida fue el primer signo de la enfermedad. Las tumoraciones descritas coinciden en ser móviles, duras, bien definidas y no dolorosas⁶.

El período de tiempo entre la aparición del tumor renal y la metástasis parotídea varía en la literatura revisada. En aproximadamente un 50% de ellos la aparición de la metástasis

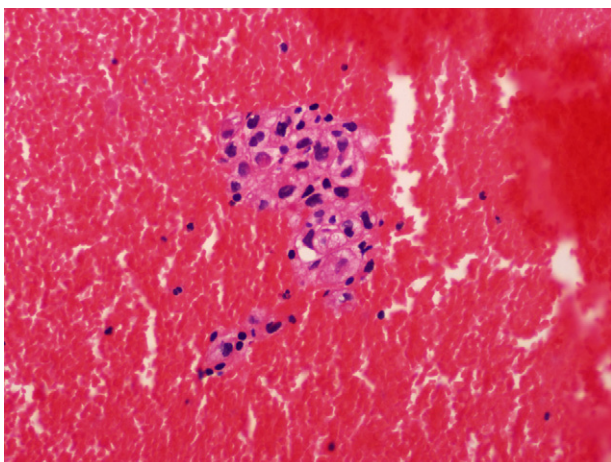


Figura 4 - Tinción hematoxilina eosina 40X.

a nivel parotídeo fue el primer signo de la patología renal, mientras que en el resto de los pacientes el lapso de tiempo entre la aparición del tumor renal y la metástasis parotídea va de meses hasta 10 años.

Es necesario realizar pruebas diagnósticas para poder filiar la tumoración. Se emplea la PAAF y la RM, en primer lugar para confirmar el origen histológico y la segunda nos permite un estudio pormenorizado de la localización, tamaño y relación con estructuras anatómicas vecinas.

El ocasiones se pueden obtener falsos positivos y negativos en la PAAF. La presencia de una población celular heterogénea, vacuolas citoplasmáticas pequeñas, depósitos de hemosiderina y un ratio núcleo-citoplasmático bajo ayuda a diferenciar el carcinoma de células renales de otras neoplasias malignas⁷⁻⁹.

En cuanto a la actitud terapéutica a la hora de abordar procesos metastásicos a nivel parotídeo debe de estar enfocado en un primer momento a la realización de una parotidectomía superficial preservando el nervio facial si hay afectación del lóbulo superficial únicamente, o radical, si también hay afectación del lóbulo profundo. Si la tumoración afecta como en nuestro caso a estructuras profundas, vasos y nervios se puede emplear la radioterapia postoperatoria¹⁰. La realización del vaciamiento ganglionar cervical debe realizarse en aquellos casos de tumoraciones parotídeas de gran tamaño y en aquellas en las que se evidencia la aparición de metástasis a nivel de los ganglios cervicales.

Conclusiones

Las metástasis más frecuentes a nivel parotídeo proceden de melanomas y de carcinomas de células escamosas del territorio cervicofacial.

La presentación de metástasis a este nivel, procedentes de un carcinoma renal, es un fenómeno extremadamente raro, aunque se debe tener en cuenta ante la aparición de una tumoración en esta localización en pacientes con historia de carcinoma renal.

La vía de diseminación de estos tumores es hematogena debido a que están muy bien vascularizados.

Suelen ser procesos asintomáticos que incluso pueden manifestarse tras 10 años de haber realizado la nefrectomía. Aproximadamente en la mitad de los casos su manifestación se corresponde con el primer signo de enfermedad renal.

Debemos solicitar una PAAF junto con estudios inmunohistoquímicos para confirmar nuestro diagnóstico, así como pruebas de extensión como una RM.

El tratamiento a tener en cuenta debe de ser la parotidectomía superficial intentando conservar el nervio facial, si solo se encuentra el lóbulo superficial involucrado o radical si hay afectación de ambos lóbulos, acompañada de radioterapia postoperatoria si hay afectación de estructuras profundas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spreafico R, Nicoletti G. Parotid metastasis from renal cell carcinoma: A case report and review of the literatura. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2008;28:266-8.
2. Barnes L. Metastases of the head and neck: An overview. *Head Neck Pathol.* 2009;3:217-24.
3. Nuyens M, Schüpbach J, Stauffer E, Zbären P. Metastatic disease to the parotid gland. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006;135:844-8.
4. Patiño Seijas B, Lorenzo Franco F, Martín Sastre R, Álvarez García A, López-Cedrún Cembranos JL. Metastatic renal cell carcinoma presenting as a parotid tumor. *Oral Surg Oral med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;99:554-7.
5. Park YW, Hliviko TJ. Parotid gland metastasis from renal cell carcinoma. *Laryngoscope.* 2002;112:453-6.
6. Li L, Friedrich Reinhard E, Schmelzle R, Donath K. Metachronous Bilateral-Metastases of renal cell carcinoma to the parotid gland. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001;59:434-8.
7. Mrena R, Leivo I, Passador-Santos F, Hagström J, Mäkitie Antti A. Histopathological findings in parotid gland metastases from renal cell carcinoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2008;265:1005-9.
8. Tabatabai ZL, Staerke GA. Distinguishing primary and metastatic conventional renal cell carcinoma from other malignant neoplasms in fine-needle aspiration biopsy specimens. *Arch Pathol Lab Med.* 2005;129:1017-21.
9. Andreadis D, Nomikos A, Barbatis C. Metastatic renal clear cell carcinoma in the parotid gland: A study of immunohistochemical profile and cell adhesion molecules (CAMs) expression in two cases. *Pathol Oncol Res.* 2007;13-22.
10. Wayne M, Wang W, Bratcher J, Cumani B, Kasmin F, Cooperman A. Renal cell cancer without a renal primary. *World J Surg Oncol.* 2010;8:18.