



Página del residente. Soluciones

Metástasis de melanoma con primario desconocido en ganglio linfático intraparotídeo

Metastatic melanoma in the intraparotid lymph node from an unknown primary

Sara Blanco-Sanfrutos^{a,*}, Beatriz Peral-Cagigal^a, Pilar González-Márquez^b
y Carlos Jacobo Baró-Alonso^a

^a Servicio Regional de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario del «Río Hortega», Valladolid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario del «Río Hortega», Valladolid, España

Material y métodos

El resultado de la punción fue por tanto un nódulo preauricular positivo para células tumorales malignas, sugestivo de metástasis de melanoma.

Se realizó la búsqueda del tumor primario mediante una exploración física exhaustiva, especialmente de mucosa oral, nasal y cuero cabelludo, incluyendo fibroscopia. La RM en busca de localizaciones atípicas como septum y coroides así como la tomografía computerizada (TC) no obtuvieron hallazgos.

En este tiempo el paciente aportó un informe de otro centro, fechado en noviembre de 2006, en el que se informaba de una lesión extirpada en dorso nasal con resultado anatomopatológico compatible con nevus azul. La información fue revisada en el centro de origen y el dictamen definitivo fue el de nevus melanocítico compuesto (nevus melanocítico y nevus azul), con riesgo mínimo pero real de comportamiento anómalo.

El paciente fue intervenido bajo anestesia general en febrero de 2009, realizándose parotidectomía total con conservación de ramas del nervio facial y vaciamiento ganglionar cervical supraomohioideo izquierdo. (figs. 1 y 2).

El informe definitivo anatomopatológico mostró un lóbulo superficial parotídeo con metástasis de melanoma en 3 de los 7 ganglios extirpados, positivos para S100 y HMB45 y sin signos de invasión extracapsular. No se evidenció infiltración neoplásica en lóbulo profundo ni en ninguno de los 14 ganglios cervicales extirpados con la linfadenectomía.

El paciente no tuvo complicaciones posquirúrgicas y recuperó la funcionalidad del facial. Fue remitido a oncología donde se benefició de terapia adyuvante con interferon alfa 2b. Tras 2 años y medio de seguimiento el paciente permanece asintomático y las pruebas de imagen (RM) seriadas no han mostrado signos de recidiva.

Discusión

La patología metastásica en glándula parótida tiene origen mayoritariamente en las neoplasias cutáneas, sobre todo el carcinoma cutáneo de células escamosas y en el melanoma^{1,2}, aunque también se describen casos de carcinoma de células de Merkel, extensión de neoplasias intraorales o linfomas.

Un tercio de los melanomas se originan en cabeza y cuello, y de estos el 20% aproximadamente desarrolla metástasis

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2011.12.005>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: blancosanfrutos@gmail.com (S. Blanco-Sanfrutos).

1130-0558/\$ – see front matter © 2012 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.05.004>



Figura 1 – Pieza en monobloque que se envía a Anatomía Patológica, con parotidectomía total (T) y disección cervical niveles I a III (marcadas).

regionales³. Los pacientes con metástasis parotídeas clínicamente palpables tienen una alta tasa de metástasis cervicales ocultas, entre el 28 y el 58%¹. La supervivencia a 10 años oscila de 45 a 72%, siendo de un 34% si se trataba de macrometástasis. Una vez detectada extensión a distancia la esperanza de vida descende hasta los 6 meses⁴.

Los melanomas de origen desconocido pueden explicarse por regresión espontánea de un melanoma cutáneo, haciéndose inaparente. Es solo parcial en 10-35% de casos, y muy raramente completa (2-4% del total)⁵. Además de la exploración física exhaustiva, es imprescindible interrogar a los pacientes por la historia de cirugía cutánea previa. En ocasiones, olvidan o no consideran importante una escisión o incluso han sido tratados con crioterapia, láser o 5 fluorouracilo y no existe la confirmación histopatológica.



Figura 2 – Lecho quirúrgico tras extirpación de la pieza en el que se evidencian las ramas disecadas del tronco del nervio facial.

El PET scan no está indicado en estadios precoces de la enfermedad por tener una sensibilidad inferior al TC y un elevado número de falsos positivos⁶.

El tratamiento quirúrgico estándar es al menos parotidectomía superficial conservadora. La resección de lóbulo profundo sigue siendo opcional.

Los melanomas de cara y la parte anterior del cuero cabelludo suelen drenar a parótida y niveles ganglionares cervicales I a III, realizándose la disección hasta nivel supraomohioideo en el presente caso. No obstante, la disección cervical en cuellos sin evidencia clínica ni radiológica de diseminación ganglionar sigue estando controvertida, a pesar de la mencionada incidencia de metástasis ocultas. Si bien se recomienda considerar el vaciamiento cervical electivo a partir del estadio II de Clark en el primario, no existen datos prospectivos que indiquen un mejor control locorregional ni mejoría de la supervivencia global⁷.

El único quimioterápico con actividad como adyuvante en el melanoma ha demostrado ser el interferón alfa 2b, con una mejoría del 10% en el intervalo libre de enfermedad a 5 años y un ligero impacto en la supervivencia global⁸. Estos beneficios hay que tamizarlos con una considerable aunque reversible toxicidad. Los criterios de utilización de radioterapia coadyuvante son: existencia de conglomerado adenopático, extensión extracapsular, gran número de adenopatías o importante tamaño de las mismas.

Conclusión

Las adenopatías de la región parotídea requieren un diagnóstico y tratamiento precoces por poder tratarse de metástasis de melanomas malignos cervicofaciales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Clark J, Sneddon L, O'Brien C. Management of Cancer Metastatic to the Parotid Gland. En: Myers E, Ferris R, editores. Salivary gland disorders. 1ª ed. Berlin: Springer-Verlag; 2007. p. 383-92.
- O'Brien C, Pathak I, Mc Mahon J. Cutaneous melanoma of the head and neck. En: Rhys Evans P, Montgomery Q, Gullane P. Head and Neck Oncology. 1ª ed. London: Martin Dunitz; 2003. p. 767-69.
- Lentsch EJ, Myers JN. Melanoma of the head and neck: current concepts in diagnosis and management. Laryngoscope. 2001;111:1209-22.
- Balch CM, Soong HJ, Shaw HM, et al. An analysis of prognostic factors in 8500 patients with cutaneous melanoma. En: Balch CM, Houghton AN, Milton GW, et al., editores. Cutaneous Melanoma. Philadelphia: Lippincott; 1992. p. 165-87.
- Cohen PJ, Hofmann MA, Sterry W, Schwartz RA. Melanoma. En: Schwartz RA, editor. Skin cancer. Recognition and Management. 2ª ed. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2008. p. 152-199.
- Wagner JD, Schauwecker D, Davidson D, Logan T, Coleman JJ, Hutchins G, et al. Inefficacy of F-18

- fluorodeoxy-D-glucose-positron emission tomography scans for initial evaluation in early stage cutaneous melanoma. *Cancer*. 2005;104:570-9.
7. Nuyens M, Schüpbach, Stauffer E, Zbären P. Metastatic disease to the parotid gland. *Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2006;135:844-8.
8. Australian Cancer Network Melanoma Guidelines Revision Working Party. Clinical Practice Guidelines for the Management of Melanoma in Australia and New Zealand. The Cancer Council Australia and Australian Cancer Network, Sydney and New Zealand Guidelines Group, Wellington (2008).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.05.004>

Carcinoma linfoepitelial primario de glándula parótida

Primary lymphoepithelial carcinoma of the parotid gland

Alejandro Thomas Santamaría^{a,*}, Belen Leno Dasi^a
Laura García Monleón^b y Juan José Verdaguer^a

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

^b Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital del Vinalopó, Elche, España

Un caso poco habitual y de manejo controvertido

Tras ser evaluada por el Comité de tumores de nuestra Institución, la paciente fue sometida a una parotidectomía total derecha conservadora del nervio facial junto con un vaciamiento cervical selectivo del nivel IB, II y III.

El análisis anatomopatológico de la pieza confirmó el diagnóstico de carcinoma linfoepitelial primario de parótida, sin observarse afectación de ninguna de las 19 adenopatías estudiadas. Posteriormente fue tratada con radioterapia adyuvante (60 Gy) sobre el lecho quirúrgico parotídeo.

A los 2 años la paciente esta asintomática, libre de enfermedad y sin secuelas significativas.

Discusión

El carcinoma linfoepitelial fue descrito por primera vez por Hildermann en 1962.) El carcinoma linfoepitelial no nasofaríngeo de cabeza y cuello es una entidad muy infrecuente y representa menos del 1% de los tumores malignos de la glándula parótida¹.

En la literatura se ha descrito este tipo histológico en otras localizaciones de cabeza y cuello como: nasofaringe, suelo de boca, laringe, mandíbula, timo y senos paranasales². También se han encontrado en otras localizaciones del organismo

como los conductos biliares, las glándulas de Bartolino, el cérvix uterino, el páncreas o el estómago. Cuando afecta las glándulas salivales la localización más frecuente es la glándula parótida. Normalmente se asocia a la infección por el virus del Epstein-Barr en áreas geográficas endémicas (Islandia, Canadá, Japón y sureste de China)³. En áreas no endémicas y en raza caucásica se asocia menos al virus del Epstein Barr y es muy poco frecuente. Suele mostrar una predilección por las mujeres de mediana edad (50 años de media). Histológicamente corresponde a un tumor de células grandes indiferenciadas embebidas en un estroma linfoide. Es inmunorreactivo al antígeno epitelial de membrana y citoqueratinas, lo que puede ayudar para el diagnóstico. La presencia de EBV puede demostrarse con hibridación in situ del RNA del virus. Sus características anatomopatológicas son similares al carcinoma nasofaríngeo no queratinizante e histológicamente puede llegar a ser casi indistinguible⁴. El patólogo debe realizar un diagnóstico diferencial con: el carcinoma indiferenciado de células grandes, el carcinoma de células pequeñas, la sialoadenitis linfoepitelial, metástasis de un carcinoma indiferenciado nasofaríngeo, metástasis de ganglios intraparotídeos de un melanoma amelanótico.

La etiopatogenia es desconocida⁵. Se ha sugerido, como una de las posibles causas, la transformación maligna de inclusiones glandulares o ductales de los ganglios intraparotídeos. Otra hipótesis es la transformación maligna a partir de zonas de tejido epitelial o mioepitelial intraglandular. La

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.05.008>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejthoms@yahoo.es (A. Thomas Santamaría).