



## METÁSTASIS PLEURAL DE ADENOCARCINOMA DE PARÓTIDA

A. Ruiz Serrato<sup>1</sup>, S. Díaz Lería<sup>2</sup>, B. Poyato González<sup>3</sup>, M. González Luque<sup>3</sup>, J.J. Pérez Parra<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. <sup>3</sup>Unidad de Neumología. Hospital de Antequera. Málaga.

**Resumen**

Los tumores de las glándulas salivares son raros, representando el 3% de todos los cánceres del organismo; sólo un 10-15% son malignos. Crecen lentamente a nivel local. La diseminación a distancia suele producirse por vía hematogénea, siendo los lugares más frecuentes el pulmón y el hueso. El adenocarcinoma representa una de las variedades histológicas malignas, teniendo predilección por las glándulas submandibulares y sublinguales, afectando a la parótida en el 15% de los casos.

Presentamos el caso de un varón de 65 años diagnosticado de un adenocarcinoma de parótida izquierda, tratado mediante resección quirúrgica y radioterapia adyuvante, sin evidencia de recidiva en el seguimiento, que a los 2 años debutó con un cuadro de disnea y dolor pleurítico en hemitórax izquierdo, apreciándose en la radiografía un derrame pleural izquierdo. Tras citología y biopsia pleural cerrada negativas, una nueva muestra obtenida por videotoracoscopia estableció el diagnóstico de infiltración pleural por dicho tumor.

**Palabras clave:** tumores glándulas salivares, adenocarcinoma parótida, metástasis, derrame pleural.

**Pleural metastasis of parotid adenocarcinoma.****Abstract**

Tumors of the salivary glands are rare; they represent 3% of all cancers of the body, and only 10-15% of these are malignant. These tumors grow slowly at the local level. Their dissemination at a distance is usually hematogeneous, the most frequent places being lungs and bones. Adenocarcinoma represents one of the histological malignant varieties, which has a predilection for the sub-mandible and sub-lingual glands, affecting the parotid in 15% of the cases.

We present the case of a 65 year-old male diagnosed with a left parotid adenocarcinoma that was treated with surgical resection and radiotherapy, with no evidence of relapse in the follow-up. Two years later, the patient showed dyspnea and pleural pain in the left hemithorax, with the x-ray showing a visible left pleural effusion. After a cytology and closed pleural biopsy with negative results, a new sample obtained by video assisted thoracoscopy established the diagnosis of pleural infiltration by this tumor.

**Key words:** salivary gland tumors, parotid adenocarcinoma, metastasis, pleural effusion.

**INTRODUCCIÓN**

Las neoplasias de glándulas salivares son un grupo heterogéneo de tumores extremadamente raros, habitualmente benignos, que crecen localmente<sup>1,2</sup>.

Describimos el caso de un paciente diagnosticado de un adenocarcinoma de parótida<sup>3</sup>, tratado con cirugía de exéresis y radioterapia adyuvante que a los 2 años debutó con un derrame pleural y cuyo diagnóstico fue realizado mediante videotoracoscopia, siendo éste de infiltración pleural por dicho adenocarcinoma.

**OBSERVACIÓN CLÍNICA**

Varón de 65 años, trabajador como auxiliar de farmacia, exfumador desde hacía 7 años de 35 paquetes/año, alérgico a betalactámicos y con antecedentes personales de hipertensión arterial, hiperplasia benigna de próstata y dispepsia. Fue diagnosticado de un adenocarcinoma de parótida izquierda en marzo de

2005, realizándole parotidectomía en abril de ese mismo año con posterior radioterapia coadyuvante. Seguía tratamiento de manera habitual con enalapril, hidrocloreuro de alfuzosina y omeprazol. Había acudido a revisiones semestrales por cirugía maxilofacial sin evidencia de recidiva.

El paciente fue valorado en el servicio de urgencias en junio de 2007 por dolor de características pleuríticas en hemitórax izquierdo, asociado a tos seca, junto con disnea progresiva que se había hecho de moderados esfuerzos. No refería fiebre, hemoptisis ni síndrome constitucional.

A la exploración física destacaba disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo, soplo sistólico eyectivo en foco aórtico III/VI y una dudosa adenopatía cervical derecha.

El hemograma, la bioquímica básica y la coagulación fueron normales. La gasometría arterial basal

Recibido: 23 de junio de 2009. Aceptado: 26 de noviembre de 2009.

Dr. Bartolomé Poyato González.  
bpoyato@neumosur.net

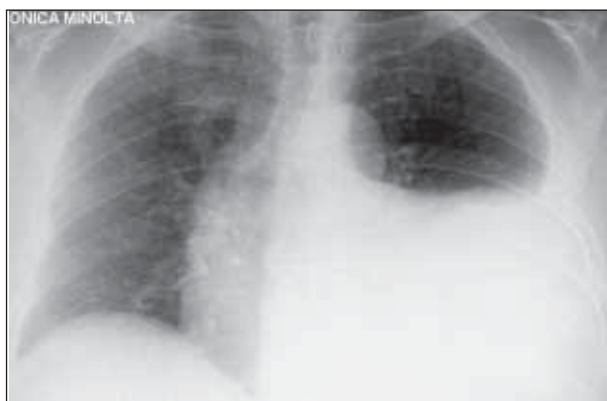


Figura 1. Radiografía de tórax. Derrame pleural.

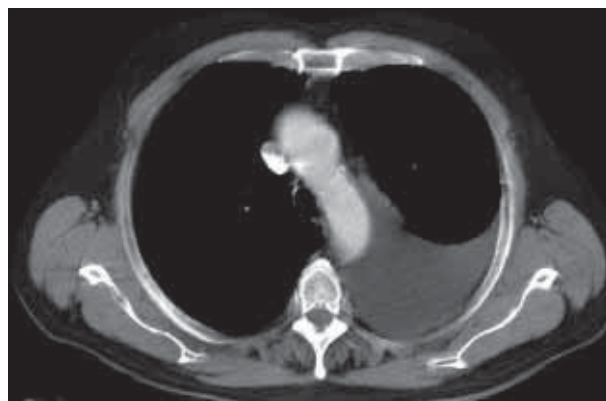


Figura 2. TAC de tórax. Nódulos y derrame pleural.

mostró una  $pO_2$  83 mmHg, una  $pCO_2$  38 mmHg y un pH normal. La VSG a la 1ª hora fue de 42 mmHg. Los marcadores tumorales alfa-fetoproteína, CEA, CA 19.9 y PSA también fueron normales. El estudio de inmunidad mostró ANA positivo 1/160 con patrón moteado. En el ECG presentaba un ritmo sinusal a 87 l.p.m. En la espirometría se objetivó un patrón restrictivo severo con un cociente  $FEV_1/FVC$  del 81% y una FVC de 2,26 (48,4%).

Respecto a las pruebas de imagen, en la radiografía de tórax (figura 1) existía derrame pleural que ocupaba los 2/3 inferiores del hemitórax izquierdo, sin desplazamiento mediastínico. Una ecografía toracoabdominal confirmó el derrame y detectó una imagen sugestiva de implante pleural de unos 25 mm, siendo el resto de la exploración anodina. Los hallazgos de la TAC de tórax y abdomen superior fueron los siguientes: en el parénquima 2 nódulos inespecíficos en el pulmón derecho, uno en lóbulo superior de 13 mm y otro más pequeño en lóbulo medio < 1 cm; derrame pleural izquierdo (figura 2) extenso con implantes y posible infiltración de pericardio y base diafragmática, teniendo el líquido un aspecto semilucido y produciendo cierto grado de desviación mediastínica ipsilateral con atelectasia pasiva del lóbulo inferior izquierdo; había una adenopatía paraaórtica no significativa de 7 mm y en los cortes de abdomen superior no se evidenció patología.

Se realizó una toracocentesis que mostró líquido ligeramente serohemático compatible bioquímicamente con un exudado y con las siguientes características: recuento celular 2.000 hematíes /mm<sup>3</sup> y 400 leucocitos / mm<sup>3</sup> (80 % linfocitos), pH normal, glucosa 108 mg/dl, proteínas totales 4,8 mg/dl, LDH 259 U/L, colesterol 92 mg/dl, triglicéridos 41 mg/dl,

ADA normal, factor reumatoide normal, ANA positivo 1/160 con patrón moteado, ENAS negativos, amilasa y CEA normales. El Gram, la baciloscopia y tanto el cultivo estandar como el de micobacterias fueron negativos. La citología fue informada como negativa para células malignas. Posteriormente se realizó una biopsia pleural cerrada con toma de entre 4 y 6 muestras siendo su resultado anatomopatológico de tejido pleural sin evidencia de malignidad.

Se contactó con el servicio de cirugía de tórax para programar una nueva biopsia pleural diagnóstica mediante videotoracoscopia, drenándose unos 3.500 ml de líquido hemático y confirmándose la presencia de implantes tanto en la pleura parietal como en el diafragma. El análisis histopatológico fue de pleura masivamente necrosada e infiltrada por carcinoma sugestivo de metástasis de adenocarcinoma de parótida. El paciente pasó a cargo de oncología médica.

## DISCUSIÓN

Las neoplasias de glándulas salivares son infrecuentes, representando aproximadamente el 3% de la patología tumoral de todo el organismo. No hay una clara relación con carcinógenos, aunque sí se ha demostrado con radiaciones ionizantes. Afectan habitualmente a adultos entre la 5-6ª década de la vida, sin predilección por sexos. La forma de presentación puede ser muy variable, según la histología y grado de malignidad del tumor. La glándula más frecuentemente afectada es la parótida (75% casos). Habitualmente son tumores benignos, siendo el adenoma pleomorfo la estirpe más frecuente; dentro de los malignos encontramos el carcinoma mucoepidermoide, adenoide quístico, adenocarcinoma (15%-

20%) y el carcinoma epidermoide<sup>1</sup>. Son signos de mal pronóstico el crecimiento rápido con invasión de la piel, la fijación a planos profundos, la palpación pétreo, el dolor, el trismus, la parálisis facial y las metástasis a distancia<sup>2</sup>. La supervivencia a los 5 años es muy variable (19-75%), dependiendo de lo avanzado del tumor en el momento del diagnóstico y de la histología<sup>3</sup>.

Respecto al adenocarcinoma, puede tener un crecimiento lento, aunque lo habitual es que se comporte agresivamente con tendencia a la invasión local y a la diseminación tanto linfática (50%) como hematológica. Histológicamente pueden diferenciarse 3 subtipos<sup>4</sup>: adenocarcinoma mucinoso, carcinoma ductal salivar (con peor pronóstico) y el carcinoma ductal intercalado. Casi 1/3 de los pacientes en el momento del diagnóstico presentan metástasis locales o a distancia. Las metástasis a distancia asientan fundamentalmente en hueso<sup>5</sup>, hígado y pulmón, siendo descritas otras localizaciones más infrecuentes como piel<sup>6</sup>, pericardio o SNC, sin encontrar descripción en nuestra revisión de afectación pleural<sup>7</sup>.

En el caso concreto de las neoplasias parotídeas, para su diagnóstico se puede emplear la punción-citología, pero muchos autores recomiendan la obtención de la pieza quirúrgica dada la diversidad histológica de la misma. Exámenes complementarios como la TAC o RNM son necesarios para precisar la naturaleza del tumor y determinar con exactitud la localización y su extensión<sup>8,9,10</sup>. El tratamiento de elección es siempre la parotidectomía, con preservación del nervio facial en los casos que sea posible. La asociación de radioterapia, quimioterapia o vaciamiento cervical linfático viene dada por el estadio, la histología y la presencia de metástasis<sup>11</sup>.

El interés de esta nota clínica es presentar el comportamiento de una tumoración infrecuente, como es el adenocarcinoma parotídeo, que ha producido metástasis en una localización aún más infrecuente, la pleura. Tras revisión de la literatura no hemos encontrado ningún caso descrito<sup>12</sup> aunque sí hay casos de afectación pleural en otras variedades histológicas de tumores de glándulas salivares como el carcinoma mucoepidermoide<sup>13</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Paparella M, Shumrick D. Otorrinolaringología. Madrid: [sn] 1994.
2. Scott Vanderheiden MD. Parotid Malignant tumors. [monografía en Internet] Apr 20, 2009. [acceso 28 de abril de 2009]. Disponible en : <http://emedicine.medscape.com/article/384211-overview>.
3. Bardia Amirlak MD. Parotid Malignant Tumors. [monografía en Internet] Sept 17, 2008. [acceso 28 de abril de 2009]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1289616-overview>.
4. Palacios Ortega JI, Lozano Orella JA, Ayala Gutiérrez H, Castro Morrondo J. Tumores de las glándulas salivares. [monografía en Internet]. Sociedad Española de Cirugía Maxilofacial y Plástica. 2001. [acceso 29 de abril de 2009]. Disponible en: <http://secpre.org/documentos%20manual%2036.html>.
5. Vidyadhara S, Shetty AP, Rajasekaran S. Widespread metastases from acinic cell carcinoma of parotid gland. Case Report J 2007; 48: 3.
6. Ching-hao C, Yuan-li L, Hong-shang H. Salivary duct carcinoma of the parotid gland, cutaneous metastasis from adenoid cystic carcinoma of the parotid gland. Am J Dermatopathol 2005; 27.
7. Schwentner I, Obrist P, Thumfart W, Sprinzl G. Distant metastasis of parotid gland tumors. Acta Otolaryngol 2006; 126: 340-5.
8. Navarro Expósito F, Martín Angulo M, Molina Villaverde R, Álvarez-MonSoto M. Enfermedades oncológicas II. Cáncer cabeza y cuello. Medicine 2009; 10: 1656-66.
9. Suárez-Fente V, Llorente-Pendás JL, Gómez-Martínez J, García-González LA, López-Álvarez F, Suárez-Nieto C. Tumores primarios del espacio parafaríngeo. Nuestra experiencia en 51 pacientes. Acta Otorrinolaringol Esp 2009; 60: 19-24.
10. Oliva Posada JC, Ramírez-Velásquez JE, Zaldívar Ramírez FR, Hurtado López LM. Diagnóstico de neoplasias en glándula parótida: características clínicas y biopsia por aspiración con aguja fina. Cirujano General 2005; 27: 18-21.
11. Rodríguez Paramás A, Lendoiro Otero C, González García JC, Souviron Encabo R, Scola Yurrita B. Tumores malignos de la glándula parótida. Acta Otorrinolaringol Esp 2005; 56: 211-214.

12. C Celedón L, Ojeda Z JC, Agurto V M, Olavarría L C, Paredes W A, Niklischek B E. Tumores de glándulas salivales. Experiencia de 20 años. Rev otorrinolaringol cir cab-cuello 2002; 62: 255-264.
13. Galed-Placed I. Parotid mucoepidermoid carcinoma metastatic to pleural fluid. Acta Cytol 1999; 143: 3 526-527.