

Clínica de Ortodoncia  
**Dr. Arthur Nouel**

 Portal de Ortodoncia y Enfermedades de la Boca

## *Carcinoma Adenoide Quístico: reporte de un caso*

Adolfo Arthur Nouel \*, Jennifer Arthur Jiménez \*\*, Nerys Ramírez \*\*\*, Keisy Avila \*\*\*\*



El carcinoma adenoide quístico también se conoce con el nombre de cilindroma o adenocarcinoma tipo cilindroma. En 1856 Billroth, fue el primero en describirlo, siendo Spier quien en 1930, emplea el término carcinoma adenoide quístico por primera vez.

Es un tumor maligno infiltrativo, recurrente, de crecimiento lento con extensión peri-neural y peri-vascular. En estadios avanzados se fija a estructuras adyacentes. Se observa como una masa bien definida y de consistencia firme. Afecta especialmente glándulas salivales mayores y menores, también se puede encontrar en nariz, vía respiratoria superior, glándulas lacrimales, seno, vulva, cérvix y conducto auditivo externo. Ocurre en un 2% de las neoplasias de la glándula parótida, 12% de la submaxilar, 40% de la sublingual y 30% de las glándulas salivales menores, fundamentalmente en el paladar (20%). Se presenta con mayor frecuencia entre la cuarta o séptima décadas de la vida, con predilección por el sexo femenino en el 60% de los casos. Tiene una tasa de recidiva entre un 40% y 90% dependiendo del subtipo.

La metástasis a distancia oscila entre el 35% al 52%, siendo los lugares más frecuentes los pulmones y huesos, seguido de cerebro e hígado, a veces decenios después de su extirpación. También es característica la parálisis del V o VII par craneal, ulceración y dolor.

Histopatológicamente se describen tres patrones: cribiforme, tubular y sólido, los que pueden coexistir en un mismo tumor. El más común es el tipo cribiforme. El tipo sólido se relaciona

con un mal pronóstico, contrario al tipo tubular que tiene mejor pronóstico. De la combinación de estos patrones se diferencian tres grados histopatológicos: Grado I (componentes cribiforme y tubular), Grado II (componentes cribiforme, tubular y menos del 30% de sólido), Grado III (componentes cribiforme, tubular y más del 30% de sólido).

Deben considerarse como diagnósticos diferenciales el adenoma pleomorfo con patrón cribiforme, el adenocarcinoma polimorfo de bajo grado, tumor de células acinares, carcinoma mucoepidermoide, y carcinoma de células escamosas, ya que presentan mucha semejanza en el patrón histológico, pero los marcadores inmunohistoquímicos para cada uno de ellos son determinantes en el diagnóstico.

Vrielinck, reporta que la tasa de supervivencia a 5 años para pacientes con invasión perineural es significativamente inferior ( $<0.001$ ) que para los que no tenían (36.9% vs 93.8%). La evolución entre las primeras manifestaciones clínicas y la presencia de los síntomas es de alrededor de 2 a 5 años.

#### **Caso Clínico:**

Paciente masculino de 42 años de edad que acude a la consulta de Estomatología del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz”, por presentar “una úlcera” en el paladar, con historia de haberse iniciado con un agrandamiento que fué tratado por su odontólogo como un proceso infeccioso de origen dentario, le “abrieron” en el paladar para drenar lo que parecía un absceso, pero del cual nunca salió pus, además le extrajeron el segundo premolar superior de ese lado y a partir de ese momento la lesión no le ha cicatrizado. Relata que hace 6 meses fué “operado” pero que no le hicieron biopsia. Trae una radiografía panorámica que le indicaron el día de la consulta.



Figura 1. La lesión a mayor aumento

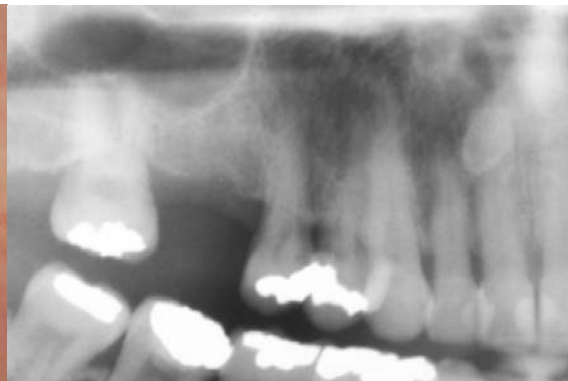


Figura 2. Segmento de Rx Panorámica

#### **Examen Clínico:**

Apreciamos una lesión ulcerada localizada en el lado derecho del paladar duro, de forma irregular, con un fondo amarillo rodeado de un halo eritematoso que deja translucir una

arborización capilar, localizada en el lado derecho del paladar duro de aproximadamente 2 cm. de diámetro, ligeramente elevada e indurada y dolorosa a la palpación. El primer premolar tiene una obturación de amalgama y el tercer molar una obturación provisional buscando una causa dentaria de la lesión. (Figura 1)

La radiografía panorámica que trae el paciente no hay evidencias de una relación dentaria con la lesión tumoral. (Figura 2)

**Diagnóstico Presuntivo:**

Adenoma Pleomorfo Ulcerado.

Se indica biopsia insisional para obtener un resultado histopatológico.

**Informe histopatológico:**

El epitelio en sectores es aplanado. En el corion superficial y profundo se aprecia proliferación de células epiteliales dispuestas en nidos y estructuras ductales. Los ductos muestran un patrón cribiforme. Las células presentan grandes núcleos redondeados, otros pequeños hipercromáticos con figuras de mitosis atípica y algunos ductos dilatados. (Figuras 3, 4, 5). Con la tinción hierro coloidal se ve el depósito de mucina en las estructuras ductales y en el intersticio. (Figura 6)

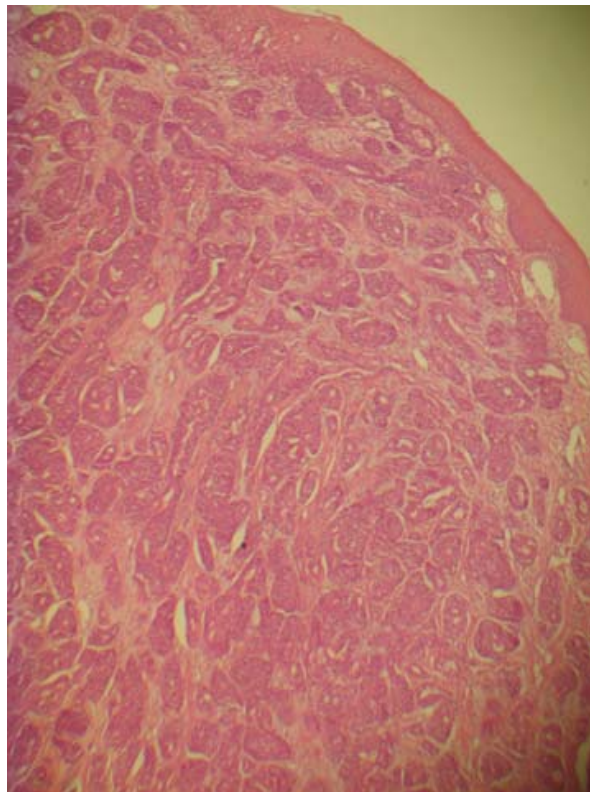


Figura 3. HE-4X.

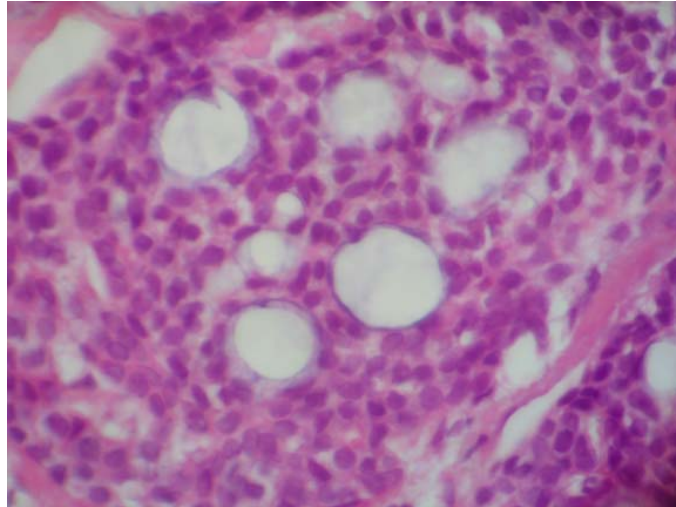


Figura 4. HE-20X

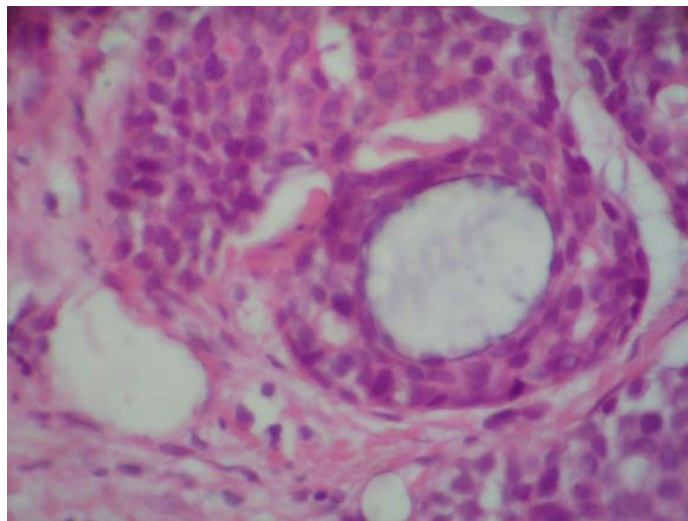


Figura 5. HE-40 X

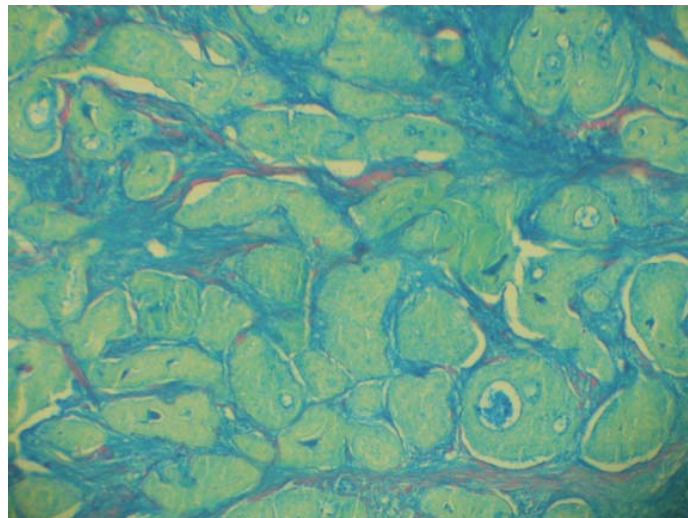


Figura 6. Hierro Coloidal-10 X

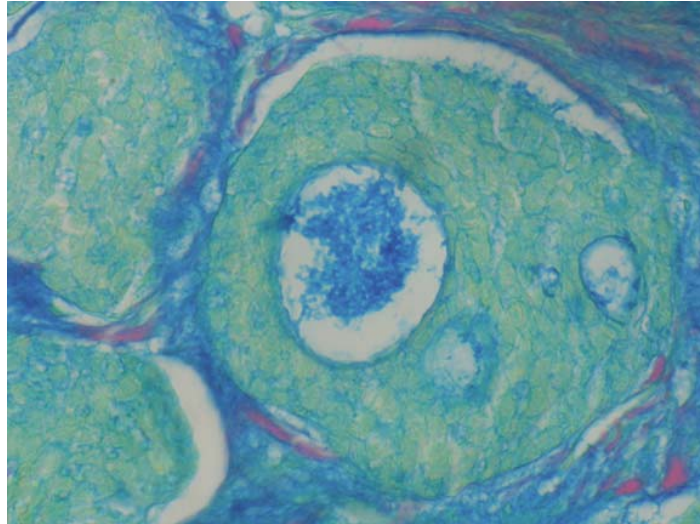


Figura 7 Hierro Coloidal-40 X

**Diagnostico Histopatológico:** Carcinoma adenoide quístico.

**Opciones terapéuticas:**

De elección se encuentra la cirugía con amplios márgenes de seguridad (1.5cm). En el caso de lesiones en paladar se recomienda realizar maxilectomia con inclusión del hueso subyacente. El vaciamiento ganglionar cervical solo se realizara en caso de que la lesión este ubicada en la glándula submaxilar o si es del subtipo solido. La radioterapia coadyuvante puede ser de utilidad en casos de tumores de alto grado o muy avanzados. También es útil en el control de tumores recurrentes, inoperables o con indicadores de pobre pronóstico.

La radioterapia como una sola modalidad es de ayuda para el control local, pero la supervivencia es baja. Esta puede ser ofrecida a los pacientes que rechazan la cirugía.

La quimioterapia es otra opción terapéutica, pero no ha mostrado respuesta significativa en el manejo de los pacientes con carcinoma adenoide quístico.

La controversia que presenta esta neoplasia está relacionada con la importancia del estadio clínico, el grado histopatológico y el tratamiento.

**Bibliografía**

1. Navarro Vila, C. "Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial". Tomo 2. Ediciones Aran. España.2004
2. Shamim T. et al. "Primary intraosseus adenoid cystic carcinoma of the mandible with lung metastasis: a case report" J. Oral Sci. 2008.
3. Neville B. et al "Oral & Maxillofacial Pathology. Second edition. W.B. Saunders Company. Philadelphia. 2002

\* Estomatólogo del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz”.

\*\* Cirujano Maxilofacial del Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz”.

\*\*\* Histopatóloga del Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz”.

\*\*\*\* Residente de 2do. Año del instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz”.

**Copyright 2000.Arthur Nouel-Todos los derechos reservados.**