



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Reporte de caso

Manejo multidisciplinario del carcinoma adenoide quístico de cabeza y cuello de alto grado

Multidisciplinary management of head and neck high grade adenoid cystic carcinoma

Luis Eduardo Fandiño Franky*, Gabriel Gómez**, Alejandro Fandiño Reyes***

* Médico Especialista en Otorrinolaringología Pontificia Universidad Javeriana. Odontólogo Universidad Nacional de Colombia. Cirujano Oral y Maxilofacial Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Profesor Asociado Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana. Asesor Científico Banco de Huesos y Tejidos Fundación Cosme y Damián. Jefe Otorrinolaringología Clínica la Colina, Bogotá.

** Médico Especialista en Cirugía General y Cirugía de Cabeza y Cuello. Master en Salud Pública, Epidemiología Clínica y Educación Universitaria. Profesor Asociado Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

*** Médico y Cirujano Pontificia Universidad Javeriana

Forma de Citar: Fandiño LE, Gómez G, Fandiño A. Manejo multidisciplinario del carcinoma adenoide quístico de cabeza y cuello de alto grado. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello; 2015;43(1):36-42.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 30 de enero de 2015
Revisado: 09 de febrero de 2015
Aceptado: 01 de marzo de 2015

Palabras clave:

Carcinoma Quístico Adenoide,
Glándulas Salivares Menores,
Neoplasias de las Glándulas
Salivales, Colgajo Miocutáneo.

RESUMEN

Introducción: El carcinoma adenoide quístico es un tumor epitelioides de la cabeza y el cuello poco común, ocurre más frecuentemente en las glándulas salivares menores del paladar duro; se presenta sobretodo en la sexta década de la vida, exhibe un crecimiento lento, con recurrencia local frecuente y presencia de metástasis a distancia. La probabilidad de invasión perineural de este tumor es alta. El tratamiento actual consiste en cirugía más radioterapia adyuvante ya que la terapia combinada se ha asociado a mejores desenlaces en supervivencia. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con diagnóstico de esta enfermedad, manejo y la conducta postoperatoria. **Diseño:** Reporte de Caso. **Materiales y métodos:** Se presenta el caso de una paciente de 34 años quien consultó por masa en lengua de 3 años de evolución, refiriendo disartria, otalgia izquierda y disfagia; en quien se diagnosticó carcinoma adenoide quístico, grado histológico 2 e invasión perineural, realizándose posteriormente glosectomía total y hemimandibulectomía izquierda. **Resultados:**

Correspondencia:

Luis Eduardo Fandiño Franky
drfandino@yahoo.com
Otorrinolaringología Pontificia Universidad Javeriana
Jefe Otorrinolaringología Clínica La Colina, Bogotá
Avenida Boyaca # Calle 167, Bogotá – Colombia
Tel. (57 – 1) 4897000

Adecuada evolución, radioterapia postoperatoria con resultado postoperatorio a los 6 meses satisfactorio, periodo en el cual logra emisión de palabras comprensibles, con adecuada comunicación. *Conclusiones:* Ante la sospecha de un carcinoma adenoide quístico, se debe realizar biopsia, para definir celularidad y grado histológico del tumor, así como la presencia de invasión perineural. El tratamiento debe tener un enfoque multidisciplinario para lograr el mejor desenlace posible. El seguimiento debe ser cercano por lo menos en los 10 primeros años, dado la alta tendencia de este tumor a recidivar.

ABSTRACT

Key words:

Carcinoma, Adenoid Cystic; Salivary Glands, Minor, Salivary Glands Neoplasms, Myocutaneous Flap.

Introduction: The adenoid cystic carcinoma is a rare epithelioid head and neck tumor, which occurs more frequently in minor salivary glands of the hard palate and mainly during the sixth decade of life, showing slow growth rate, with frequent local recurrence and distant metastases. The probability of perineural invasion is high. Current treatment involves surgery plus adjuvant radiotherapy because of this has been associated with better outcomes in survival. *Objective:* To present the case of a patient diagnosed with this disease, management and postoperative conduct. *Design:* Case Report. *Materials and methods:* We present the case of a 34 years old who consulted for mass on her tongue of three years of evolution, referring dysarthria, left otalgia and dysphagia; in whom adenoid cystic carcinoma, histological grade 2 and perineural invasion was diagnosed and subsequently a left hemimandibulectomy and total glossectomy were performed. *Results:* Adequate evolution, postoperative radiotherapy with satisfactory postoperative outcome at 6 months, when achieves emission of understandable words, with proper communication. *Conclusions:* In a suspected adenoid cystic carcinoma, a biopsy should be performed in order to define cellularity and histological grade of the tumor and the presence of perineural invasion. Treatment should have a multidisciplinary approach to achieve the best possible outcome. Monitoring should be close at least the first 10 years, given the high propensity of this tumor to recur.

Introducción

El carcinoma adenoide quístico representa aproximadamente el 7.5% de todas los tumores malignos de las glándulas salivares (1) y el 6.3-10.2% de los tumores de las glándulas salivares menores específicamente (2, 3). Este tumor se caracteriza por un crecimiento lento e indolente, con una probabilidad relativamente baja de metástasis linfáticas regionales (4), pero con una alta probabilidad de invasión perineural (IPN) (5). En un pequeño número de casos puede haber dolor o parálisis facial como síntomas iniciales.

La biopsia de esta clase de tumor, ya sea incisional o por aspiración con aguja fina (ACAF), no solo ayuda a evaluar si hay invasión perineural, también permite observar su celularidad, observación pertinente ya que entre mayor sea la celularidad, peor es el pronóstico. Se pueden reportar tres subtipos histológicos: tubular, cribiforme y sólido, dato importante dado que los dos primeros subtipos se suelen observar en tumores de bajo grado y el último siempre corresponde a tumores de alto grado (6). Una vez confirmado el diagnóstico se recomienda realización de cirugía con posterior radioterapia. La disección de cuello no se recomienda

dado el bajo porcentaje de metástasis ganglionares, sin embargo podría considerarse si hay evidencia clínica o paraclínica o si el estadio T es elevado (7). En ocasiones, dado el tamaño del tumor, es necesario resecciones amplias, requiriendo posteriormente reconstrucción de la cavidad oral con colgajos libres o pediculados, por lo que es indispensable el manejo quirúrgico interdisciplinario para lograr desenlaces favorables en estos casos. Debido al lento crecimiento de este tumor, se debe hacer un seguimiento a largo plazo de estos pacientes, dado el alto riesgo de metástasis a distancia tardías y recidivas (7).

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 34 años de edad, natural y procedente de Bucaramanga, departamento de Santander (Colombia), ocupación; odontóloga. Consulta al servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) en la ciudad de Bogotá por presentar cuadro de aproximadamente 3 años de evolución consistente en masa en lengua; hacía aproximadamente 2 años y medio había consultado a otra institución por presentar odinofagia, en

donde se le realiza endoscopia sin toma de biopsia de vías digestivas altas, que reporta enfermedad de reflujo gastroesofágico, y es remitida a gastroenterología. Posteriormente se da de alta y es remitida a medicina interna, donde se estudia y descarta patología tiroidea. Actualmente la paciente refiere xerostomía, disartria, otalgia izquierda, odinofagia y disfagia asociado a masa en lengua. Presenta reporte de tomografía en donde se describe una lesión expansiva en raíz y base de lengua izquierda sin adenomegalias (Imagen 1). Al examen físico se evidencia masa a nivel sublingual izquierda, dolorosa a la palpación con desplazamiento lingual derecho, no adenomegalias palpables, movimientos linguales limitados por lesión, otalgia izquierda manifestada al realizar otoscopia, articulación temporomandibular sin alteración, apertura oral sin limitaciones (Imagen 2).

Con base a los anteriores hallazgos, se decide realizar biopsia incisional de masa. Informe de patología reporta carcinoma adenoide quístico, grado histológico 2 e invasión

perineural. Basados en el reporte, se presenta caso en la junta de oncología en donde se plantea realizar cirugía conservadora, con posibilidad de hemiglosectomía, dependiendo de los hallazgos intraoperatorios y posterior radioterapia adyuvante. Desafortunadamente, la paciente decide buscar otras opciones terapéuticas, por lo que regresa a su ciudad natal para realizarse un manejo con medicina homeopática. Sin embargo, después de 4 meses, la masa no presenta involución, por lo que decide regresar para realización de manejo quirúrgico y radioterapéutico en el HUSI, en la ciudad de Bogotá. Para este momento la paciente presentaba hemiparesia lingual izquierda, además de mayor desviación lingual de la línea media. Se realiza tomografía control (Imagen 3), donde se observa crecimiento de la masa.

Se lleva caso a junta quirúrgica donde se decide el siguiente manejo: 1. Glosectomía total 2. Hemimandibulectomía izquierda 3. Biopsias múltiples por congelación. 4. Traqueostomía trans y postoperatoria para protección de la

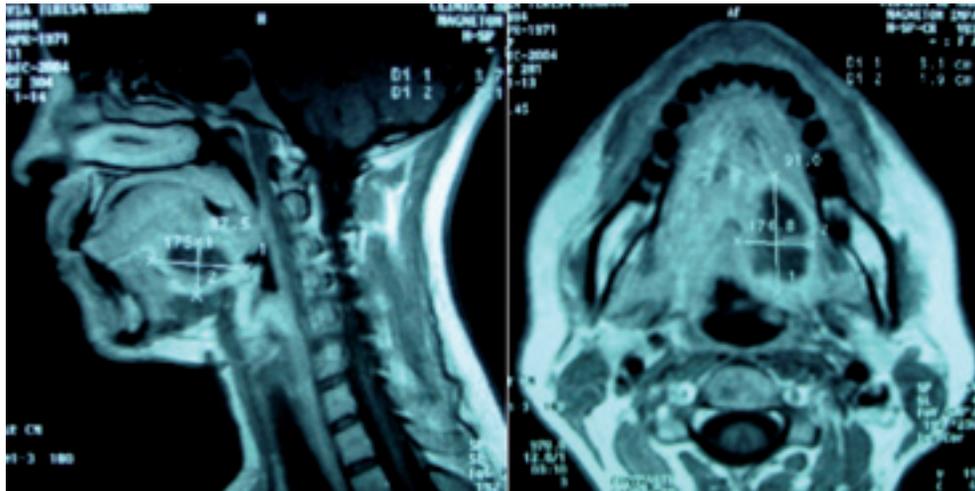


Imagen 1. Tomografía sagital y axial que demuestra masa en región izquierda de base de la lengua.



Imagen 2. Masa en región izquierda de base de lengua.

vía aérea 5. Gastrostomía 6. Colgajo pediculado de pectoral mayor para reconstrucción de defecto de piso de la boca 7. Reconstrucción hemimandíbula izquierda con placa de reconstrucción mandibular e injertos autólogos y homólogos del banco de huesos y tejidos.

Técnica quirúrgica: Incisión submandibular izquierda con disección y protección de arteria, vena y nervio facial además de nervio hipogloso (Imagen 4). Osteotomía parasinfisaria y en ángulo mandibular y resección en bloque de lengua, piso bucal, glándula submaxilar, glándula sublingual y vaciamiento ganglionar suprahiodeo izquierdo (Imagen 5 y 6). Reconstrucción con injerto premoldeado de cresta ilíaca de banco de huesos y tejidos, fijación de injerto óseo con placa de reconstrucción mandibular de vitalium quirúrgico, sistema Luhr (Imagen 7). Diseño de colgajo musculocutáneo pediculado de pectoral mayor para reconstrucción de lengua y piso de boca. (Imagen 8). Disección y rotación de injerto

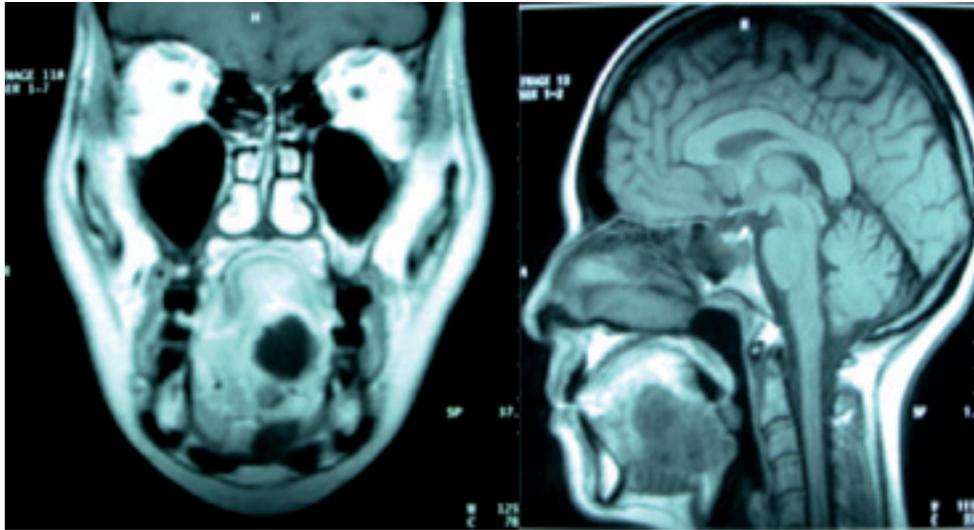


Imagen 3. Tomografía control que demuestra masa expansiva en región izquierda de la base de la lengua.



Imagen 4. Incisión submandibular izquierda con disección y protección de arteria, vena y nervio facial además de nervio hipogloso.

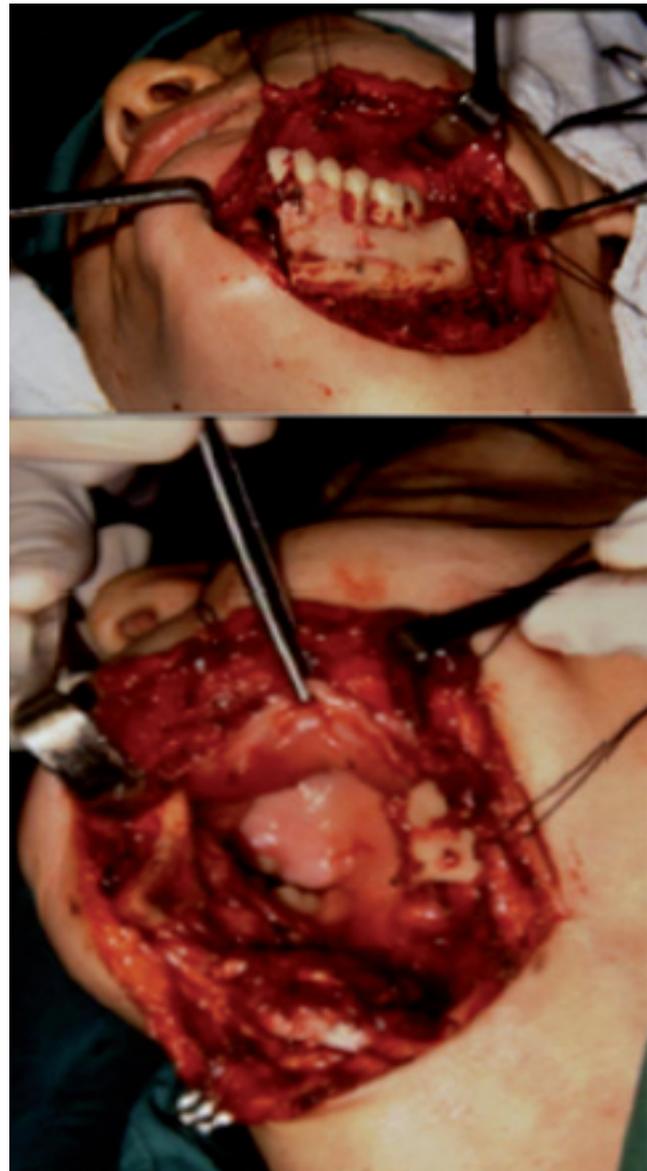


Imagen 5. Osteotomías mandibulares y resección en bloque de rama horizontal de mandíbula, lengua, glándula submandibular, sublingual y ganglios linfáticos adyacentes.

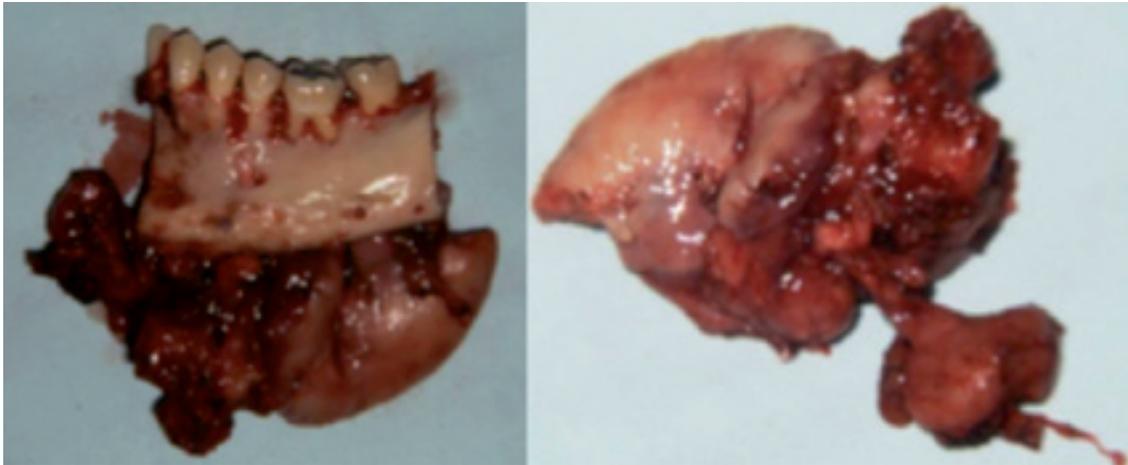


Imagen 6. Espécimen quirúrgico: Rama horizontal izquierda de mandíbula, glándula submandibular, glandula sublingual y lengua.



Imagen 7. Reconstrucción mandibular con injerto óseo homólogo premoldeado de cresta iliaca.



Imagen 8. Diseño de colgajo musculocutáneo pediculado de pectoral mayor para reconstrucción de lengua y piso de boca.



Imagen 9. Disección y rotación de injerto musculocutáneo de pectoral mayor con traslado subcutáneo de injerto hasta piso de boca.



Imagen 10. Sesión de radioterapia postoperatoria en acelerados lineal.

musculocutáneo de pectoral mayor con traslado subcutáneo de injerto hasta piso de boca (Imagen 9). Radioterapia postoperatoria con acelerador lineal en Centro Oncológico Javeriano (Imagen 10). Resultado postoperatorio a los 6 meses (Imagen 11). En este periodo la paciente logra emisión de palabras comprensibles, con adecuada comunicación.

Conclusiones

Ante la sospecha, por examen clínico, de un carcinoma adenoide quístico, se debe realizar ya sea una biopsia ACAF o incisional, ya que así se logra definir la celularidad del tumor y su grado histológico, así como la presencia de invasión perineural, todos datos importantes al momento de definir el plan terapéutico y el pronóstico. El tratamiento del carcinoma adenoide quístico debe tener un enfoque multidisciplinario para lograr el mejor desenlace posible; en el presente caso entraron a participar especialidades como otorrinolaringología, cirugía maxilofacial, cirugía plástica, cirugía de cabeza y cuello y oncología-radioterapia. El seguimiento debe ser cercano por lo menos en los 10 primeros años, dado la alta tendencia de este tumor a recidivar.



Imagen 11. Resultado postoperatorio a los 6 meses.

REFERENCIAS

1. Spiro RH, Huvos AG, Strong EW. Adenoid cystic carcinoma of salivary origin. A clinicopathologic study of 242 cases. *Am J Surg.* 1974; 128(4): 512-20.
2. Strick MJ, Kelly C, Soames JV, McLean NR. Malignant tumours of the minor salivary glands--a 20 year review. *Br J Plast Surg.* 2004; 57(7): 624-31.
3. Yih WY, Kratochvil FJ, Stewart JC. Intraoral minor salivary gland neoplasms: review of 213 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63(6): 805-10.
4. Frankenthaler RA, Byers RM, Luna MA, Callender DL, Wolf P, Goepfert H. Predicting occult lymph node metastasis in parotid cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1993; 119(5): 517-20.
5. Mendenhall WM, Morris CG, Amdur RJ, Werning JW, Hinerman RW, Villaret DB. Radiotherapy alone or combined with surgery for adenoid cystic carcinoma of the head and neck. *Head Neck.* 2004; 26(2): 154-62.
6. Gómez G. *Patologías de Cabeza y Cuello: Abordaje Multidisciplinario.* 1ª Ed. Bogotá: Hospital Universitario San Ignacio; 2009. p. 418.
7. Mucke T, Tannapfel A, Kesting MR, Wagenpfeil S, Robitzky LK, Wolff KD, et al. Adenoid cystic carcinomas of minor salivary glands. *Auris Nasus Larynx.* 2010; 37(5): 615-20.