



Reporte de caso

Carcinoma linfoepitelial de parótida: reporte de caso y revisión de la literatura

Parotid lymphoepithelial carcinoma: case report and review of the literature

Oscar Alfonso Marrugo-Díaz*, María Camila Salazar-Agudelo**, María Camila Borbón-Vélez***, María Alejandra Henao-Rincón****

* Otorrinolaringólogo. Hospital Universitario del Caribe. Cartagena, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5555-1665>

** Médico residente de Otorrinolaringología. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1868-9478>

*** Médico residente de Otorrinolaringología. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9523-3221>

**** Médico epidemiólogo residente de Otorrinolaringología. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9909-8567>

Forma de citar: Marrugo-Díaz OA, Salazar-Agudelo MC, Borbón-Vélez MC, Henao-Rincón MA. Carcinoma linfoepitelial de parótida: reporte de caso y revisión de la literatura. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2025;53(4):366 - 370. Doi: <https://doi.org/10.37076/acrol.v53i4.797>

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 23 de noviembre de 2024

Evaluado: 02 de diciembre de 2025

Aceptado: 11 de diciembre de 2025

Palabras clave (DeCS):

“Glándula Parótida”, “neoplasias de la parótida”, “infección por el virus Epstein-Barr”

RESUMEN

Introducción: Los carcinomas de la glándula parótida son poco frecuentes con una prevalencia del 14%-25% de los tumores parótideos. El carcinoma linfoepitelial suele manifestarse en la nasofaringe; sin embargo, pocos reportes demuestran compromiso a nivel parótideo, que corresponden a menos del 0,4% de los tumores malignos de las glándulas salivares. **Caso clínico:** se presenta el caso de un hombre de 62 años con presencia de una tumoración en la región cervical izquierda, de rápido crecimiento. La tumoración muestra sangrado, ulceración y áreas de necrosis en la tomografía. Se realiza el diagnóstico de carcinoma linfoepitelial de parótida.

Discusión: este tipo de carcinoma se asocia con el virus del Epstein-Barr en áreas endémicas y su tratamiento consiste en la resección quirúrgica seguida de radio-terapia adyuvante. **Conclusión:** el punto importante en esta patología radica en su

Correspondencia:

Maria Camila Salazar Agudelo

Email: msalazaraa@unicartagena.edu.co

Dirección: Calle 9 # 3 - 19

Teléfono celular: 3104715464

diagnóstico oportuno, ya que se estima una sobrevida a 5 años del 50%-87% con un tratamiento dirigido.

ABSTRACT

Key words (MeSH):

"Parotid gland", "parotid neoplasms", "herpesvirus 4, human",

Introduction: Carcinomas of the parotid gland are rare, accounting for between 14% and 25% of parotid tumors. Lymphoepithelial carcinoma usually manifests in the nasopharynx; however, there are few reports of parotid involvement, accounting for less than 0.4% of malignant tumors of the salivary glands. **Clinical case:** We present the case of a 62-year-old man with a rapidly growing tumor in the left cervical region. The tumor revealed bleeding, ulceration, and areas of necrosis on CT scan. A diagnosis of parotid lymphoepithelial carcinoma was made. **Discussion:** This type of carcinoma is associated with the Epstein-Barr virus in endemic areas, and its treatment consists of surgical resection followed by adjuvant radiotherapy. **Conclusion:** The important point in this pathology lies in its timely diagnosis, as the 5-year survival rate is estimated to be 50%-87% with targeted treatment.

Introducción

El cuello es una de las regiones anatómicas más complejas del cuerpo humano, tanto desde el punto de vista funcional como estructural. Por este motivo, la localización de las glándulas salivales mayores dentro de esta zona implica para el clínico un conocimiento profundo de las diferentes patologías que pueden comprometerlas.

Los tumores malignos de la glándula parótida son poco frecuentes y representan entre el 14% y el 25% de todas las neoplasias parótideas (1). Dentro de estos, el carcinoma linfoepitelial no nasofaríngeo es una entidad particularmente rara, ya que constituye menos del 1% de los tumores malignos de esta glándula. Aunque su presentación más habitual en cabeza y cuello ocurre en la nasofaringe, también se han registrados casos en el piso de la boca, la laringe, los senos paranasales y la mandíbula. Sin embargo, de manera excepcional, puede surgir en localizaciones extracefálicas como la vía biliar, el cérvix, las glándulas de Bartolino, el páncreas o el estómago (2).

Por otro lado, las lesiones linfoepiteliales benignas usualmente se presentan a nivel de la glándula parótida, en un 85% de los casos, y de manera menos frecuente en la glándula submandibular, en un 15%, y generalmente se asocian a la presentación de síndrome de Sjögren. Estas afectan de manera más frecuente a mujeres, en una proporción de 3:1, entre la cuarta y la séptima década de la vida (5) (Se omitieron las referencias 3 y 4 en el texto) y de manera característica se presentan con inflamación y edema a nivel glandular que generalmente es recurrente y que puede o no causar dolor. Además, pueden asociarse a compromiso del nervio facial hasta en el 20% de los casos (5).

La literatura ha destacado ampliamente la fuerte asociación entre el carcinoma linfoepitelial y la infección por el virus de Epstein-Barr (EBV, por sus siglas en inglés). Esta relación varía según factores raciales y geográficos, siendo especialmente marcada en regiones endémicas como el Ártico, el sudeste asiático y Japón. Por el contrario, en áreas

no endémicas, los reportes disponibles —generalmente limitados a series pequeñas o casos aislados— muestran que la presencia de EBV suele ser nula o inconsistente (3).

El objetivo de este reporte es describir un caso infrecuente de carcinoma linfoepitelial primario de parótida en un paciente de una región no endémica, resaltando los desafíos diagnósticos y terapéuticos asociados con esta neoplasia poco habitual. La importancia de presentar este caso radica en su rareza, la variabilidad en su relación con el EBV y la necesidad de ampliar el conocimiento clínico y epidemiológico disponible, especialmente en Latinoamérica, donde los reportes son escasos. Este artículo busca aportar información útil para el otorrinolaringólogo, favoreciendo una mayor sospecha diagnóstica y optimizando la toma de decisiones en el manejo de tumores parótideos atípicos.

Presentación del caso

Se presenta el caso de un hombre de 62 años, natural de Venezuela y residente en Cartagena, Colombia. El paciente tiene antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Consulta al servicio de otorrinolaringología por un cuadro clínico de un año de evolución, caracterizado por la aparición de una tumoración en la región cervical izquierda, de rápido crecimiento, asociada a sangrado frecuente. En los últimos tres meses, la lesión ha desarrollado ulceración en su borde caudal.

En la valoración inicial se evidenció en la región cervical izquierda nivel IIB, la presencia de una lesión tumoral de aproximadamente 10 cm × 8 cm, de consistencia pastosa, ulcerada en varios puntos, con presencia de escaso sangrado, sin áreas de renitencia, ni presencia de adenopatías cervicales asociadas y sin parálisis facial asociada (**Figura 1A y B**).

Se procedió a realizar una nasofibrolaringoscopia que descartó lesiones asociadas en la vía aerodigestiva superior, por lo que se indicó la realización de una tomografía axial computarizada (TAC) de cuello simple y contrastada (**Figuras 2A y 2B**). Los exámenes mostraron una lesión he-



Figura 1. A y B. Imágenes clínicas prequirúrgicas. Lesión tumoral en el espacio parótideo izquierdo con área de ulceración caudal y estigmas de sangrado. Imágenes propiedad de los autores, tomadas de los pacientes.

terogénea en el espacio parótideo izquierdo, lobulada, con densidad de tejidos blandos y presencia de áreas sugestivas de necrosis, de 72×51 mm.



Figura 2A y 2B. Tomografía axial computarizada simple y contrastada de cuello. **Figura 2A** (corte coronal) y **2B** (corte axial), en las que se evidencia una lesión heterogénea y lobulada en el espacio parótideo izquierdo, con densidad de tejidos blandos, de bordes bien definidos, con áreas de hipodensidad hacia el polo inferior sugestivas de necrosis, que realza tras la administración de contraste con alteración de la grasa adyacente. Sus dimensiones son de 72×51 mm aproximadamente. Imágenes propiedad de los autores, tomadas de los pacientes.

Adicionalmente, se solicita una resonancia nuclear magnética (RNM) de cuello contrastada (**Figuras 3A y 3B**), la cual muestra compromiso cutáneo e infiltración del músculo esternocleidomastoideo por la lesión descrita, con características de malignidad. Además, se descarta la extensión a espacio masticatorio, carotídeo y prevertebral, así como la presencia de adenopatías.

Dados los hallazgos identificados en los estudios imagenológicos realizados y ante la ausencia de evidencia de extensión tumoral, se decidió realizar un procedimiento quirúrgico en conjunto con el equipo de cirugía plástica. El procedimiento incluyó parotidectomía superficial con monitoreo y preservación de nervio facial, vaciamiento

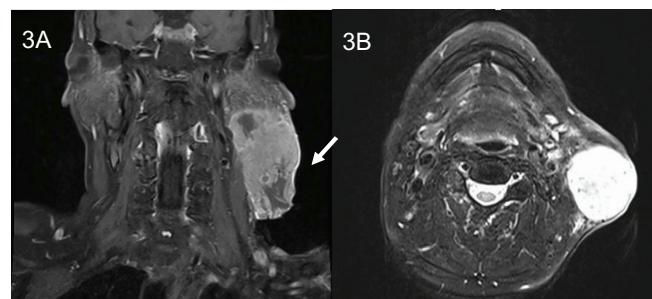


Figura 3A y 3B. Resonancia nuclear magnética contrastada de cuello. **Figura 3A** (corte coronal) y **3B** (corte axial), en las que se evidencia una masa tumoral en la región lateral izquierda del cuello, a nivel del plano infrauricular, con dimensiones de $10,3 \times 4 \times 3,5$ cm en los ejes cefalocaudal, transversal y anteroposterior. La lesión presenta señal no homogénea iso e hiperintensa en influencia de T2, isointensa en influencia de T1, con restricción de la difusión y realce acentuado e irregular tras la administración del medio de contraste. Hallazgos compatibles con lesión neoplásica. Compromete el plano cutáneo y el tejido celular subcutáneo, con infiltración del músculo esternocleidomastoideo y de la glándula parótida, lóbulo superficial. Se asocia congestión linfática en la vecindad. Imágenes propiedad de los autores, tomadas de los pacientes.

cervical linfático radical modificado ipsilateral y reconstrucción con colgajo dorsal con trapecio para la cobertura del defecto quirúrgico (**Figura 4**). Durante el procedimiento se evidenció una lesión tumoral que ocupaba el espacio parótideo izquierdo. Se realizó disección por planos hasta el borde posterior del músculo masetero, con elevación de un colgajo posterior e identificación del conducto auditivo externo. Posteriormente, se identificó el pointer y se observó infiltración tumoral del músculo esternocleidomastoideo. Se continuó con una disección roma hasta identificar el tronco del nervio facial y de sus ramas frontal, cigomática, bucal, marginal mandibular y cervical, las cuales se disecaron con un lápiz de



Figura 4. Imágenes clínicas posquirúrgicas. Período posquirúrgico inmediato de la parotidectomía superficial izquierda con preservación de nervio facial, vaciamiento linfático radical modificado y colgajo dorsal con trapecio para cobertura del defecto quirúrgico. Imágenes propiedad de los autores, tomadas de los pacientes.

neuromonitor, separándolas del tumor y preservándolas en la mayor medida posible.

Se realizó la resección del lóbulo superficial de la glándula parótida en sentido posteroanterior y se enviaron muestras a patología para biopsia por congelación del lecho profundo de la parótida y del margen en borde inferior de piel, ambas con resultado negativo. Posteriormente, se procedió a la cobertura del defecto quirúrgico mediante colgajo dorsal con trapecio.

El espécimen quirúrgico fue analizado en el servicio de patología, en donde se confirmó el diagnóstico histológico de carcinoma linfoepitelial de parótida de grado intermedio, sin evidencia de compromiso extraganglionar, sin invasión linfovascular ni invasión perineural evidente. Finalmente, el paciente fue dado de alta con indicación de seguimiento ambulatorio por oncología, radioterapia y otorrinolaringología.

Discusión

El carcinoma linfoepitelial de la glándula parótida fue descrito inicialmente por Godwin en 1952, cuando identificó lesiones con un patrón característico compuesto por elementos epiteliales indiferenciados inmersos en un denso estroma linfoide, lo cual dio origen a su denominación actual (3, 4). Aunque constituye una entidad poco frecuente, su reconocimiento es fundamental debido a los retos diagnósticos y terapéuticos que plantea.

Clínicamente, la sospecha de malignidad en tumores parótideos se incrementa ante un crecimiento tumoral rápido,

dolor, sensibilidad local, disfunción progresiva del nervio facial o presencia de linfadenopatías regionales (5). Sin embargo, muchas de estas lesiones pueden presentarse de forma insidiosa, lo que retrasa el diagnóstico. Las neoplasias malignas que surgen en el contexto de lesiones benignas linfoepiteliales son raras, pero pueden originarse tanto a partir de la porción epitelial como del componente linfoide, lo que añade complejidad a su comprensión patogénica (1).

El carcinoma linfoepitelial representa aproximadamente el 0,4% de los tumores malignos de glándulas salivales (6). Aunque su localización más frecuente es la nasofaringe, se han documentado casos extranasofaringeos en glándulas salivares, pulmón, timo, esófago, estómago, laringe, tráquea, piel y paladar blando. Los reportes de aparición en la glándula parótida son particularmente inusuales y suelen motivar una evaluación exhaustiva para descartar un origen nasofaringeo primario (3).

La primera descripción que se realizó del carcinoma linfoepitelial no nasofaringeo fue en 1962 por Hildermann y se evidenció una relación de esa neoplasia con la infección por el virus del Epstein Barr (EBV, por sus siglas en inglés), principalmente en áreas endémicas como Japón, Islandia, Canadá y el sureste de China, en contraste con áreas no endémicas donde no hay una asociación frecuente con el EBV (2). Sin embargo, se han reportado algunos casos de carcinoma linfoepitelial con EBV negativo (5).

Macroscópicamente, estas lesiones se presentan como un tumor con dimensiones aproximadas de entre 1 y 10 cm, de tipo multinodular, que puede ser circunscrito o claramente infiltrativo a la glándula salivar, el músculo, la piel o la grasa adyacente (5). Histológicamente, se presentan como un tumor de células indiferenciadas con alto índice nuclear que se encuentran dentro de un estroma linfoide. Estas lesiones son inmunorreactivas a citoqueratinas y al antígeno epitelial de membranas, lo que puede orientar el diagnóstico. Tienen una tasa mitótica variable (5). Adicionalmente, la asociación con el EBV puede evidenciarse mediante hibridación *in situ* del ARN del virus (2, 6).

El diagnóstico diferencial es amplio e incluye carcinoma indiferenciado de células grandes, sialoadenitis linfoepitelial, carcinoma de células pequeñas, metástasis en ganglios intraparotídeos por melanoma o carcinoma indiferenciado de nasofaringe, entre otros (2, 4). Dada la alta frecuencia de compromiso nasofaringeo en esta familia de tumores, se recomienda realizar una panendoscopia con biopsias de cavum y del anillo de Waldeyer para descartar un origen primario oculto (2).

Una de las posibles causas que se han propuesto para la evaluación de su etiopatogenia consiste en la transformación maligna a partir de zonas de tejido mioepitelial o epitelial intraglandular. La mayoría de estas lesiones no se desarrollan a partir de una sialoadenitis linfoepitelial ni de otro tipo de lesión precursora y el diagnóstico se realiza cuando estas producen síntomas en relación con su tamaño, principalmente por inflamación o parálisis facial. Sin embargo, en algunos casos puede presentarse de manera inicial con metástasis cervicales (2).

El tratamiento de elección es la resección completa de la glándula afectada con márgenes libres de enfermedad. La radioterapia adyuvante se ha asociado con mejores tasas de control locoregional, dada la radiosensibilidad del tumor (5, 6). La evidencia sugiere que la quimioterapia no aporta beneficios significativos en enfermedad localizada, pero puede considerarse en casos avanzados o metastásicos.

El carcinoma linfoepitelial tiene mejor pronóstico que otros carcinomas indiferenciados de las glándulas salivares, con una sobrevida a 5 años entre el 50% y el 87%. Los factores asociados a un desenlace desfavorable incluye enfermedad avanzada al momento del diagnóstico, presencia de metástasis regionales o a distancia, alta tasa mitótica, anaplasia marcada y necrosis tumoral (5, 6). El seguimiento estrecho es fundamental debido al riesgo de recurrencia locoregional.

Agradecimientos

Agradecemos de manera especial al paciente y su familia, quienes permiten esta publicación en beneficio de la divulgación del conocimiento científico.

Financiación

Sin financiación ni patrocinio. El tiempo y dedicación invertida en la realización de la publicación fue asumida por los autores del artículo.

Declaración de conflictos de interés

Los doctores Oscar Marrugo Diaz, María Camila Salazar Agudelo, María Camila Borbón Vélez y María Alejandra Henao Rincón declaran que el trabajo no recibió financiación de fuentes públicas o comerciales, ni de entidades sin ánimo de lucro. Asimismo, se declara que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con la publicación del artículo de investigación.

Este artículo fue reportado según las guías CARE y las guías del Joanna Briggs Institute para el reporte de caso.

Declaración de autoría

Declaramos que este trabajo de investigación es original, se citaron las fuentes correspondientes y se han respetado las disposiciones legales y éticas durante su ejecución.

Y no se ha sometido a ninguna otra revista.

Consentimiento informado

Para la revisión de historia clínica electrónica institucional y el uso de imágenes diagnósticas del presente caso, se obtuvo el consentimiento informado del paciente. Dicho consentimiento se encuentra a disposición para su revisión.

Consideraciones éticas

El presente estudio se desarrolló de conformidad con los principios éticos establecidos para la investigación médica en seres humanos, en concordancia con la Declaración de Helsinki, adoptada durante la 59^a Asamblea General celebrada en Seúl, Corea, en octubre de 2008. Asimismo, se observarán las disposiciones vigentes del Ministerio de Salud de Colombia, particularmente lo contemplado en la Resolución 8430 de 1993, Capítulo I, que trata sobre los aspectos éticos aplicables a la investigación en seres humanos. Esta investigación se clasifica como un estudio de tipo descriptivo y ha sido determinada como SIN RIESGO para los participantes.

REFERENCIAS

1. Salama AR, Ord RA. Clinical implications of the neck in salivary gland disease. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2008;20(3):445-58. doi: 10.1016/j.coms.2008.03.002.
2. Thomas Santamaría A, Dasi BL, Monleón LG, et al. Carcinoma linfoepitelial primario de glándula parótida. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2013;35(2):98-9. doi: 10.1016/j.maxilo.2012.05.011.
3. Schneider M, Rizzardi C. Lymphoepithelial carcinoma of the parotid glands and its relationship with benign lymphoepithelial lesions. *Arch Pathol Lab Med.* 2008;132(2):278-82. doi: 10.5858/2008-132-278-LCOTPG.
4. Hsu YC, Lu HF, Huang CC, et al. Malignant lymphoepithelial lesions of the salivary gland. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006;134(4):661-6. doi: 10.1016/j.otohns.2005.10.034.
5. Abdelkrim SB, Trabelsi A, Hammedi F, et al. Primary lymphoepithelial carcinoma of the parotid gland in a North African woman. *Rare Tumors.* 2009;1(1):e16. doi: 10.4081/rt.2009.e16.
6. Manganaris A, Patakiouta F, Xirou P, et al. Lymphoepithelial carcinoma of the parotid gland- is an association with Epstein-Barr virus possible in non-endemic areas. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2007;36(6):556-9. doi: 10.1016/j.ijom.2006.12.012.