

REPORTE DE CASOS

Ciencias Clínicas

Carcinoma de células acinares en parótida: Reporte de caso clínico

Eduardo Ramos Carcelén ¹ | José Luis Llanos Arteaga ² | Eduardo Ramos Rivadaneira ³

¹Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito, Ecuador

²Universidad Central del Ecuador, Ecuador

³Universidad Internacional del Ecuador, Ecuador

Correspondencia

José Luis Llanos Arteaga

Email: josellarteaga@gmail.com

Se presenta el caso de un paciente masculino de 73 años con antecedentes de tuberculosis pulmonar en recaída, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, bajo control médico. Es valorado por el servicio de Cirugía Maxilofacial por una tumoración en región parotídea izquierda de 2 años de evolución, de crecimiento lento, lobulada, firme, indurada, no dolorosa, aproximadamente de unos 8 cm de diámetro, que provoca una notable asimetría cervicofacial. El Servicio de Oncología realiza una punción con aguja fina y solicitan marcadores inmunohistoquímicos tipo citoqueratina 7, P61 y calponina; cuyos resultados concluyen que son positivos para malignidad. Los servicios médicos de base Neumología y Medicina Interna compensan previamente en cuadro clínico general. Cirugía maxilofacial recibe interconsulta por el servicio de Neumología y realizamos conjuntamente un análisis minucioso del caso. Analizamos los exámenes generales biometría hemática, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina, glucosa, urea y creatinina; radiografía estándar de tórax, mínimo tres hemocultivos negativos; tomografía simple y contrastada cervicofacial. Se planifica el abordaje quirúrgico, tipo Alcayet, con preservación de los ramos del nervio facial. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de carcinoma de células acinares de glándula parótida; se discute la presentación clínica, los hallazgos imagenológicos y el abordaje terapéutico, los márgenes de seguridad; destacando la importancia del enfoque multidisciplinario en pacientes con múltiples comorbilidades de base que deben estar previamente compensadas al procedimiento quirúrgico.

PALABRAS CLAVE

Glándula parótida, cirugía maxilofacial, tuberculosis pulmonar crónica, carcinoma de células acinares, punción por aspiración con aguja fina

1 | INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células acinares es una neoplasia maligna poco frecuente de las glándulas salivales, afecta principalmente a adultos jóvenes, pero puede presentarse en adultos mayores, como en el caso reportado; representa aproximadamente del 6-17% de los tumores malignos parotídeos. Se origina en las células serosas acinares responsables de la producción de enzimas salivales. A menudo se manifiesta como una masa indolora y de crecimiento lento en la región parotídea; siendo difícil de distinguir clínicamente de tumores benignos. Su diagnóstico oportuno y tratamiento quirúrgico adecuado son cruciales para mejorar el pronóstico del paciente [1, 2].

El objetivo fundamental en la presentación de este caso es presentar el proceso diagnóstico y el abordaje quirúrgico rehabilitador multidisciplinario del Carcinoma Parotídeo de Células Acinares.

2 | PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente es ingresado por el Servicio de Neumología del Hospital Pablo Arturo Suárez (HPAS) para tratamiento del cuadro infeccioso crónico en fase aguda de la tuberculosis pulmonar. Una vez ingresado y compensado se solicita valoración de la masa tumoral al Servicio de Oncología, quienes valoran el caso y realizan una punción con aguja fina (PAAF) y solicitan marcadores inmunohistoquímicos tipo citoqueratina 7 (CK7), P61 y calponina; cuyos resultados concluyen que son positivos para malignidad.

Se solicita valoración al servicio de Cirugía maxilofacial para resolución quirúrgica de la masa tumoral en región parotídea izquierda, se actualizan exámenes complementarios. Solicita una tomografía simple y contrastada cérvico-facial con ventana en región parotídea izquierda, biometría hemática (BH), tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina (TTP), glucosa, urea y creatinina, electrocardiograma (EKG), estándar de tórax y con los resultados, se planifica el abordaje quirúrgico apropiado. Y una vez compensadas las distintas comorbilidades fue planificado el procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo, que involucre un control adecuado del sangrado intra y transoperatorio, disección delicada con márgenes de seguridad de 1 cm adyacentes a la lesión con disección cuidadosa y preservación de ramos del nervio facial (VII par craneal). En este contexto se realiza un abordaje tipo Alcayet modificado. El procedimiento transcurrió sin complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, más que la presencia de una parestesia transitoria de la rama palpebral del nervio facial, cuya función clínicamente está conservada, siendo referido al servicio de Fisiatría para su completa rehabilitación el caso y seguimiento continuo de su recuperación.

2.1 | Datos generales

Paciente masculino de 73 años, procedente de Quito, Ecuador, con antecedentes de tuberculosis pulmonar (TBC), enfermedad renal crónica, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, bajo control médico. Antecedente de tabaquismo y etilismo social por 30 años, no evidencia de adenopatías manifestadas a nivel cervical o en otros sitios del cuerpo.

2.2 | Motivo de consulta

Remitido al Servicio de Cirugía Maxilofacial por el Servicio de Neumología del Hospital Pablo Arturo Suárez (HPAS) de la ciudad de Quito-Ecuador; por la presencia de una masa tumoral en región parotídea izquierda, de crecimiento lento, de 2 años de evolución con aumento progresivo de tamaño, no dolorosa, sin presencia de adenopatías cervicales.

2.3 | Anamnesis

El paciente acudió inicialmente a control de tuberculosis (TBC), donde se identificó elevación de azoemia con presencia de tos seca esporádica, sin disnea, leve malestar general y dolor articular. Durante la evaluación se evidenció masa irregular, exofítica, lobulada de alrededor de 8 cm. de diámetro en región parotídea izquierda (Figura 1).

Paciente recibe el ingreso por el Servicio de Neumología por agudización del cuadro crónico TBC; recibe el tratamiento para esta condición, una vez superada la fase de agudización; con hemocultivos negativos se realiza valoración y tratamiento de masa parotídea izquierda.

2.4 | Examen físico

Paciente lúcido, orientado en las tres esferas, Glasgow 15/15, afebril, sin focalidad neurológica, asimetría facial visible. En región parotídea izquierda se palpa una masa exofítica, lobulada, piramidal, indurada, no dolorosa, de aproximadamente 8 cm de diámetro, sin signos inflamatorios. (Figura 1)

2.5 | Exámenes complementarios

Biometría hemática, se evidenció una hemoglobina de 10.1 g/dL y hematocrito de 31.0%, tiempo de protrombina (TP) de 17.6 segundos y tiempo de tromboplastina (TTP) de 51.6 segundos y un INR de 1.17, La cuenta plaquetaria fue de 548,000/ μ l.

2.6 | Imagenología

La tomografía de cérvico-facial simple y contrastada cortes axiales, coronales y sagitales realizada con fecha (05/02/2025) cuyo informe manifiesta la presencia de una masa nodular lobulada en región parotídea izquierda, bien delimitada, que mide aproximadamente $3 \times 3 \times 6 \times 5.2$ cm. No infiltra estructuras adyacentes y presenta realce con contraste, sugestivo de tumor pleomórfico (Figura 2).

Según características clínicas y radiográficas, el diagnóstico presuntivo de la lesión fue el de tumor en región parotídea de comportamiento incierto (D37).

2.7 | Plan de tratamiento

Compensación del cuadro clínico por los servicios: Neumología, Oncología quienes realizan previa a exéresis quirúrgica de lesión tumoral, punción con aguja fina (PAAF) y solicitan marcadores inmunohistoquímicos: citoqueratina 7 (CK7), P61 y calponina cuyo resultado es positivo para malignidad; compensación por Medicina Interna, Nefrología, Hematología y Cardiología; chequeo preanestésico y parte operatorio para ablación de la masa parotídea mediante abordaje quirúrgico, tipo Alcayet modificado y preservación de los ramos del nervio facial.

2.8 | Procedimiento quirúrgico

Bajo anestesia general, se procede a abordaje preauricular, tipo Alcayet modificado con márgenes de seguridad de 1 cm. para evitar recidiva, y preservación del nervio facial, seguido de una cuidadosa disección de tejidos, hasta exponer la glándula parótida (Imagen 1 y 2). Durante el procedimiento se identificaron los ramos colaterales y terminales del nervio facial, los cuales fueron disecados cuidadosamente y separados de la escisión final de la lesión tumoral. La pieza obtenida corresponde a una formación nodular de 25 gramos con dimensiones de $4 \times 3,5 \times 3$ cm, de consistencia fibroelástica, superficie externa lisa y bien delimitada (Figura 3).



FIGURA 1 Masa parotídea con diseño de incisión tipo alcayet modificada.

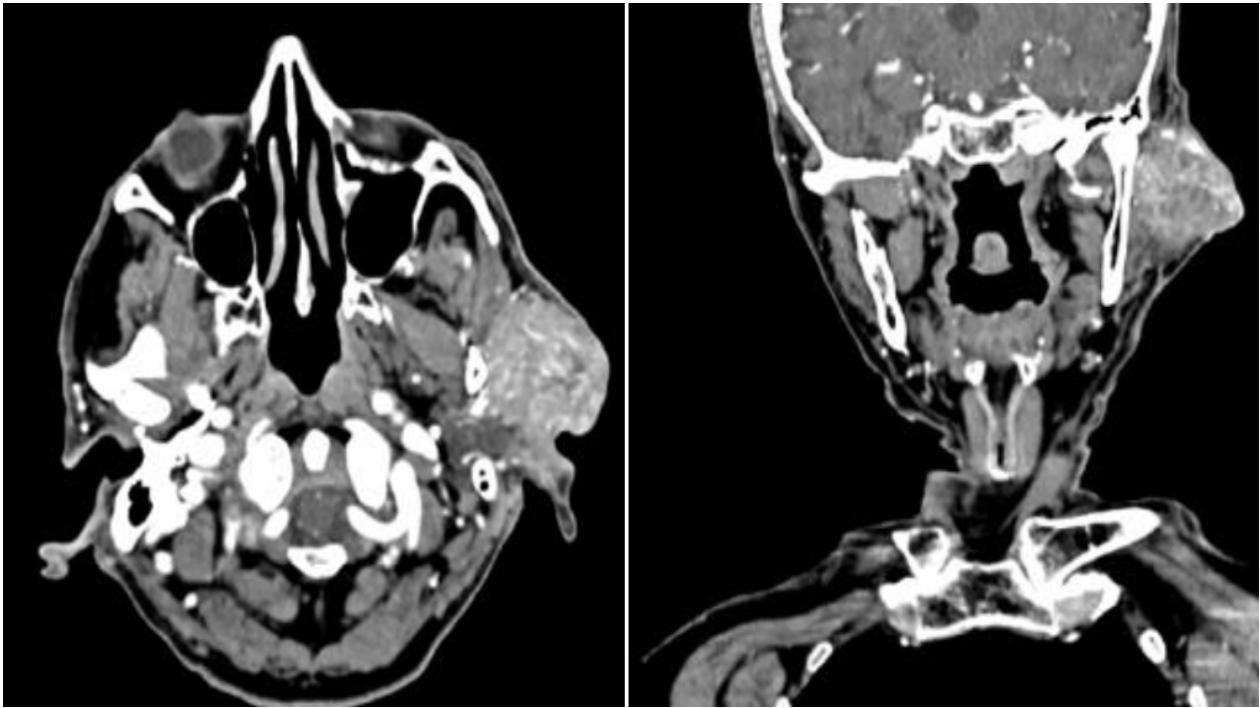


FIGURA 2 Tomografía cervicofacial contrastada en cortes axiales y coronales

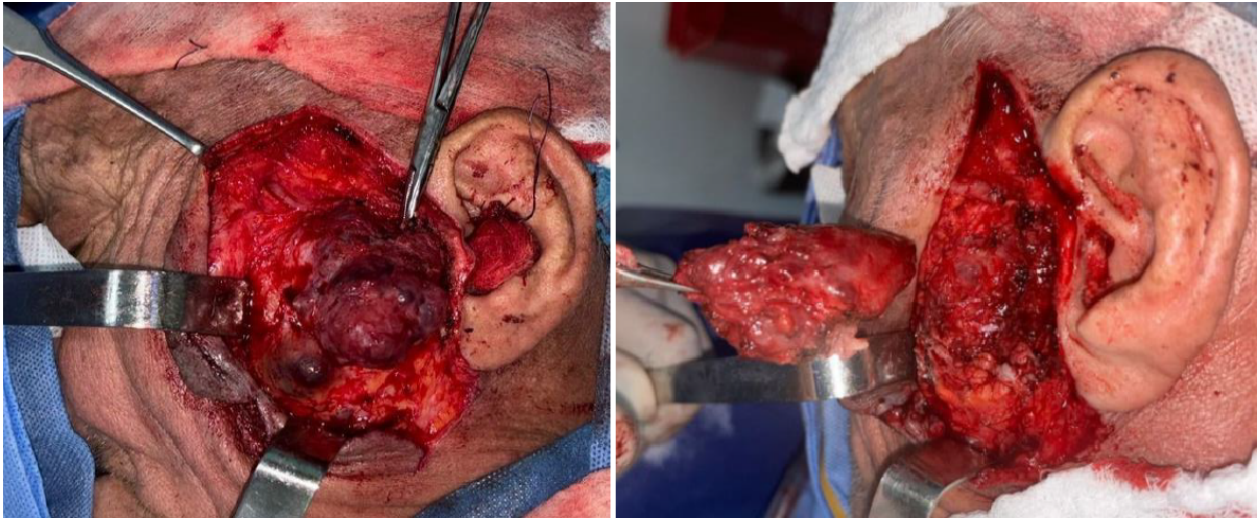


FIGURA 3 Disección por planos respetando y desplazando las ramas del VII par craneal y enucleación de la lesión tumoral para biopsia excisional.



FIGURA 4 Síntesis de herida y control a la semana función del VII par conservada.

El procedimiento transcurrió sin complicaciones postoperatorias, con evolución favorable, presentando leve parestesia de la rama palpebral del nervio facial; para lo cual, se solicitaron medidas de rehabilitación al Servicio de Fisiatría (Figura 4).

2.9 | Diagnóstico histopatológico

Los cortes histológicos muestran tumor encapsulado, con invasión de células acinares serosas en patrón predominantemente sólido, con zonas lobulares y túbulo-papilares; con abundante citoplasma basófilo claro granuloso, donde se identifica metaplasia y mitosis en 10 campos, sin necrosis a mayor aumento. La lesión fue diagnosticada como Carcinoma Parotídeo de Células Acinares (Figura 5).

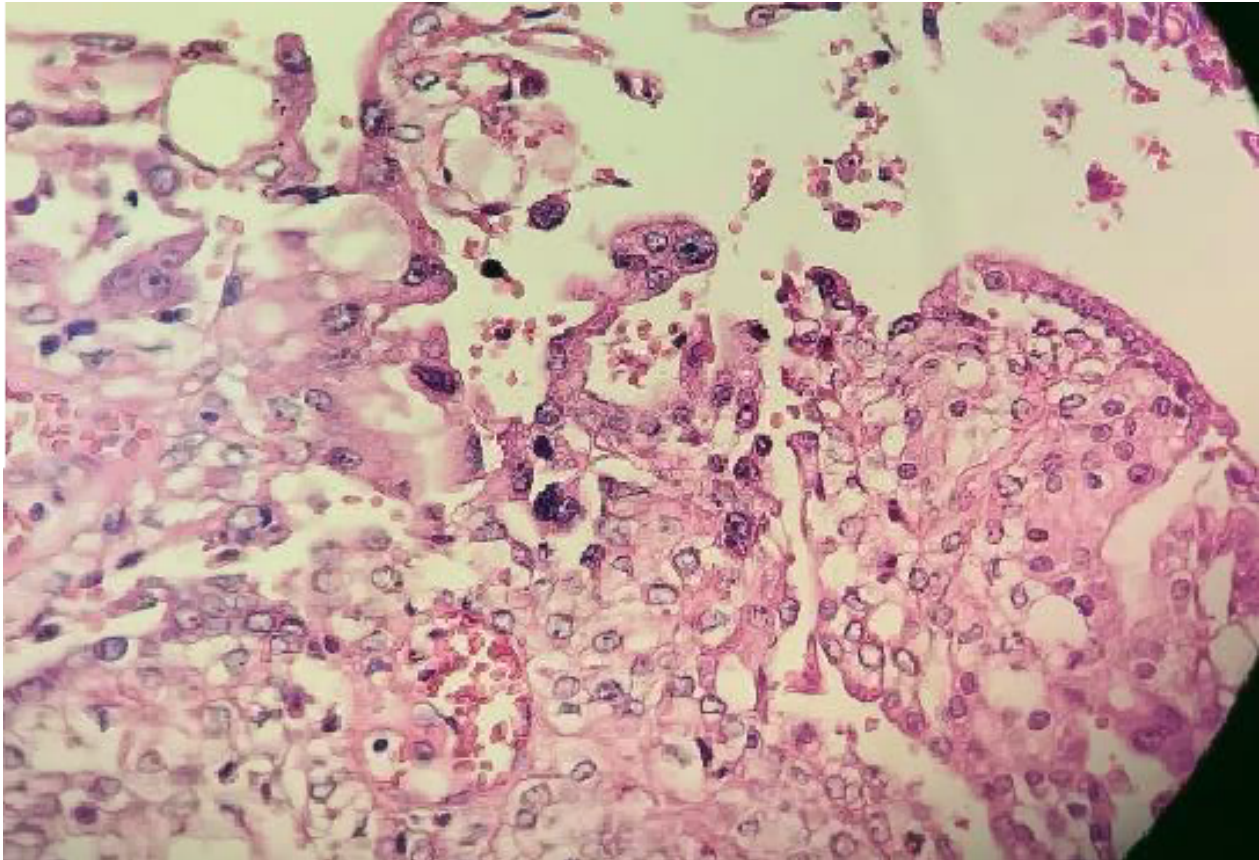


FIGURA 5 Confirmación diagnóstica de carcinoma parotídeo de células acinares.

3 | DISCUSIÓN

En los exámenes de laboratorio realizados previos a la cirugía, se evidenció una hemoglobina de 10.1 g/dL y hematocrito de 31.0%, valores que sugieren anemia moderada, probablemente normocítica y normocrómica, asociada a su enfermedad renal crónica y estado inflamatorio persistente, un tiempo de protrombina (TP) de 17.6 segundos, un tiempo de tromboplastina parcial (TTP) de 51.6 segundos y un INR de 1.17, La cuenta plaquetaria fue de 548,000/ μ l, lo que representa una trombocitosis moderada.

El carcinoma de células acinares es una neoplasia maligna poco frecuente de las glándulas salivales [1] representando aproximadamente el 6-17% de los tumores malignos parotídeos [2]. Su evolución clínica suele ser asintomática. En el presente caso, lesión de crecimiento lento de 2 años de evolución, de consistencia firme, lobulada, no dolorosa a la palpación. Aunque esta neoplasia afecta principalmente a adultos jóvenes, también puede presentarse en adultos mayores [1]. Se origina en las células serosas acinares responsables de la producción de enzimas salivales [3]. A menudo se manifiesta como una masa indolora y de crecimiento lento en la región parotídea, siendo difícil de distinguir clínicamente de tumores benignos. Su diagnóstico oportuno y tratamiento quirúrgico adecuado son cruciales para mejorar el pronóstico del paciente [4].

El carcinoma de células acinares es un tumor maligno de bajo grado que puede confundirse con lesiones benignas como el adenoma pleomorfo por su crecimiento lento y aspecto bien delimitado. La localización más frecuente es la glándula parótida, y su diagnóstico definitivo requiere estudio histopatológico. La cirugía es el tratamiento de elección, aunque algunos casos requieren radioterapia adyuvante según márgenes quirúrgicos, recurrencia o alto grado histológico [1, 2, 5].

Histológicamente, el carcinoma de células acinares se caracteriza por la proliferación de células con gránulos citoplasmáticos eosinófilos, ricas en zimógeno, y suele mostrar un patrón arquitectural sólido, microquístico o folicular. Aunque se considera de bajo grado, existen variantes de alto grado con mayor agresividad clínica. Su detección temprana se dificulta por la similitud con tumores benignos, lo cual subraya la importancia del seguimiento especializado ante cualquier masa persistente en glándulas salivales mayores [6-9].

El tratamiento quirúrgico continúa siendo la piedra angular del manejo, y en casos seleccionados puede complementarse con radioterapia. Dada la baja incidencia de esta patología, los reportes de caso contribuyen significativamente al cuerpo de conocimiento clínico, enriqueciendo la experiencia diagnóstica y terapéutica de los equipos de salud [5].

En este caso, la presentación clínica fue consistente con lo descrito en la literatura: una masa bien delimitada, no dolorosa y de crecimiento lento. El tratamiento quirúrgico fue exitoso, sin complicaciones postoperatorias inmediatas, salvo la parestesia transitoria del nervio facial. El pronóstico del carcinoma de células acinares, suele ser favorable, si se logra una resección completa; sin embargo, es esencial un seguimiento a largo plazo, debido al potencial de recurrencia local o metástasis tardías, incluso años después de la cirugía [3, 5, 6].

4 | CONCLUSIÓN

Este caso resalta la importancia de considerar entidades malignas en masas parotídeas de crecimiento progresivo, incluso en pacientes con múltiples comorbilidades. El abordaje oportuno, quirúrgico y diagnóstico histopatológico permitieron el tratamiento adecuado del carcinoma de células acinares. La correcta caracterización imagenológica y la decisión quirúrgica permitieron establecer el diagnóstico definitivo. El presente caso refuerza la importancia del enfoque multidisciplinario, en especial cuando existen múltiples comorbilidades. El seguimiento clínico, imagenológico e histopatológico es indispensable para evaluar la evolución del paciente.

Referencias

- [1] Seethala RR, Griffith CC. Molecular Pathology: Predictive, Prognostic, and Diagnostic Markers in Salivary Gland Tumors. *Surg Pathol Clin* 2016;9(3):339-352.
- [2] Ellis GL, Auclair PL. American Registry of Pathology in collaboration with the Armed Forces Institute of Pathology. *Health & Fitness* 2008;p. 524.
- [3] Speight PM, Barrett AW. Salivary gland tumours. *Oral Dis* 2002;8(5):229-240.
- [4] Seethala RR. An update on grading of salivary gland carcinomas. *Head Neck Pathol* 2009;3(1):69-77.
- [5] Eneroth CM, Zetterberg A. Malignancy in acinic cell carcinoma of the parotid gland;.

-
- [6] Lin WN, Huang HC, Wu CC, et al. Analysis of acinic cell carcinoma of the parotid gland - 15 years experience. *Acta Otolaryngol* 2010;130(12):1406–1410.
 - [7] Thoeny HC. Imaging of salivary gland tumours. *Cancer Imaging* 2007;7(1):52–62.
 - [8] Namboodiripad PC. A review: Immunological markers for malignant salivary gland tumors. *J Oral Biol Craniofac Res* 2014;4(2):127–134.
 - [9] Abd Raboh NM, Hakim SA. Diagnostic role of DOG1 and p63 immunohistochemistry in salivary gland carcinomas. *Int J Clin Exp Pathol* 2015;8(8):9214–9222.