

Adenocarcinoma de células claras de glándula salival menor: Reporte de un caso

Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo¹, Angélica María Bermejo Álvarez², Diego Gabriel Sanmartín Cabrera³, Magdalí del Rocío Murillo Bacilio⁴.

1.Servicio de Cirugía Oncológica, Hospital del Río, Cuenca – Ecuador.
2.Postgrado de Anestesiología de la Universidad Central del Ecuador. Quito-Ecuador.
3.Facultad de Medicina, Universidad de Cuenca. Azuay-Ecuador.
4.Servicio de Anatomía Patológica, SOLCA, Cuenca-Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo.
Correo Electrónico: yolandavintimilla@yahoo.com
Dirección: Av. 24 de mayo, Cuenca, Azuay, Ecuador.
Código postal: EC010203.
Teléfono [593]: 0999953561.

Fecha de Recepción: 01-03-2021.
Fecha de Aprobación: 13-10-2021.
Fecha de Publicación: 30-11-2021.

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Vintimilla Y, Bermejo A, Sanmartín D, Murillo M. Adenocarcinoma de células claras de glándula salival menor: Reporte de un caso. Rev Med HJCA. 2021; 13 (3): 193-196. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2021.13.3.cc.31>

ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2021 Vintimilla et al. Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los adenocarcinomas de células claras de glándulas salivales menores son tumores epiteliales raros que representan menos del 1% de todos los tumores malignos de las glándulas salivales.

CASO CLÍNICO: Se presenta el caso de un paciente masculino de 54 años, con un tumor retroauricular derecho indoloro de crecimiento progresivo. La ecografía reportó un tumor heterogéneo retroauricular de partes blandas sin adenopatías locales ni regionales. El cultivo y los marcadores tumorales realizados fueron negativos, la BAFF se reportó como sospechosa para malignidad.

EVOLUCIÓN: Se realizó excéresis de tumor retroauricular derecho, sin complicaciones. El reporte de patología informó adenocarcinoma de células claras retroauricular derecho con límites negativos. El paciente ha permanecido en vigilancia por un año, sin datos de recurrencia de la enfermedad.

CONCLUSIÓN: A pesar de que el carcinoma de células claras de glándulas salivales menores es un tumor poco frecuente debe ser considerado como diagnóstico diferencial en pacientes con lesiones de cabeza y cuello. Su tratamiento estandarizado es quirúrgico, los tratamientos adyuvantes no han mostrado una mejora en el control de las recurrencias, ni han mejorado la sobrevida.

PALABRAS CLAVE: ADENOCARCINOMAS DE CÉLULAS CLARAS, GLÁNDULAS SALIVALES MENORES, BIOPSIA CON AGUJA FINA, TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

ABSTRACT

Clear Cell Adenocarcinoma of the minor salivary glands: Case Report.

BACKGROUND: Clear cell adenocarcinomas of the minor salivary glands are rare epithelial tumors that account for less than 1% of all malignant salivary gland tumors.

CASE REPORT: We present the case of a 54-year-old male patient who presented with a painless right retroauricular tumor of progressive growth. Ultrasound reported a heterogeneous retroauricular soft tissue tumor with no local or regional lymphadenopathies. Culture and tumor markers were negative, BAFF was reported as suspicious for malignancy.

CLINICAL COURSE: Right retroauricular tumor was excised, without complications. The pathology report informed a right retroauricular clear cell carcinoma with negative limits. The patient has been under follow up care for one year, with no evidence of disease recurrence.

CONCLUSION: Although clear cell carcinoma of the minor salivary glands is a rare tumor, it should be considered as a differential diagnosis in patients with head and neck injuries. Its standardized treatment is surgical; adjuvant treatments have not shown an improvement in the control of recurrence, nor have they improved survival rates.

KEYWORDS: CLEAR CELL CARCINOMA, MINOR SALIVARY GLANDS, FINE NEEDLE BIOPSY, SALIVARY GLAND NEOPLASMS.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células claras de glándulas salivales menores es un tumor epitelial raro, representa menos del 1% de todos los tumores malignos de las glándulas salivales. Fue descrito por primera vez en 1994. Es un tumor maligno de bajo grado, clasificado como subtipo de tumor de glándulas salivales en la clasificación revisada por la OMS en 2005. Al ser un tumor de bajo grado, su característica más importante es su crecimiento lento e indolente. Histológicamente, está compuesto de células epiteliales con citoplasma claro proliferantes, organizadas en trabéculas, cordones o nidos sólidos, rodeados por estroma de fibrocolageno hialinizado. Como diagnóstico diferencial se pueden mencionar: tumores de células claras de glándulas salivales mayores, neoplasias de células claras intraorales, tumores odontogénicos de células claras, metástasis de tumores de: riñón, pulmón, tiroides, paratiroides y órganos reproductores femeninos. [1-6].

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 54 años, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de importancia. El paciente acudió a ser atendido por presentar un tumor retroauricular derecho, indoloro, de crecimiento progresivo, que causa eritema en piel, de 2 años de evolución. Al examen físico se evidenció tumor eritematoso, elevado, semiduro, de bordes definidos, de aproximadamente 4x3 cm en región retroauricular

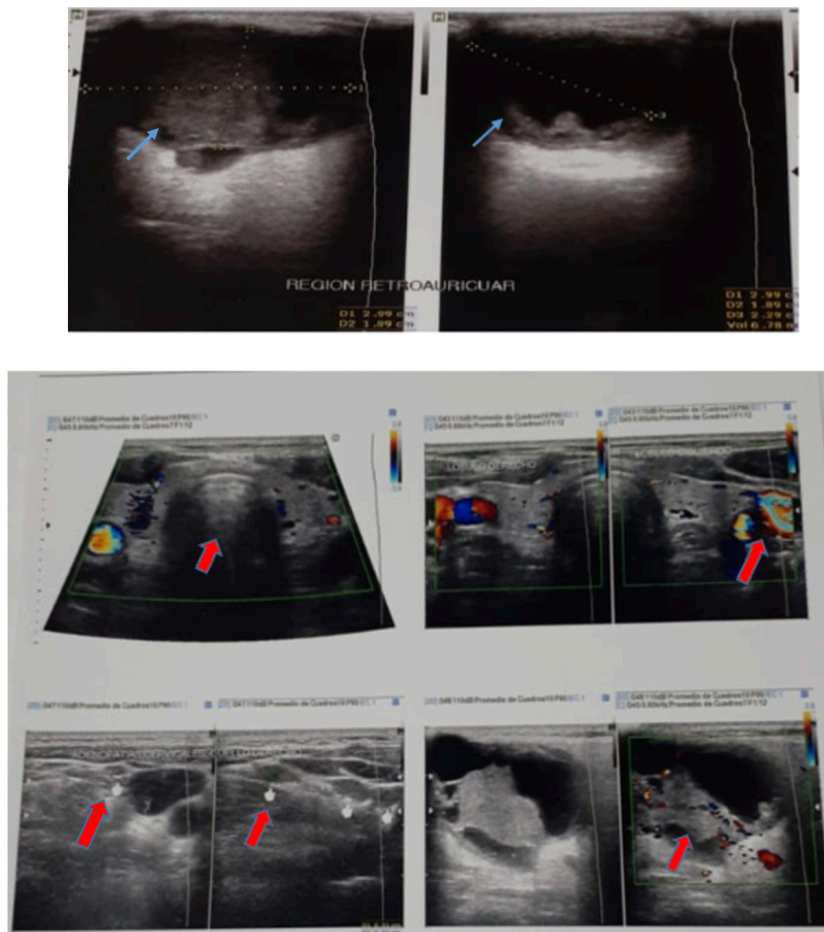
derecha (Imagen 1), sin ganglios palpables en cuello ipsilateral.

Imagen 1. Tumor retroauricular derecho



Se realizó ecografía de tejidos blandos que reportó la presencia de un tumor heterogéneo retroauricular derecho de partes blandas, de 3 cm de diámetro, de bordes definidos, con flujo vascular escaso, sin adenopatías locales ni regionales (Imagen 2). Se realizó una BAAF (biopsia por aspiración con aguja fina) que fue reportada como sospechosa para malignidad con recomendación de excéresis. El resultado de los marcadores tumorales realizados: Deshidrogenasa Láctica, Antígeno Carcino embrionario, Antígeno Prostático Específico fue negativo; al igual que el resultado del cultivo realizado. Con estos datos se planteó como diagnóstico presuntivo un tumor metastásico versus un primario de glándula salival menor.

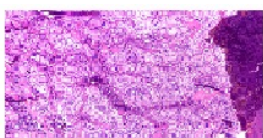
Imagen 2. Ecografía de tumor retroauricular derecho.



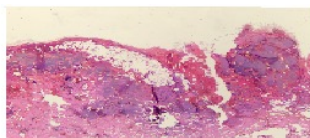
Con los hallazgos descritos se planificó y realizó excéresis tumoral con identificación de límites en lámina de corcho; se obtuvo un tumor semiduro, de bordes regulares, de aproximadamente 2.5x2 cm, de color rojizo, levemente vascularizado.

El reporte de patología definitivo informó: tumor retroauricular derecho de 2.5x1.5x1cm. Tipo histológico: adenocarcinoma de células claras con límites negativos. A la descripción microscópica los cortes estudiados muestran neoplasia de estirpe epitelial que crece con un patrón sólido, las estructuras celulares son de moderado tamaño, presentan diferenciación hacia célula clara. El índice proliferativo se halla incrementado. La neoplasia crece en medio de estroma conjuntivo vascularizado (Imagen 3).

Imagen 3. Imágenes de a microscopia del tumor



HE 20x: Neoplasia Epitelial



HE 20x Diferenciación a Célula Clara

EVOLUCIÓN

El paciente permaneció hospitalizado por 24 horas, con evolución favorable, sin complicaciones postoperatorias, por lo que fue dado de alta.

Acudió a control a los 15 días, sin complicaciones por la intervención quirúrgica y con cicatriz quirúrgica estéticamente aceptable (Imagen 4). Dado el diagnóstico del reporte histopatológico se realizaron TAC de Cráneo y toraco- abdomino-pélvica con la finalidad de descartar un tumor primario, en especial de riñón, que haya resultado en metástasis; sin embargo todas las tomografías fueron reportadas sin alteración.

Imagen 3. Cicatriz a los 15 días posquirúrgicos.



El paciente ha permanecido en vigilancia por un año y se mantiene sin datos de recurrencia de la enfermedad.

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma de células claras de glándulas salivares menores representa el 1% de los tumores malignos de glándulas salivales. De hecho, en revisiones de casos, como la de Mengi et al., con 366 casos de tumores de glándulas salivales, no se hace referencia a adenocarcinomas de células claras de glándula salival menor

[7]. Silva Cunha et al.[8], con 164 casos reportados de tumores de glándulas salivales, tampoco reporta casos de adenocarcinomas de células claras de glándula salival menor; así mismo en la publicación de Gonzales et al.[9], con 107 casos de tumores de glándulas salivales. En revisiones con mayor número de pacientes, como la de Westergaard Nielsen et al., de 1601 casos, se mencionan 8 adenocarcinomas de células claras de glándulas salivales menores [10].

En la literatura existe discrepancia sobre el predominio de este tumor en relación al sexo, habiendo mayor número de publicaciones a favor del predominio en el sexo masculino, aunque existen publicaciones que demuestran mayor frecuencia en el sexo femenino; en el presente caso se trató de un paciente masculino. Otro punto de controversia es la edad de presentación; aunque la gran mayoría de publicaciones define la edad promedio de 55 años de edad; nuestro paciente estaría en dentro de este grupo de edad. Dentro de los exámenes de extensión que se plantean en la bibliografía internacional, están los marcadores tumorales y la ecografía, que en nuestro paciente fueron realizados previo a la cirugía para lograr un diagnóstico presuntivo. En la literatura se menciona el diagnóstico diferencial con oncocytoma, carcinomas mioepiteliales, metástasis de tumor renal, entre las más citadas por los diferentes artículos revisados. En cuanto al pronóstico es bueno en la mayoría de casos reportados en la literatura internacional, pero se debe hacer hincapié en que el número de casos de esta patología es reducido [1-13].

Al hablar de tratamiento de elección existen numerosas publicaciones que concluyen que el tratamiento quirúrgico es de elección, sin que se haya demostrado que la adyuvancia con quimioterapia o radioterapia tengan una influencia favorable en la sobrevida libre de recurrencia o en la sobrevida global; por lo que en el presente caso se optó por excéresis y vigilancia. Otro punto a tener en cuenta son los márgenes de resección, que como se reporta en la literatura, son un pilar fundamental a la hora de evaluar la posibilidad de recurrencia; en el presente caso los márgenes estaban libres. El pronóstico de estos tumores es bueno a corto y largo plazo [10,12,14].

Al ser el tumor de células claras un tumor raro, es importante descartar que se trate de una metástasis de un carcinoma de riñón; por lo que en el presente caso se realizó una tomografía contrastada abdomino-pélvica, la cual fue negativa, afianzando más aún el diagnóstico de un tumor primario de glándulas salivales menores [1, 15, 16].

CONCLUSIÓN

A pesar de que el carcinoma de células claras de glándulas salivales menores es un tumor poco frecuente debe ser considerado como diagnóstico diferencial en pacientes con lesiones de cabeza y cuello. Su tratamiento estandarizado es quirúrgico, los tratamientos adyuvantes no han mostrado una mejora en el control de las recurrencias, ni han mejorado la sobrevida.

RECOMENDACIONES

Para conseguir un diagnóstico temprano de carcinoma de células claras de glándulas salivales menores se recomienda la auto exploración en la población, ayudando a evitar que los tumores tengan un crecimiento desmedido o que se transformen en lesiones irresecables.

ABREVIATURAS

Cm centímetros; TAC: tomografía axial computarizada; BAAF: Biopsia por aspiración con aguja fina.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al paciente las facilidades prestadas para la realización y publicación de este caso.

FINANCIAMIENTO

Este estudio es autofinanciado.


DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Los datos y materiales del presente estudio fueron obtenidos a través del sistema informático de registro clínico de la Institución en la que se entendió al paciente.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

YV: idea de investigación; YV, AB, DS, MJ, DU: recolección de información, revisión bibliográfica, redacción del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES


-Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo. Cirujana Oncóloga, Hospital del Rio, Cuenca – Ecuador. Hospital Reina del Cisne, Piñas-Ecuador. Docente de la Universidad de Cuenca. Cuenca – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7618-7794>

-Angélica María Bermejo Álvarez. Postgradista de Anestesiología de la Universidad Central del Ecuador. Quito-Ecuador.

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1533-8050>

-Diego Gabriel Sanmartín Cabrera. Estudiante de Pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca. Azuay - Ecuador.

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4056-6047>

-Magdalí del Rocío Murillo Bacilio. Anatomó Patóloga, Miembro del Servicio de Anatomía Patológica, Instituto del Cáncer SOLCA, Cuenca, Docente de la Universidad de Cuenca  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9752-9722>

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores no reportan conflictos de interés.

CONSENTIMIENTO PARA PUBLICAR

Los autores leyeron la versión final y dieron su consentimiento para la publicación de este artículo.


APROBACIÓN DE ÉTICA Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Los autores cuentan con el consentimiento por parte del paciente para la publicación del caso clínico.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Vintimilla Y, Bermejo A, Sanmartín D, Murillo M. Adenocarcinoma de células claras de glándula salival menor: Reporte de un caso. Rev Med HJCA. 2021; 13 (3): 193-196. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2021.13.3.cc.31>

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/publon/52150515/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chand MT, Edens J, John R, Lin TT, Anderson IJ, Hyalinizing clear cell carcinoma of the soft palate: a review of literature review. *Autops Case Rep.* 2020;10(2):. e2020156. DOI: 10.4322/acr.2020.156.
2. Yamanishi T, Kutsuma K, Masuyama K. A Case of Hyalinizing Clear Cell Carcinoma, So-Called Clear Cell Carcinoma, Not Otherwise Specified, of the Minor Salivary Glands of the Buccal Mucosa". *Case Reports in Otolaryngology.* 2015; 2015: Article ID 471693. DOI: 10.1155/2015/471693
3. Sanjai K, Shivalingaiah D, Sharath R, Pandey B. Clear cell carcinoma of palatine salivary gland: A diagnostic challenge. *J Oral Maxillofac Pathol* 2018; 22(1):128-131. DOI: 10.4103/jomfp.JOMFP_236_17
4. Saldaña M, García M, González I. Primary clear cell carcinoma of parotid gland: Case report and review of literature. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2013; 17(1): 101-105. DOI: 10.4103/0973-029X.110692
5. Agrawal J, Pavan K, Ajit D, Kumar S. Clear cell carcinoma of minor salivary gland: A case of clinical dilemma. *Rev. Contemp Clin Dent.* 2014; 5(3): 389-392. DOI: 10.4103/0976-237X.137965
6. Oluwatoyin Lawal A, Oluwatoyin Adisa A, Kolude B, Folasade Adeyemi B, Malignant salivary gland tumours of the head and neck region: a single institutions review. *Pan African Medical Journal.* 2015; 20:121. DOI: 10.11604/pamj.2015.20.121.3458
7. Mengi E, Orhan Kara C, Tumkaya F, Necdet Ardic F, Topuz B, Bir, F. Salivary gland tumors: A 15-year experience of a university hospital in Turkey. *Northern clinics of Istanbul.* 2020; 7(4), 366-371. DOI: 10.14744/nci.2020.57767
8. Silva Cunha J, Hernandez-Guerrero J, de Almeida O, Dantas Soares C, Mosqueda-Taylor A. Salivary Gland Tumors: A Retrospective Study of 164 Cases from a Single Private Practice Service in Mexico and Literature Review. *Head and Neck Pathology.* 2021;15(2):523-531. DOI: 10.1007/s12105-020-01231-2
9. Gonzales V, Petersen V, Schmidt TR, Thieme S, Correa C, Paiva F, et al. Salivary gland cancer in Southern Brazil: a prognostic study of 107 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2021; 26(3): e393-e403. DOI: 10.4317/medoral.24248
10. Westergaard-Nielsen M, Godballe C, Eriksen J, Rosenkilde S, Kiss K, Agander T, et al. Salivary gland carcinoma in Denmark: a national update and follow-up on incidence, histology, and outcome. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology.* 2021;278:1179-1188. DOI:10.1007/s00405-020-06205-2
11. Seethla R, Stenman G. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Tumors of the Salivary Gland. *Head Neck Pathol.* 2017; 11(1), 55-67. DOI: 10.1007/s12105-017-0795-0
12. Israel Y, Rachmiel A, Gourevich K, Nagler R. Survival Probabilities Related to Histology, Grade and Stage in Patients with Salivary Gland Tumors. *Anticancer Res.* 2019; 39(2), 641-647. DOI:10.21873/anticancer.13158
13. Fu JY, Wu CX, Shen SK, Zheng Y, Zhang CP, Zhang ZY. Salivary gland carcinoma in Shanghai (2003-2012): an epidemiological study of incidence, site and pathology. *BMC Cancer* 2019; 19: 350. DOI: 10.1186/s12885-019-5564-x
14. Cho JK, Lim BW, Kim EH, Ko YH, Oh D, Noh JM, et al. Low-Grade Salivary Gland Cancers: Treatment Outcomes, Extent of Surgery and Indications for Postoperative Adjuvant Radiation Therapy. *Ann Surg Oncol.* 2016; 23: 4368-4375. DOI: 10.1245/s10434-016-5353-6
15. Morita Y, Kashima K, Suzuki M., Kinoshita H, Teramoto A, Matsumiya Y, et al. Differential Diagnosis between Oral Metastasis of Renal Cell Carcinoma and Salivary Gland Cancer. *Diagnostics (Basel, Switzerland).* 2021; 11(3): 506. DOI: 10.3390/diagnostics11030506
16. Oliver J, Wu P, Chang C, Roden D, Wang B, Liu C, Givi, B. Patterns of Care and Outcome of Clear Cell Carcinoma of the Head and Neck. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery.* 2019; 161(1): 98-104. DOI:10.1177/0194599819835779