

- fluorodeoxy-D-glucose-positron emission tomography scans for initial evaluation in early stage cutaneous melanoma. *Cancer*. 2005;104:570-9.
7. Nuyens M, Schüpbach, Stauffer E, Zbären P. Metastatic disease to the parotid gland. *Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2006;135:844-8.
8. Australian Cancer Network Melanoma Guidelines Revision Working Party. Clinical Practice Guidelines for the Management of Melanoma in Australia and New Zealand. The Cancer Council Australia and Australian Cancer Network, Sydney and New Zealand Guidelines Group, Wellington (2008).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.05.004>

Carcinoma linfoepitelial primario de glándula parótida

Primary lymphoepithelial carcinoma of the parotid gland

Alejandro Thomas Santamaría^{a,*}, Belen Leno Dasi^a
Laura García Monleón^b y Juan José Verdaguer^a

^a Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital del Vinalopó, Elche, España

Un caso poco habitual y de manejo controvertido

Tras ser evaluada por el Comité de tumores de nuestra Institución, la paciente fue sometida a una parotidectomía total derecha conservadora del nervio facial junto con un vaciamiento cervical selectivo del nivel IB, II y III.

El análisis anatomopatológico de la pieza confirmó el diagnóstico de carcinoma linfoepitelial primario de parótida, sin observarse afectación de ninguna de las 19 adenopatías estudiadas. Posteriormente fue tratada con radioterapia adyuvante (60 Gy) sobre el lecho quirúrgico parotídeo.

A los 2 años la paciente esta asintomática, libre de enfermedad y sin secuelas significativas.

Discusión

El carcinoma linfoepitelial fue descrito por primera vez por Hildermann en 1962.) El carcinoma linfoepitelial no nasofaríngeo de cabeza y cuello es una entidad muy infrecuente y representa menos del 1% de los tumores malignos de la glándula parótida¹.

En la literatura se ha descrito este tipo histológico en otras localizaciones de cabeza y cuello como: nasofaringe, suelo de boca, laringe, mandíbula, timo y senos paranasales². También se han encontrado en otras localizaciones del organismo

como los conductos biliares, las glándulas de Bartolino, el cérvix uterino, el páncreas o el estómago. Cuando afecta las glándulas salivales la localización más frecuente es la glándula parótida. Normalmente se asocia a la infección por el virus del Epstein-Barr en áreas geográficas endémicas (Islandia, Canadá, Japón y sureste de China)³. En áreas no endémicas y en raza caucásica se asocia menos al virus del Epstein Barr y es muy poco frecuente. Suele mostrar una predilección por las mujeres de mediana edad (50 años de media). Histológicamente corresponde a un tumor de células grandes indiferenciadas embebidas en un estroma linfoide. Es inmunorreactivo al antígeno epitelial de membrana y citoqueratinas, lo que puede ayudar para el diagnóstico. La presencia de EBV puede demostrarse con hibridación in situ del RNA del virus. Sus características anatomopatológicas son similares al carcinoma nasofaríngeo no queratinizante e histológicamente puede llegar a ser casi indistinguible⁴. El patólogo debe realizar un diagnóstico diferencial con: el carcinoma indiferenciado de células grandes, el carcinoma de células pequeñas, la sialoadenitis linfoepitelial, metástasis de un carcinoma indiferenciado nasofaríngeo, metástasis de ganglios intraparotídeos de un melanoma amelanótico.

La etiopatogenia es desconocida⁵. Se ha sugerido, como una de las posibles causas, la transformación maligna de inclusiones glandulares o ductales de los ganglios intraparotídeos. Otra hipótesis es la transformación maligna a partir de zonas de tejido epitelial o mioepitelial intraglandular. La

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.05.008>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejthoms@yahoo.es (A. Thomas Santamaría).

mayoría aparecen de novo y no evolucionan de una sialoadenitis linfoepitelial o de otra lesión precursora y suelen diagnosticarse cuando por su tamaño provocan molestias, dolor, inflamación o parálisis facial. En ocasiones se presenta inicialmente con metástasis cervicales lo que ensombrece bastante el pronóstico.

Dado que su localización más frecuente es la nasofaringe, se recomienda realizar una panendoscopia e incluso algunos autores defienden realizar biopsias aleatorias de nasofaringe y del anillo linfático de Waldeyer para excluir que se trate de una metástasis⁶.

Un 40% de estos tumores metastatizan en los ganglios cervicales y hasta un 20% pueden desarrollar metástasis a distancia⁷. Los lugares más frecuentes donde metastatizan son los pulmones, el hígado, el cerebro o los huesos. El seguimiento debe ser de al menos de 10 años ya que existe, como en el resto de tumores malignos de glándulas salivares, riesgo de metástasis o recurrencias tardías. La supervivencia a los 5 años se encuentra entre un 70-86%.

El manejo de este tipo de tumores es controvertido debido a su excepcionalidad, pero la opción que parece más consensuada es el tratamiento quirúrgico del tumor glandular y cuello, junto con la administración de radioterapia postoperatoria⁸. En nuestro caso la paciente tras ser sometida a cirugía y radioterapia adyuvante se mantiene libre de enfermedad y sin secuelas significativas a los 2 años del tratamiento.

En la literatura se ha utilizado radioterapia para tratar la mayoría de los carcinomas linfoepiteliales de cabeza y cuello, mostrándose el mismo como un tumor radiosensible⁹. El campo a radiar y la dosis de radiación que debemos administrar es un tema controvertido que precisaría de estudios prospectivos, controlados y con un mayor tamaño muestral que los encontrados en la literatura, difícil de alcanzar en este tipo infrecuente de tumores. La recomendación actual es la de radiar el lecho quirúrgico y el cuello homolateral de manera adyuvante. En el caso de que se realice un vaciamiento cervical que se muestre libre de afectación tumoral, solo sería necesario radiar el lecho parotídeo.

Respecto al tratamiento del cuello N0, como en el resto de tumores malignos es un tema controvertido, recomendándose

por lo general el vaciamiento profiláctico en tumores (T3 y T4), indiferenciados, en pacientes ancianos o que presenten signos de extensión extracapsular (nódulo duro y fijo o que muestre parálisis facial)¹⁰. Los niveles recomendados son el IB, II, III. En el caso de tumores N+, la indicación de vaciamiento cervical es la misma que el resto de tumores de cabeza y cuello.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schenider M, Rizzardi C. Lymphoepithelial carcinoma of the parotid glands and its relationship with benign lymphoepithelial lesions. *Arch Pathol Lab Med.* 2008;132:278-82.
2. Manganaris A, Patakiouta F, Xirou P, Manganaris T. Lymphoepithelial carcinoma of the parotid gland: is an association with Epstein-Barr virus possible in non-endemic areas? *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007;36:556-9.
3. Gary L, Ellis. Lymphoid lesions of salivary glands: malignant and benign. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007;12:E479-85.
4. Kountakis SE, SooHoo W, Maillard A. Lymphoepithelial carcinoma of the parotid gland. *Head Neck.* 1995;17:445-50.
5. Abdelkrim SB, Trabelsi A, Hammedi F, Omezzine M, Rammeh S, Abdelkader AB, et al. Primary lymphoepithelial carcinoma of the parotid gland in a North African woman. *Rare Tumors.* 2009;1:e16.
6. Abdulla AK, Mian MY. Lymphoepithelial carcinoma of salivary glands. *Head Neck.* 1996;18:577-81.
7. Wu DL, Shemen L, Brady T, Saw D. Malignant lymphoepithelial lesion of the parotid gland: a case report and review of the literature. *Ear Nose Throat J.* 2001;80:803-6.
8. Coscarón Blanco E, Pérez Liedo MC, Suárez Ortega MS, De Prado San José M, González del Rey M, Rodríguez-Parets JO. Synchronous ENT lymphoepitheliomas. Controversies on their diagnosis and treatment. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2007;58:119-22.
9. Salama AR, Ord RA. Clinical implications of the neck in salivary gland disease. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2008;20:445-58.
10. Guzzo M, Locati LD, Prott FJ, Gatta G, McGurk M, Licitra L. Major and minor salivary gland tumors. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2010;74:134-48.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.05.011>