

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO

Nº 612

A PROPÓSITO DE UN CASO.

1/3

Joseph JACKAMAN – Esteban RODRIGUEZ – Niteb BETIN – Agustina SUAREZ – Natalia VICENTE – Ana María AROCA
Departamento de Diagnóstico por Imágenes. Hospital de Clínicas “José de San Martín”.

CUADRO CLÍNICO

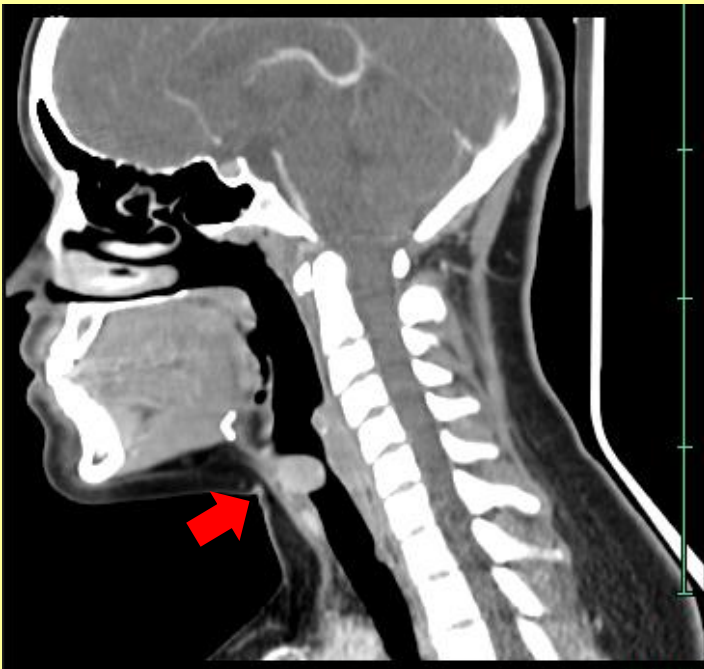
- Femenina de 15 años de edad sin antecedentes de importancia ingresa a la guardia con un cuadro clínico de dos meses de evolución caracterizado por odinofagia moderada que cede tras la ingesta de AINES. Hace un mes presenta disnea y estridor inspiratorio progresivo que se agudiza en las últimas 48 horas causando un Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda.

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

- **TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO Y TORAX CON CONTRASTE ENDOVENOSO**

Fase con contraste (Fig. 1, 2 y 3): Se observa una lesión a nivel glótico e infraglótico de forma ovoidea que en su corte transversal mide 17 x 14 mm y con una extensión cefalocaudal de 12 mm. La misma presenta intenso realce homogéneo con el contraste endovenoso sugiriendo una lesión hipervascularizada. Se proyecta hacia la luz traqueal con marcada reducción del calibre a dicho nivel.

FIG 1



CARCINOMA ADENOIDE QUISTICO

Nº 612

A PROPÓSITO DE UN CASO.

2/3

Joseph JACKAMAN – Esteban RODRIGUEZ – Niteb BETIN – Agustina SUAREZ – Natalia VICENTE – Ana María AROCA
Departamento de Diagnóstico por Imágenes. Hospital de Clínicas “José de San Martín”.

FIG 2

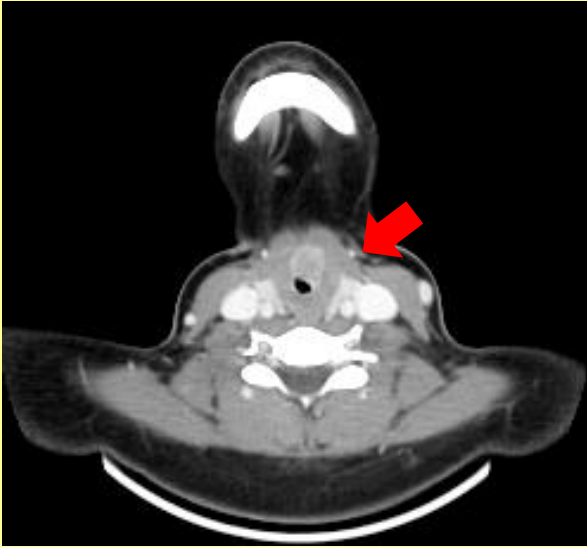


FIG 3



ANATOMIA PATOLOGICA

- Biopsia por fibrolaringoscopia: Hallazgos histológicos son compatibles con un tumor de la glándula salival. Las características observadas en primer termino un carcinoma adenoide quístico de bajo grado.

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO

Nº 612

A PROPÓSITO DE UN CASO.

3/3

Joseph JACKAMAN – Esteban RODRIGUEZ – Niteb BETIN – Agustina SUAREZ – Natalia VICENTE – Ana María AROCA
Departamento de Diagnóstico por Imágenes. Hospital de Clínicas “José de San Martín”.

TRATAMIENTO

- Su tratamiento consiste en resección tumoral con márgenes de seguridad y vaciamiento cervical cuando hay adenopatías clínicas o radiológicas. Algunos autores recomiendan radioterapia a pesar de ser un tumor poco radiosensible. Debe tener un seguimiento exhaustivo por radiología debido a que la recurrencia local ocurre en aproximadamente el 32% de los casos y el riesgo de metástasis a distancia es de 40% incluso años después del tratamiento.

DISCUSIÓN

- El carcinoma adenoide quístico constituye menos del 1% de los tumores malignos de cabeza y cuello y aproximadamente el 10% de todas las neoplasias salivales. Es el tumor maligno primario más frecuente en las glándulas submaxilares, sublinguales y menores, mientras que en la glándula parótida representa el segundo tumor maligno por frecuencia. Igualmente puede originarse de las glándulas seromucosas como tráquea, pulmón, mama, esófago, cérvix y piel.

CONCLUSIÓN

- El Carcinoma Adenoide Quístico es una patología de difícil diagnóstico debido a los hallazgos inespecíficos y variados que presenta en los métodos de imágenes disponibles. La ecografía es muy inespecífica, y se observa una lesión focal con apariencia benigna hasta una lesión hipoeoica irregular e hipervascularizada, con patrón infiltrativo de los órganos vecinos. La Tomografía Computada y Resonancia Magnética tiene varias formas de presentación, la primera es más útil para valorar metástasis a distancia y la segunda para la diseminación perineural