

METÁSTASIS A GLÁNDULA SUBMAXILAR DE LEIOMIOSARCOMA UTERINO

A. J. BURGOS SÁNCHEZ*, M. PAPI*, J. TALAVERA*, M. TRIGUEROS**

*SERVICIO ORL. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. ALICANTE.

*SERVICIO ORL. **SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. ALICANTE.

RESUMEN

En los tumores metastásicos de glándula salivar se pueden distinguir dos tipos generales de metástasis: unas con tumor origen en área de cabeza-cuello y otras con tumor origen a distancia.

Las metástasis a distancia que afectan a la glándula submaxilar constituyen una entidad infrecuente. Aportamos un caso de leiomiomasarcoma uterino que metastatizó a glándula submaxilar.

PALABRAS CLAVE: Metástasis. Glándula submaxilar. Leiomiomasarcoma uterino.

ABSTRACT

METASTASIS IN SUBMANDIBULAR GLAND FROM A LEIOMYOSARCOMA OF THE UTERUS

Two general types of metastases should be distinguished in metastatic salivary gland tumors: one of them are tumors originating in the head and neck region, and the other are tumors from dis-

tant tumor sites. Distant metastasis affecting the submandibular gland are a rare entity. We report a case of the uterus leiomyomasarcoma which metastatized in the submandibular gland.

KEY WORDS: Metastases. Submandibular gland. Leiomyomasarcoma of the uterus.

Correspondencia: A. J. Burgos. Plaza Mediterráneo, nº 2, piso 1º, pta. 7. 03010 Alicante.

Fecha de recepción: 31-7-2000

Fecha de aceptación: 29-3-2001

INTRODUCCIÓN

Los tumores metastásicos a glándulas salivares son de presentación muy poco frecuente, habitualmente afectan a la glándula parótida y a continuación a la submaxilar. Además suele ser más frecuente que la metástasis afecte a un ganglio intra o periglandular que al propio parénquima salivar. El tumor primario suele localizarse preferentemente en regiones anatómicas de cabeza y cuello y con mucha menor frecuencia en otras áreas del organismo que incluyen bronquio, mama, riñón, tracto digestivo y genito-urinario¹⁻³.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 35 años en estudio de esterilidad por el Servicio de Ginecología, en la que en el estudio ecográfico se identifica una imagen miomatososa en fondo uterino. Se procede a la realización de una miomectomía, enviando una muestra intraoperatoria para análisis histológico que es informada como leiomioma uterino, por lo que se concluye el acto quirúrgico con una histerectomía y posteriormente se efectúa tratamiento adyuvante con radioterapia pélvica y quimioterapia con adriamicina y dacarbacina. En las revisiones periódicas se detecta una tumoración submandibular izquierda, por lo que la paciente nos es remitida para valoración otorrinolaringológica.

La exploración ORL evidenció una tumoración dependiente de la glándula submaxilar izquierda, de aproximadamente 3 cm de diámetro, de consistencia dura, móvil, no adherida a planos profundos, indolora y sin signos inflamatorios.

Se practicó una ecografía que puso de manifiesto una masa sólida, de 3 cm de diámetro mayor, en glándula submaxilar izquierda.

En el estudio mediante PAAF, aunque no fue concluyente, se identificó un patrón fusocelular de células neoplásicas con infiltración de los acini de la glándula submaxilar.

Se procedió a la realización de una submaxilectomía que transcurrió sin incidencias.

El informe de anatomía patológica fue definitivo para establecer el diagnóstico de metástasis de leiomioma en el seno del parénquima glandular. El tumor muestra un patrón invasivo y en su crecimiento comprime áreas glandulares que acaban atrofiándose. Histológicamente se reconoce un patrón fusocelular constituido por haces de células multinucleadas y núcleos hiper cromáticos. Es característica la presencia de una elevada densidad celular, con abundante número de mitosis y

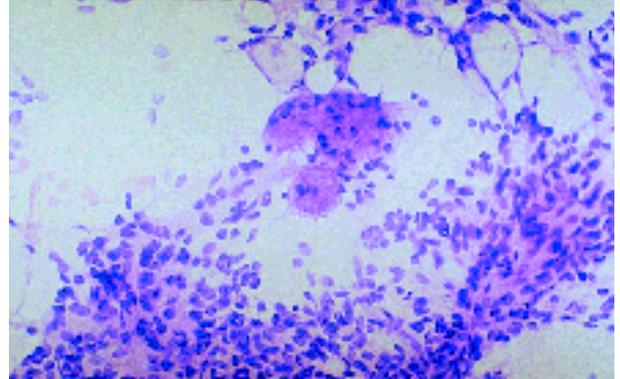


Figura 1. Muestra obtenida por PAAF en la que se identifica un patrón fusocelular de células neoplásicas con infiltración de los acini de la glándula submaxilar.

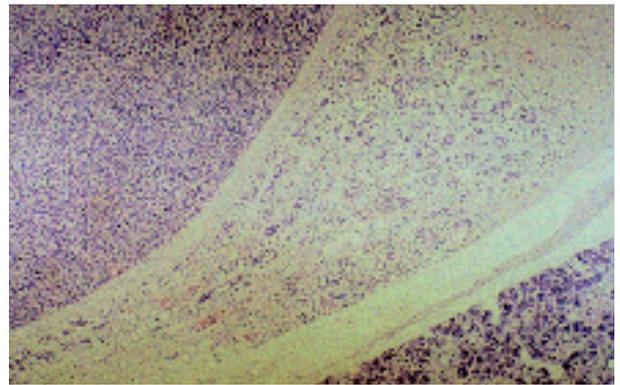


Figura 2. Corte histológico en el que se demuestra la invasión de la glándula salivar por el leiomioma. Nótese que el leiomioma en su crecimiento comprime áreas glandulares que acaban atrofiándose.

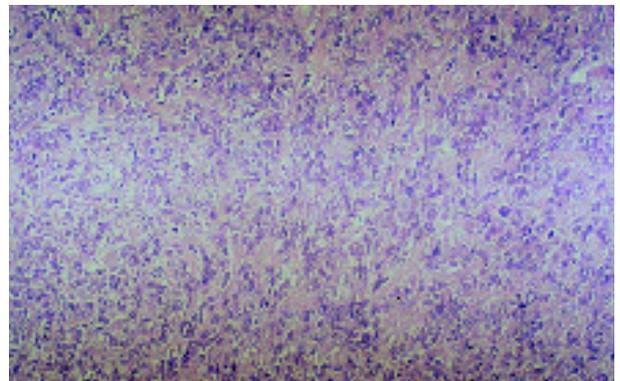


Figura 3. Leiomioma a mayor aumento. Se aprecia una elevada densidad celular y un patrón fusocelular constituido por haces de células multinucleadas y núcleos hiper cromáticos. Es característica la presencia de abundante número de mitosis y un rico pleomorfismo celular.

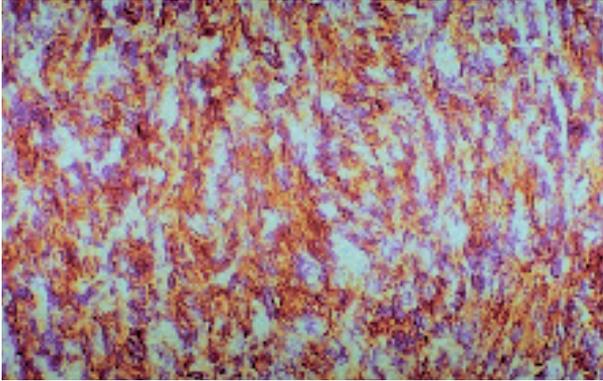


Figura 4. La ACTINA es un marcador que se utiliza en el diagnóstico de estos tumores ya que permite identificar fibras musculares.

un rico pleomorfismo celular. La tinción con ACTINA permitió identificar adecuadamente la presencia de fibras musculares.

DISCUSIÓN

En el cuerpo uterino el tumor más corriente es el adenocarcinoma, siendo más raro el carcinoma de células escamosas. Otros tumores malignos son raros, entre estos destaca el leiomioma que tiende a ser más maligno que las otras variedades de tumor uterino. El leiomioma es un tumor muy celular que, en las formas bien diferenciadas, está constituido por haces de células que recuerdan las fibras musculares y que frecuentemente son multinucleadas, con núcleos hiper cromáticos y con nucleolos bien visibles. El cuadro histológico puede ser muy similar al del mioma celular; habitualmente el diagnóstico de leiomioma se apoya en tres datos: infiltración de los tejidos vecinos, pleomorfismo celular y número de mitosis, aunque en ocasiones se requiere una investigación más profunda. Su extensión se realiza por continuidad directa y por vía vascular venosa o linfática. La extensión por vía hemática es frecuente y responsable de las metástasis alejadas⁴⁻⁷.

Aunque la infiltración de la glándula salivar por tumores de otras localizaciones es un hecho infrecuente, es importante conocerlo para no confundirlo con lesiones primarias. En algunas series la frecuencia es similar al número de tumores malignos encontrados en esta localización, con un 17% de

carcinomas primarios y un 14% de tumores metastásicos (Parra, Ludeña et al., 1992). Como ocurre con la patología primaria, la glándula más afectada es la parótida, siendo el origen más frecuente de estas metástasis tumores localizados en la región de cabeza y cuello, fundamentalmente carcinoma epidermoide cutáneo, melanoma o carcinoma nasofaríngeo, siendo las metástasis originadas en sitios u órganos distantes extremadamente raras. Es posible además distinguir entre afectación ganglionar y parenquimatosa glandular, siendo la segunda algo menos frecuente, aunque esto varía según las series⁸⁻¹¹.

En este sentido existen unas pocas referencias bibliográficas en las que se relaciona la aparición de metástasis a glándula salivar, generalmente a glándula parótida, con localizaciones atípicas y raras del tumor primitivo, entre las que se encuentran: carcinoma bronquial (Albahary et al. 1972, Yarrington 1981, Brodsky and Rabson 1984), carcinoma renal (Gandon et al 1977, Sist et al 1982, Bedrosian et al 1984), carcinoma colorrectal (Nussbaum et al 1976, Yarrington 1981, Velez et al 1985), carcinoma gástrico (Thaeckray and Lucas 1974), carcinoma prostático (Livolsi 1979), sarcoma de útero (Vollrath et al 1981). En este contexto la afectación parenquimatosa de la glándula submaxilar por metástasis de tumores de localización distinta a la región de cabeza y cuello, es si cabe aún más rara, no habiendo hasta el momento ningún otro caso descrito de metástasis parenquimatosa a glándula submaxilar por leiomioma uterino¹²⁻¹⁴.

CONCLUSIONES

1. Los tumores metastásicos a glándula salivar mayor, cuya localización primaria está fuera de la región de cabeza y cuello, son muy poco frecuentes.
2. En orden de frecuencia se afecta primero la parótida y le sigue la glándula submaxilar, siendo más frecuente la afectación ganglionar que la parenquimatosa glandular.
3. La afectación parenquimatosa de la glándula submaxilar por tumores alejados del área cabeza-cuello es por tanto muy rara.
4. La metástasis parenquimatosa a glándula submaxilar de leiomioma uterino es una entidad extremadamente rara, de la que no existían referencias bibliográficas hasta el momento.

REFERENCIAS

- 1.- Garatea J, Gay C, Martín M, Bassas C, Sierra Y. Tumores metastásicos parotídeos. *Anales ORL Iber-Amer* 1992; 19:581-8.
- 2.- Camilleri IG, Malata CM, McLean NR, Kelly CG. Malignant tumours of the submandibular salivary gland: a 15-year review. *Br J Plast Surg* 1998; 51 (3): 181-5.
- 3.- Yarrington TC. Metastatic malignant disease to the parotid gland. *Laryngoscope* 1981; 91: 517-519.
- 4.- Aaro LA, Dockert, MB. Leiomyosarcoma of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1959; 77: 1187-1192.
- 5.- Clavero-Núñez JA, González-Merlo J, Botella J. Dos casos de sarcomas de útero. *Acta Ginecol* 1996; 17: 231-240.
- 6.- Taylor HB, Norris HJ. Mesenchymal tumors of the uterus, 4, Diagnosis and prognosis of leiomyosarcomas. *Arch Patol* 1996; 82: 40-43.
- 7.- Silverberg SG. Leiomyosarcoma. *Obstet. Gynecol* 1971; 38: 613-617.
- 8.- Parra C, Ludeña MD, García-Macías C. Tumores de glándulas salivares. *Patología* 1992; 25: 295-300.
- 9.- Nichols RD, Pinnock LA, Szymanski RT. Metastases to parotid lymph nodes. *Laryngoscope* 1980; 90: 1324-1328.
- 10.- DiNardo LJ. Lymphatics of the submandibular space: an anatomic, clinical, and pathologic study with applications to floor-of-mouth carcinoma. *Laryngoscope* 1998; 108 (2): 206-14.
- 11.- Seifert G, Sobin LH. The World Health Organization's Histological Classification of Salivary Gland Tumors. A Commentary on the Second Edition. *Cancer* 1992; 70, 2: 379-385.
- 12.- Nagao K, Matsuzaki O. Histo-pathologic studies of undifferentiated carcinoma of the parotid gland. *Cancer* 1982; 50: 1572-1580.
- 13.- Seifert G, Hennings K, Caselitz J. Metastatic tumors to the parotid and submaxilar glands. Analysis and differential diagnosis of 108 cases. *Path Rs Pract* 1986; 181, 684-692.
- 14.- Batsakis JK, Bautina E. Metastases to major salivary glands. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1990; 99: 501-3.