

CORRELACIÓN RADIOPATOLÓGICA DEL CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO DE GLÁNDULAS SALIVARES

Alicia Mir Torres¹, Eduardo Ferrer Lahuerta¹ Celia Bernal
Lafuente¹, Ignacio García Sola¹, Olga Velilla Marco¹

¹ Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

OBJETIVO

Evaluar la correlación radiopatológica de los subtipos de carcinoma adenoide quístico con la intención de anticipar la probable evolución de los mismos, la respuesta al tratamiento y su pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan los pacientes diagnosticados y tratados en nuestro hospital de carcinoma adenoide quístico desde 2005, obteniendo un total de 49 pacientes. Seleccionamos aquellos de los que disponemos del estudio TC diagnóstico y estudio anatomopatológico en el que se especifique el subtipo histológico (cribiforme, tubular y/o sólido).

Realizamos un estudio retrospectivo de dichos pacientes evaluando las características radiológicas de la lesión (definición de márgenes, realce de la lesión e infiltración de estructuras adyacentes), así como la diseminación perineural y las metástasis a distancia en el momento del diagnóstico.

Dividimos a los pacientes en dos grupos, uno considerado como patrón radiológico de baja agresividad en el que incluimos todos aquellos tumores con márgenes bien definidos, realce homogéneo de la lesión y ausencia de infiltración de estructuras vecinas. Y otro grupo con patrón radiológico de alta agresividad en el que se incluyen los tumores con márgenes irregulares y mal definidos, realce heterogéneo y/o infiltración de estructuras vecinas.

Una vez realizada esta revisión comparamos las características radiológicas con los hallazgos anatomopatológicos.

De los tres subtipos de carcinoma adenoide quístico, dos corresponden a un patrón considerado de baja agresividad como son el cribiforme y el tubular, y uno de alta agresividad como es el patrón sólido. Dichos patrones pueden coincidir en un mismo tumor, de manera que, desde el punto histológico, en caso de coexistencia de un patrón de alta y baja agresividad en la misma pieza tumoral se consideramos tumor de baja agresividad si el porcentaje de patrón sólido no supera el 30%, valor consenso en la mayoría de los estudios publicados [8].

Todos los estudios se realizaron tras la administración de contraste yodado iv en fase venosa con dosis de 1,5 ml/Kg peso e inyección automática con bomba a 2,5 ml/seg en una vena de la flexura del codo.

Realizamos un seguimiento de estos pacientes desde el momento del diagnóstico hasta diciembre de 2020 para valorar la evolución de dichos pacientes (tiempo libre de enfermedad, recidivas y/o mortalidad)

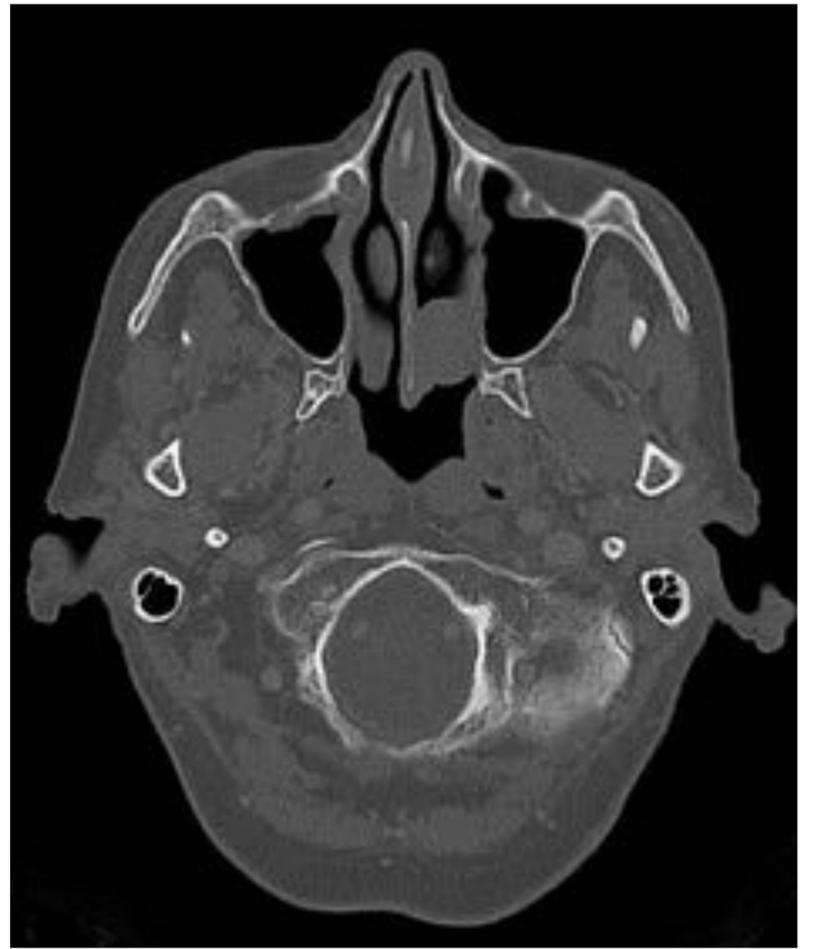
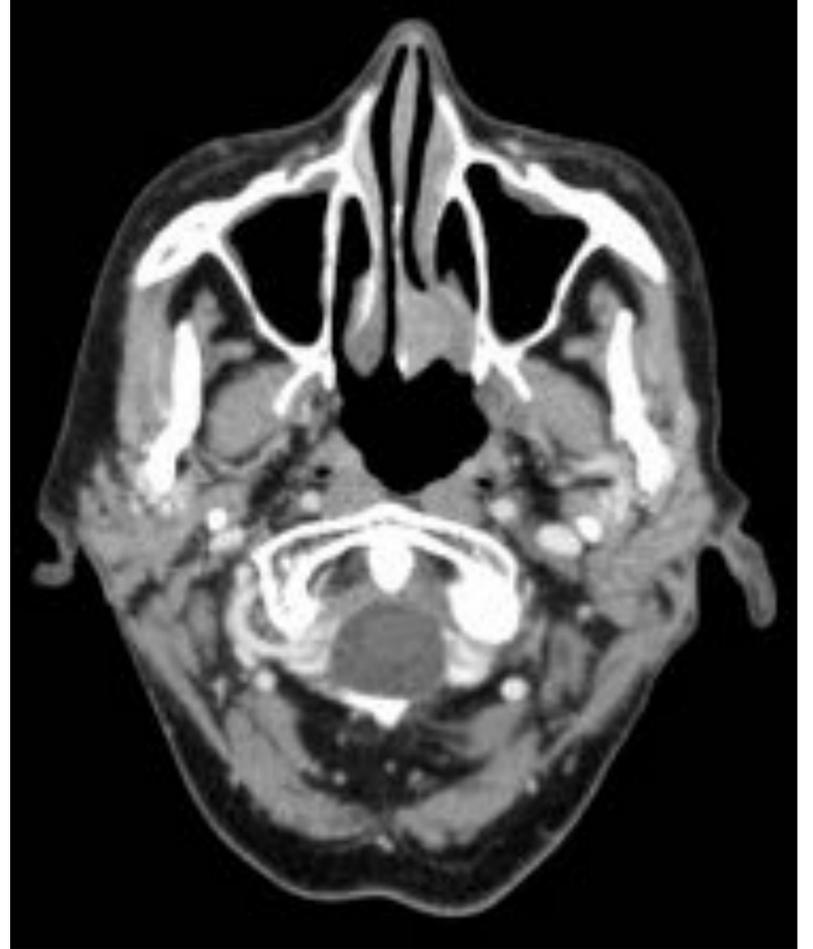
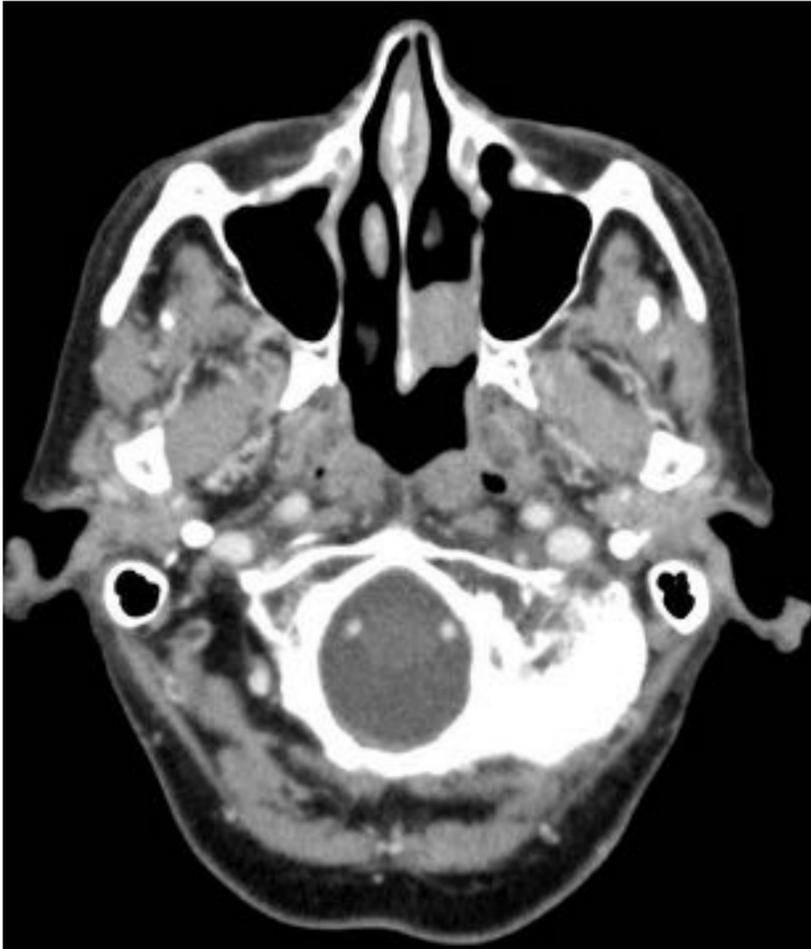


FIGURA 1. Ejemplo de patrón radiológico de baja agresividad. Lesión ovalada, bien definida y con ligero realce homogéneo, situada en la fosa nasal izquierda, que contacta con las regiones posteriores de los cornetes medio e inferior, sin signos de destrucción ósea. La lesión corresponde con un carcinoma adenoide quístico de subtipo cribiforme.

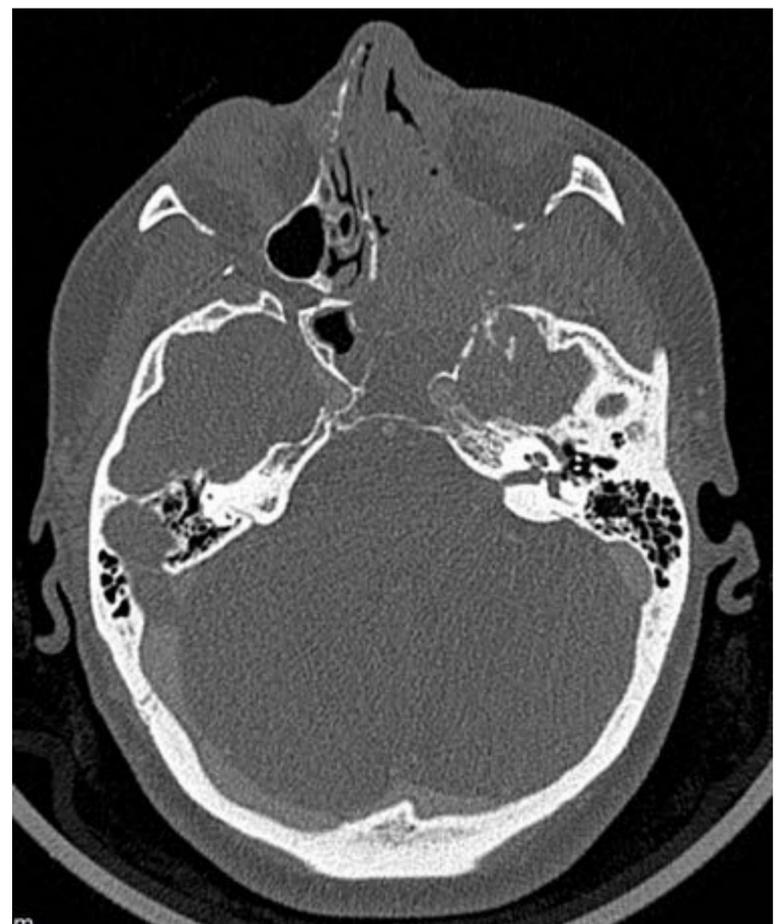
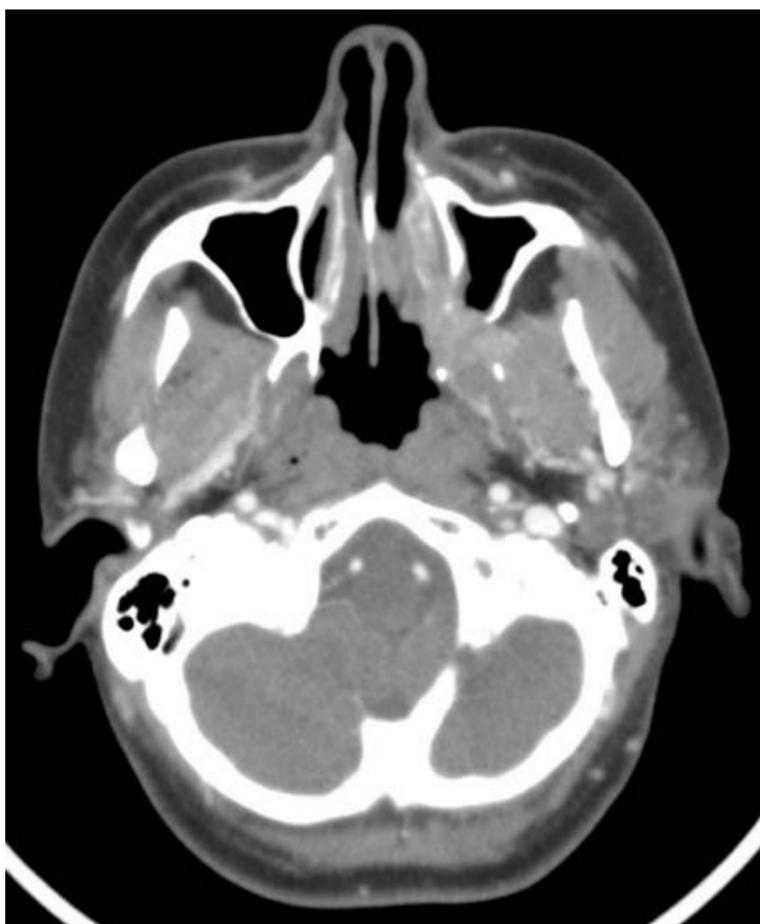
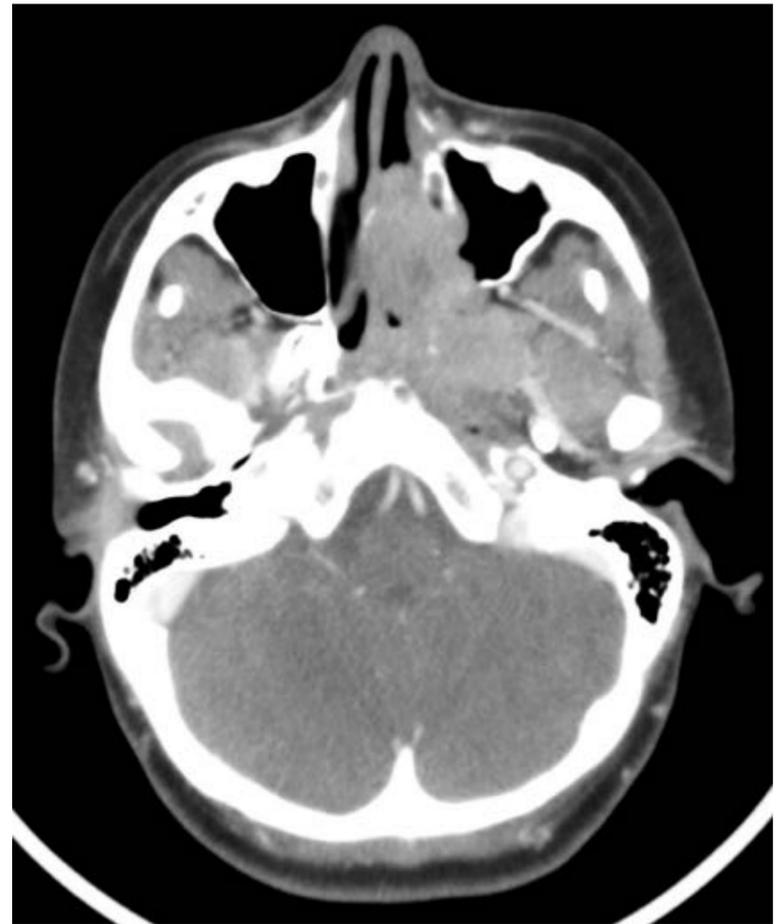


FIGURA 2. Ejemplo de patrón radiológico de alta agresividad. Voluminosa tumoración de bordes mal definidos y con realce heterogéneo, que ocupa fosa nasal izquierda, celdillas etmoidales y senos maxilar y esfenoidal. Se introduce en la órbita, desplazando y englobando al nervio óptico, invade la fisura orbitaria y la fosa pterigopalatina, con erosión ósea, de predominio en la pared anterior del seno esfenoidal. La lesión corresponde con un carcinoma adenoide quístico de subtipo sólido.

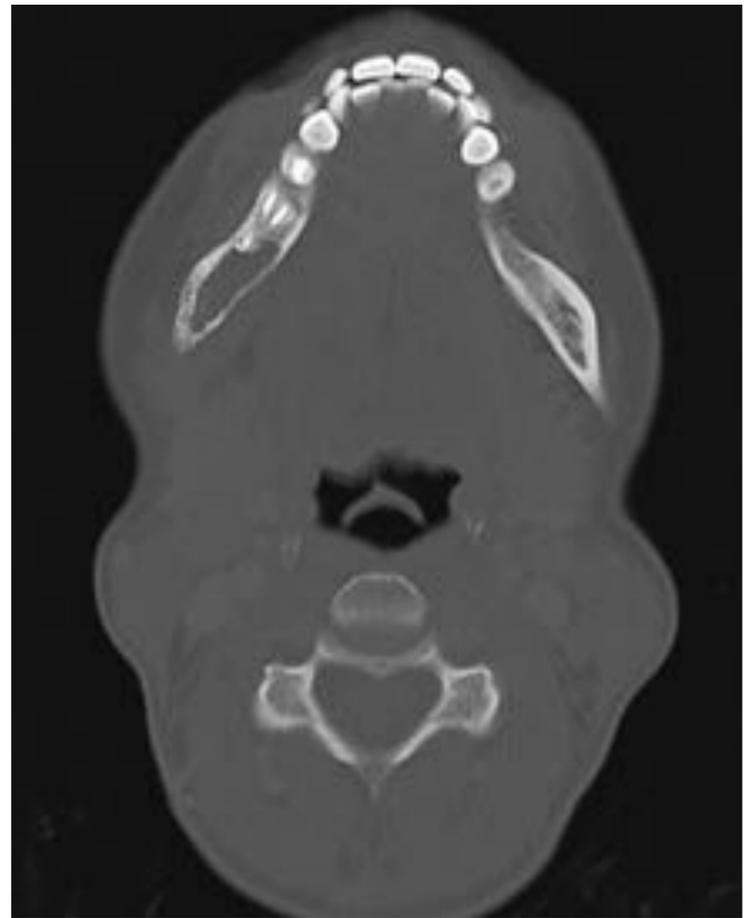
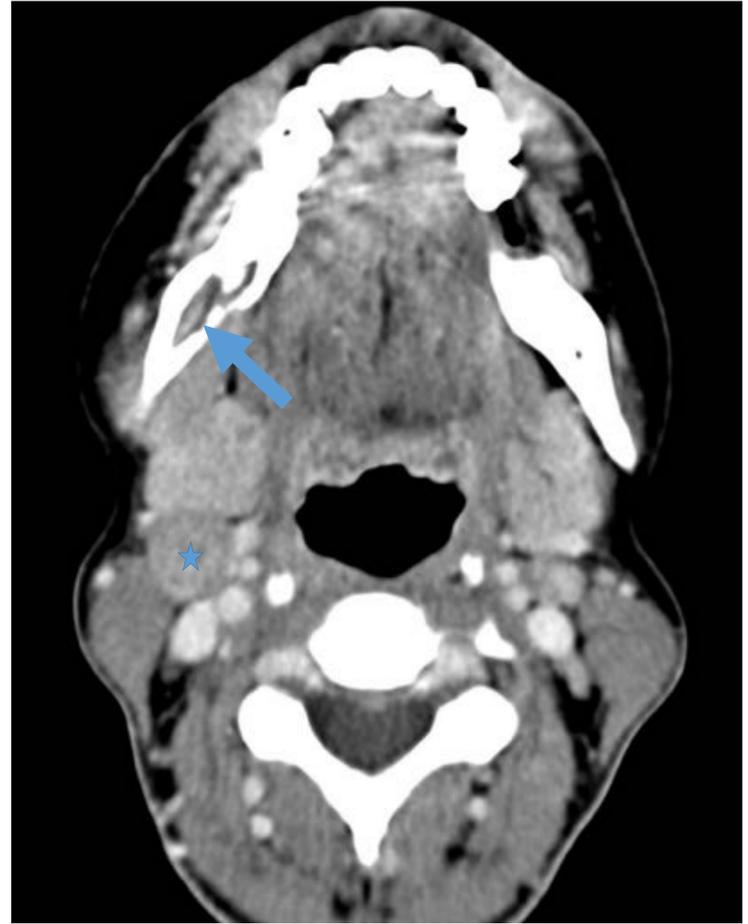


FIGURA 3. Ejemplo de diseminación perineural. Masa realzada de límites difusos localizada en el espacio parotídeo derecho y masticador, afectando a la musculatura pterigoidea y maseterina. Infiltra y destruye la rama mandibular y se extiende por el agujero mandibular al nervio alveolar inferior (flecha). Adenopatía en el nivel IIA derecho de aspecto patológico (*)

RESULTADOS

Estudiamos 22 pacientes que cumplen las premisas previamente descritas, con un rango de edad entre 35 y 81 años (media de 55,7 años) diagnosticados de carcinoma adenoide quístico de la región de cabeza y cuello.

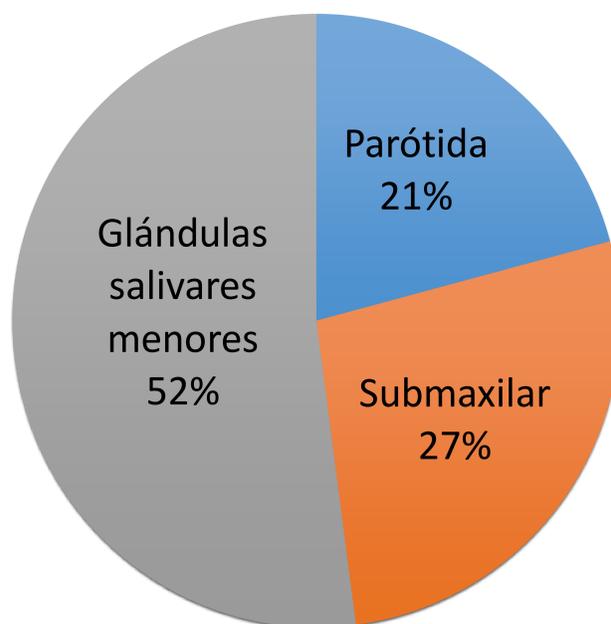
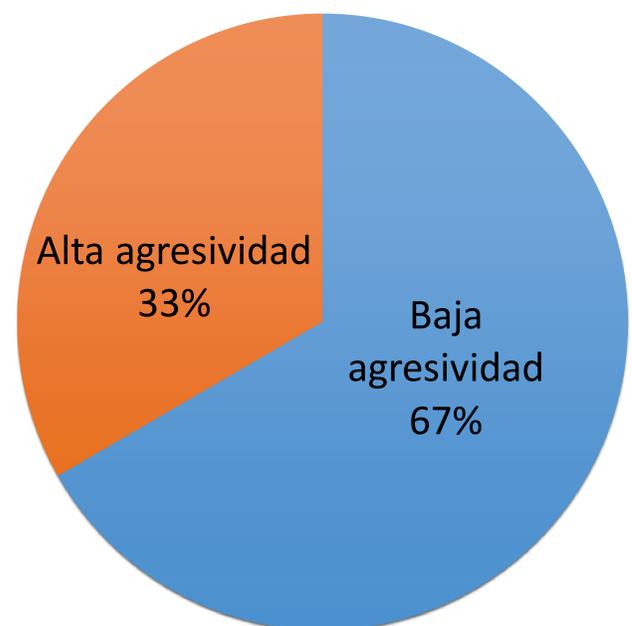
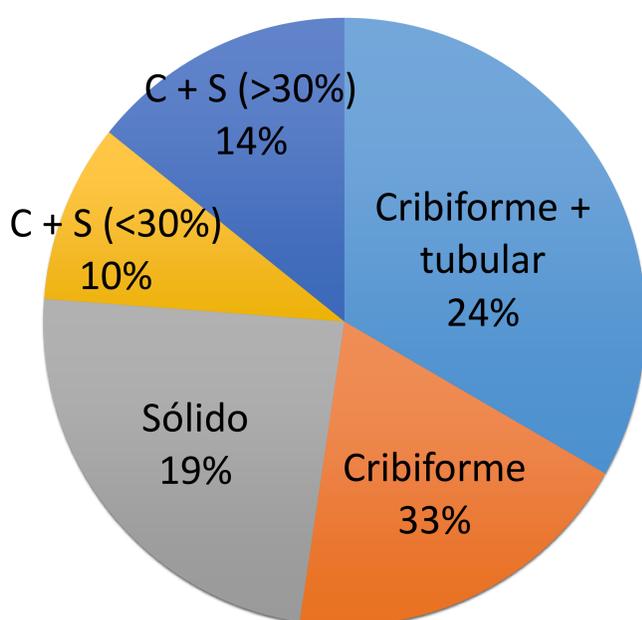


FIGURA 4. Distribución de la localización de los carcinomas adenoides quísticos en nuestra serie. Hallazgos en concordancia con los descritos en la literatura.



FIGURAS 5 y 6. Distribución de los subtipos histológicos de carcinomas adenoides quísticos en nuestra serie. C = cribiforme. S = sólido.

Análisis radiológico de los tumores:

| | SUBTIPO HISTOLÓGICO DE BAJA AGRESIVIDAD | SUBTIPO HISTOLÓGICO DE ALTA AGRESIVIDAD |
|--|---|---|
| PATRÓN RADIOLÓGICO DE BAJA AGRESIVIDAD | 12 | 0 |
| PATRÓN RADIOLÓGICO DE ALTA AGRESIVIDAD | 3 | 7 |
| DISEMINACIÓN PERINEURAL | 8 | 7 |
| METÁSTASIS A DISTANCIA | 2 | 4 |

- Concordancia entre la semiología radiológica y los hallazgos anatomopatológicos:
 - 100% de lesiones bien definidas corresponden con tumores con patrón tubular y/o cribiforme
 - 70% de lesiones con signos radiológicos de mayor agresividad corresponden con tumores con patrón sólido
- Diseminación perineural:
 - 57,1% en subtipo histológico de baja agresividad
 - 100% en subtipo histológico de alta agresividad
- Metástasis a distancia:
 - 14% en subtipo histológico de baja agresividad
 - 57,1% en subtipo histológico de alta agresividad

Seguimiento de los pacientes:

- De los 12 pacientes con patrón radiológico de baja agresividad se les realiza un seguimiento medio de 55,4 meses, observando únicamente una recidiva tumoral (tras 139 meses libre de enfermedad).

- De los 10 pacientes con patrón radiológico de alta agresividad observamos:
 - 3 pacientes sin recidiva tumoral tras 31,7 meses de seguimiento de media, de los cuales 2 corresponden a un patrón histológico de baja agresividad (patrón mixto) y 1 a un patrón histológico de alta agresividad.
 - 7 pacientes con recidiva tumoral tras un seguimiento medio de 36,9 meses, 6 de ellos correspondían a un patrón histológico de alta agresividad y 1 a un patrón histológico de baja agresividad (patrón mixto).
 - 5 pacientes fallecidos, todos con patrón histológico de alta agresividad, con una media de 32,4 meses desde el diagnóstico hasta el fallecimiento y una media de 13,8 meses desde el diagnóstico de la recidiva tumoral hasta el fallecimiento.

CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados obtenidos observamos que la totalidad de los hallazgos semiológicos de mayor benignidad corresponden con un patrón histopatológico menos agresivo, siendo más variables los resultados en relación con el patrón semiológico agresivo pese a demostrarse una alta correspondencia histológica.

Cabe destacar que un tercio de los pacientes con un patrón radiológico agresivo y con resultados anatomopatológicos discordantes, corresponden con tumores mixtos con componente sólido inferior al 30%.

La diseminación perineural y la diseminación metastásica no permiten discriminar entre subtipos histológicos, aunque son más frecuentes en los tumores con patrón sólido.

En cuanto a la evolución de estos pacientes, existe una menor tasa de recidivas y de mortalidad en los tumores histológicamente menos agresivos en comparación con los tumores de mayor agresividad, hallazgos concordantes con los referidos en la literatura [1,7,9].

Adicionalmente en nuestra serie hemos observado que existe una menor tasa de recidivas en los tumores radiológicamente poco agresivos, observando un mayor tiempo libre de enfermedad en el único caso en el que se evidenció recidiva tumoral respecto a los de mayor agresividad radiológica.

En el caso de los tumores radiológicamente agresivos hemos objetivado una mayor tasa de recidivas así como de mortalidad, concordante con el patrón histológico, a excepción de un caso con un subtipo sólido que presentó una evolución menos agresiva, probablemente debido al pequeño tamaño del tumor en el momento del diagnóstico. En el resto de los casos (2) que no fueron concordantes la evolución y las características radiológicas fueron tumores con un patrón histológico mixto (componente sólido inferior al 30%) en los que probablemente el porcentaje de tumor sólido justifique las características radiológicas agresivas y el patrón predominante de baja agresividad les pueda conferir una mejor evolución.

Por lo que, en conclusión, existe una correlación entre las características radiológicas y los hallazgos histopatológicos que permiten predecir la respuesta y evolución en la mayoría de los casos.

REFERENCIAS

1. Ikawa H et al. Prognostic factors of adenoid cystic carcinoma of the head and neck in carbon-ion radiotherapy: The impact of histological subtypes. *Radiotherapy and Oncology*. 2017; 123: 387–393.
2. Castello A, Olivari L, Lopci E. Adenoidcystic carcinoma: focus on heavy ion therapy and molecular imaging. *Am J NuclMed Mol Imaging [Internet]*. 2018;8(1):1–14.
3. Kwak SH, Lee KS, Chung MJ, Jeong YJ, Kim GY, Kwon OJ. Adenoidcystic carcinoma of the airways: Helical CT and histopathologic correlation. *Am J Roentgenol*. 2004;183(2):277–81.
4. Singh FM, Mak SY, Bonington SC. Patterns of spread of head and neck adenoid cystic carcinoma. *ClinRadiol [Internet]* 2015;70(6):644–53.
5. Dubal PM, Unsal AA, Chung SY, Patel A V., Park RCW, Baredes S, et al. Population-based trends in outcomes in adenoid cystic carcinoma of the oral cavity. *Am J Otolaryngol - Head Neck Med Surg [Internet]*. 2016;37(5):398–406.
6. Agarwal M, Wangaryattawanich P, Rath TJ. Perineural Tumor Spread in Head and Neck Malignancies. *SeminRoentgenol*. 2019;18(6):467–71.
7. Van Weert S, Bloemena E, Van Der Waal I, De Bree R, Rietveld DHF, Kuik JD, et al. Adenoidcystic carcinoma of the head and neck: A single-center analysis of 105 consecutive cases over a 30-year period. *Oral Oncology* 2013. 2013;49(8):824–9.
8. Lee KJ, Abemayor E, Sayre J, Bhuta S, Kirsch C. Determination of perineural invasion preoperatively on radiographic images. *Otolaryngol - Head Neck Surg*. 2008;139(2):275–80.
9. Bradley JP. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck: a review. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 2004; 12:127-13.