

# METÀSTASI DE CARCINOMA SECRETOR DE PARÒTIDA EN GANGLI MEDIASTÍNIC

**Abraham Lozano; Garazi Allende; Noemí Àlava; Marta Serra; Cristina Pariente; Carme Dinarès; Carmela Iglesias**  
Hospital Universitari Vall d'Hebron;

## CAS CLÍNIC

Dona de 43 anys, amb antecedents de parotidectomia superficial dreta per la qual se li va administrar tractament amb radioteràpia. Durant un dels controls rutinaris realitzats, es varen visualitzar per TC de tòrax, diverses adenopaties hipermetabòliques: La Subcarinal de 14 mm i la del lligament pulmonar dret d'11 mm de nova aparició. A arrel de les troballes descrites es realitza PAAF amb ROSE de l'adenopatia mediastínica subcarinal, mitjançant ecobroncoscòpia.

## Material i mètodes

S'obtenen sis extensions en Papanicolau, sis en Diff-Quick i un bloc cel·lular.

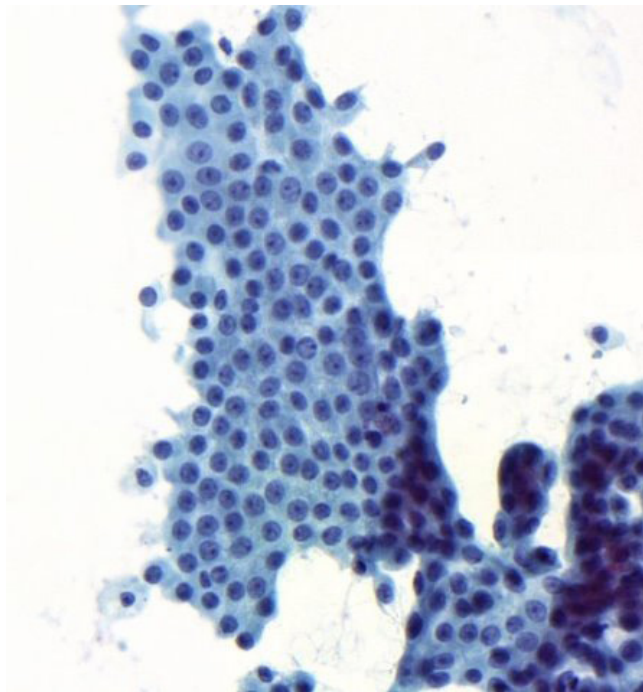


Figura 1. Detalle citològic (I)

## Troballes citològiques

Les extensions mostraven un fons limfocític i estaven constituïdes per abundant cel·lularitat d'aspecte epitelial, que es disposen en grups o plaques cohesives, en monocapa o llençols, d'altres agregats formen glàndules o pseudopapil·les i estructures pseudoacinars. Les cèl·lules tenen citoplasmes amplis i granulars amb nuclis rodons centrals i nuclèols prominents únics (figura 1,2,3,4). Les tècniques immunocitoquímiques mostren positivitat per a S100, SOX10, Mamaglobina focalment positiva, Gatta3 i FISH NTRK3 amb un índex del 70%. (figura 5,6,7,8,9)

## Diagnòstic

Metàstasi de Carcinoma Secretor de paròtida

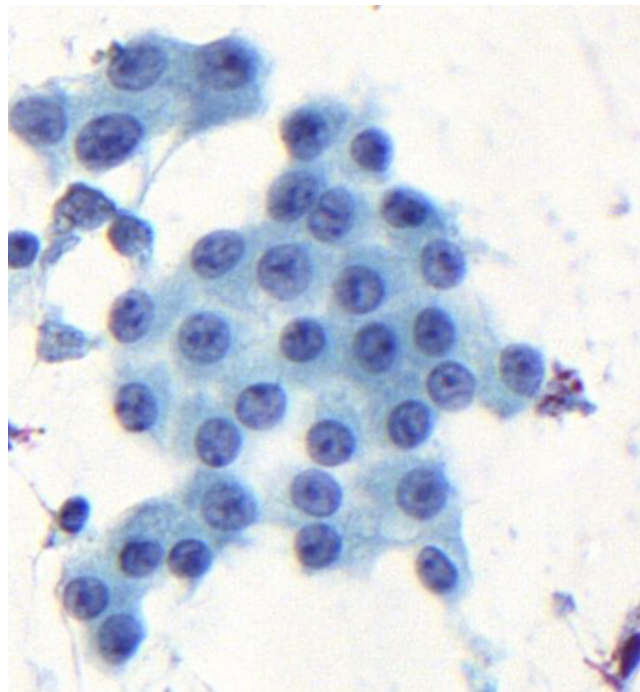


Figura 2. Detalle citològic (II)

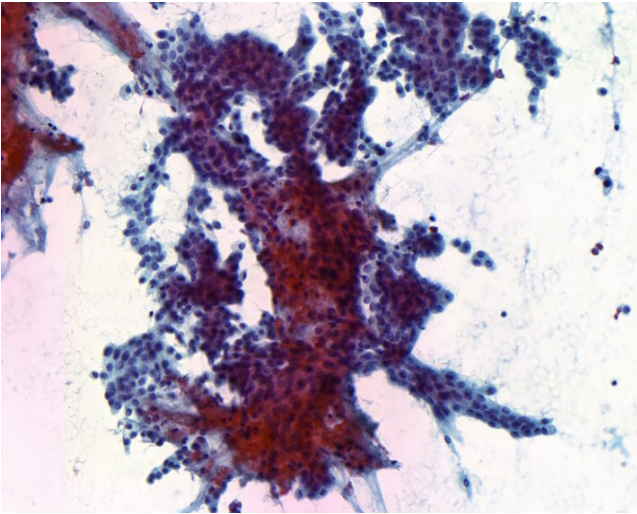


Figura 3. Detalle citológico (III)

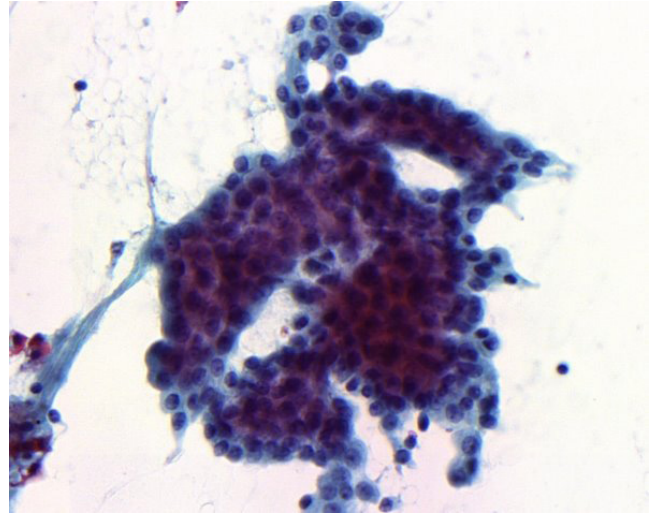


Figura 4. Detalle citológico (IV)

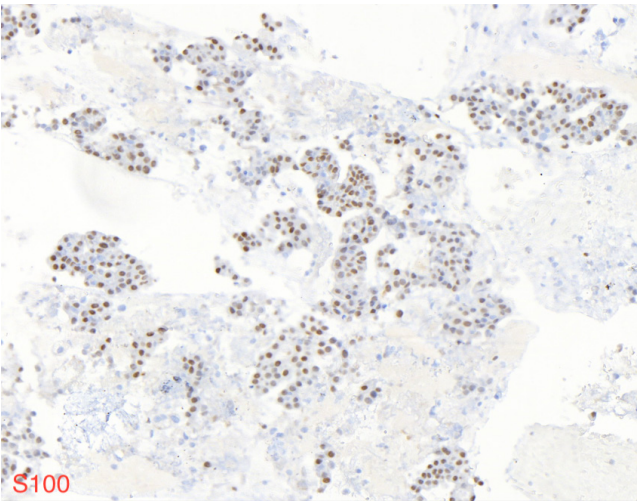


Figura 5. S100

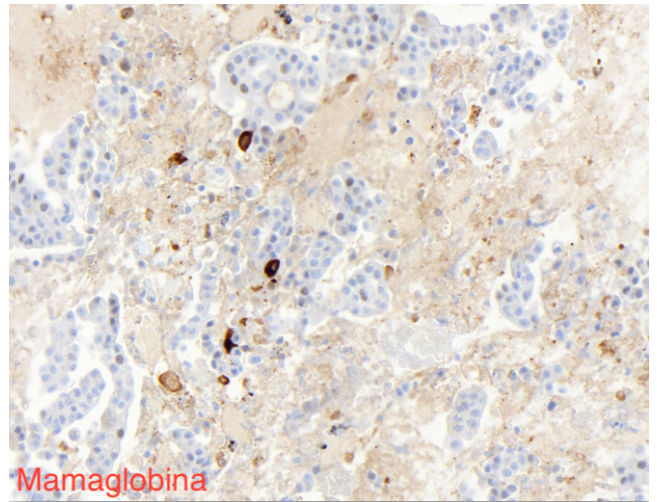


Figura 6. Mamaglobina

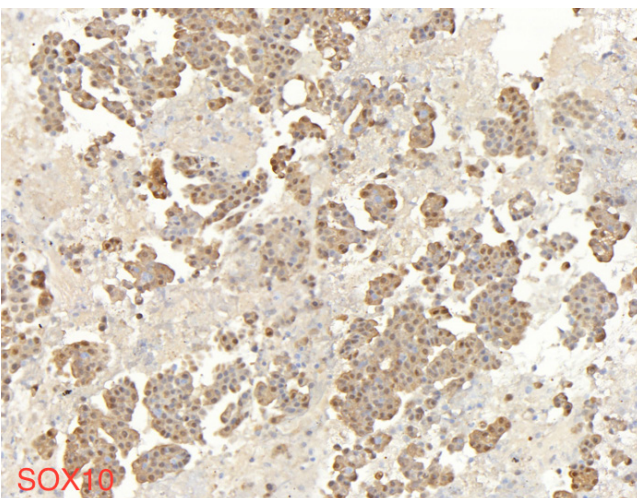


Figura 7. SOX10

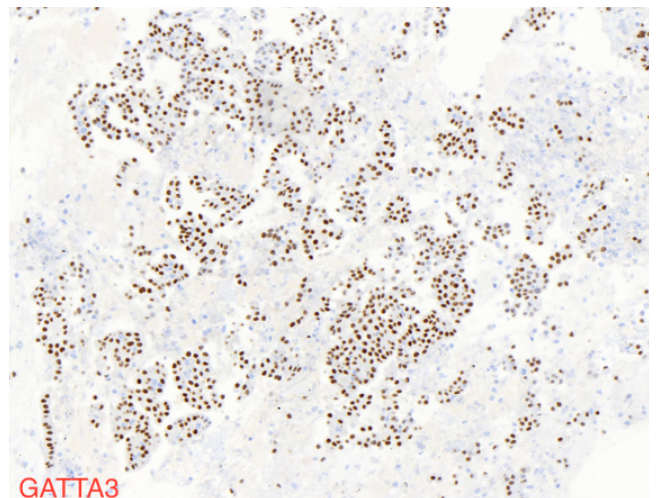


Figura 8. GATA3

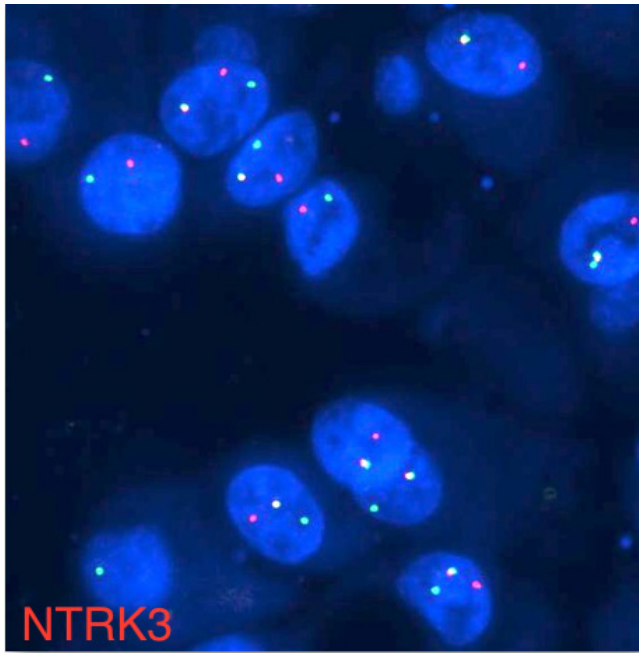


Figura 9. NTRK3

## DISCUSSIÓ

El carcinoma secretor de paròtida és un tumor poc freqüent, el 76 % es dona a la paròtida i rarament en glàndules salivals menors, té un comportament clínic agressiu i el rang d'edat varia entre els 5 i els 87 anys. Cursa com una massa indolora i de creixement lent amb taxes de recurrència de menys del 10%, té una supervivència global a 10 anys del 95%. El 80% dels casos presenten fusions del ETV6 i NTRK3. Hi han pocs casos reportats i no existeixen estudis determinants que permetin establir un pronòstic, la ressecció dels marges oncològics adequats constitueixen el pilar fonamental del tractament.

## CONCLUSIONS

Es important tenir a l'abast tota la informació clínica i tenir en compte els antecedents dels pacients per poder establir un diagnòstic precís. ■

**Bibliografia**

1. El-Naggar AK, John KC Chan, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. WHO Classification of head and neck tumors. Fourth edition.
2. Faquin WC, Rossi ED, Baloch Z, Barkan GA, Foschini MP, Kurtycz DF, Puztaszeri MP, Viel P, Associate editors. The Milan system for Reporting Salivary Gland cytopathology, Second edition.
3. Faquin WC, Powers CN. Introduction to FNA and salivary gland neoplasia. En: Syed ZA, Douglas PC, Yener SE, editores. Salivary gland cytopathology. New York: Springer Science.