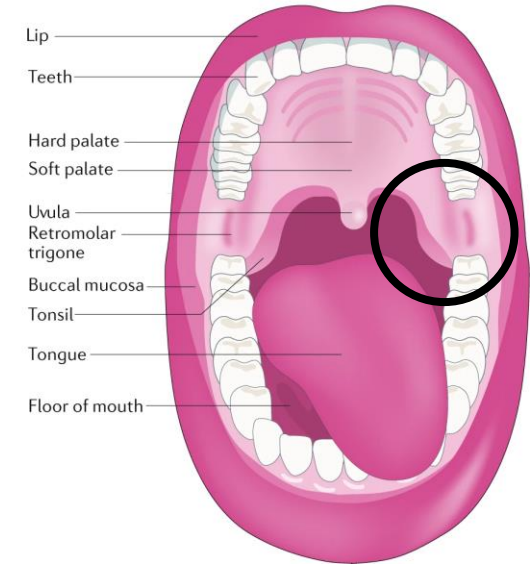
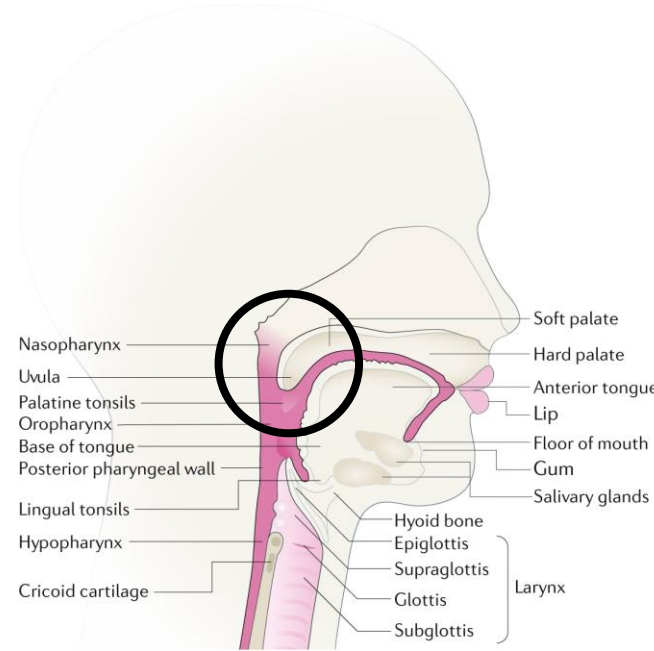


# TUMOR DE GLÁNDULA SALIVAR MENOR

118ª REUNIÓN DE LA TERRITORIAL  
VALENCIANA DE LA SEAP

# Caso clínico

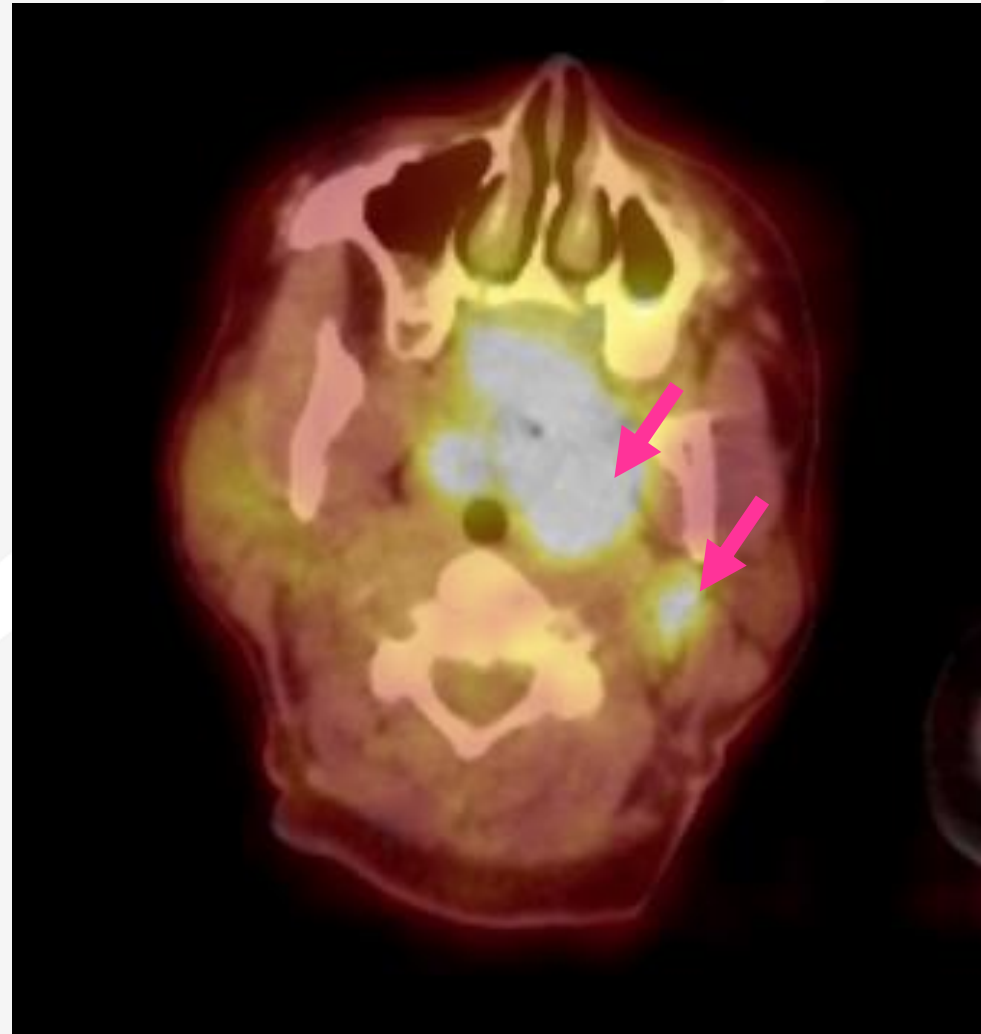
- ♀ 53 años
- No antecedentes de interés
- No hábitos tóxicos
- Síntomas: Afonía, irritación en paladar y molestias al tragar (1 año)
- A la exploración se observa tumoración de 3 cm a nivel de hemipaladar blando izquierdo que alcanza el pilar amigdalino y se palpa una adenopatía profunda cervical (nivel IIA)





Biopsia cilíndrica  
con diagnóstico  
anatomopatológico  
de

**CARCINOMA  
POBREMENTE  
DIFERENCIADO**





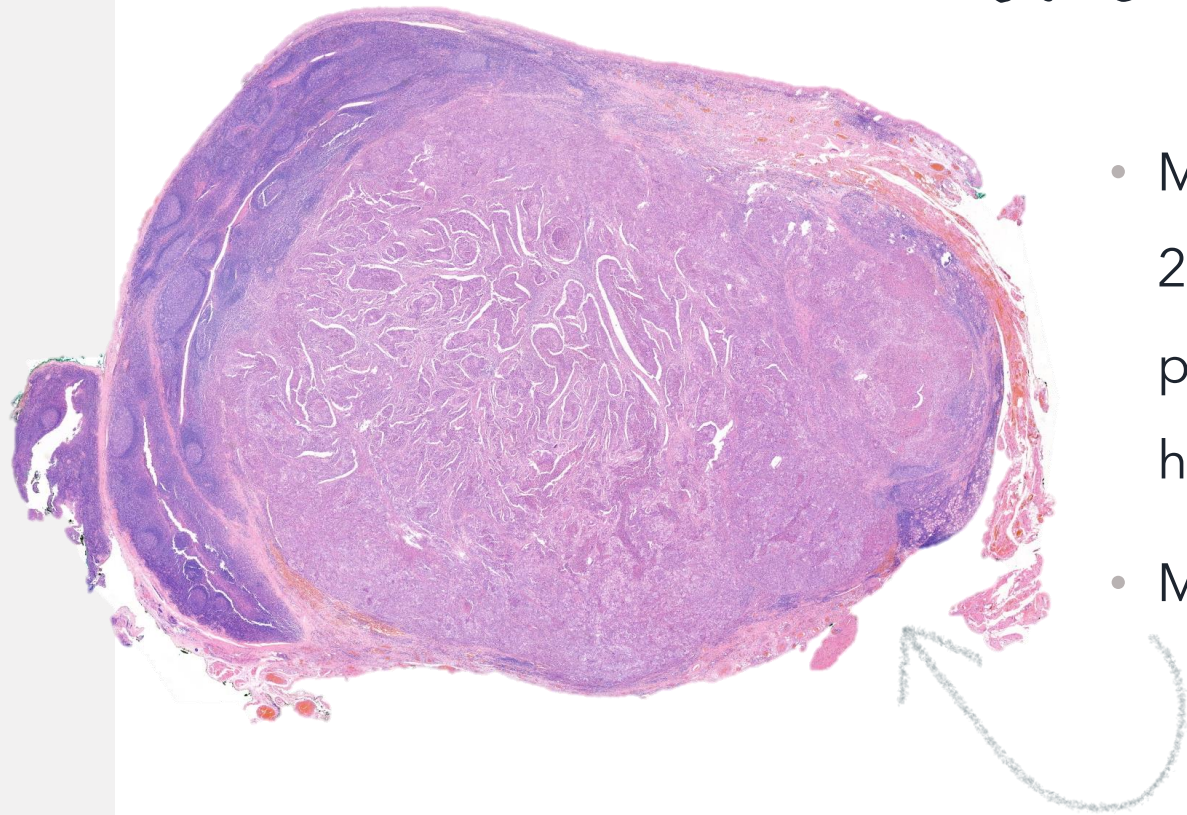
- Tumor sólido centrado en **hemipaladar blando izquierdo** de 21 x 22,5 x 20 mm sin infiltración de úvula ni afectación de línea media. Abomba sobre espacio parafaríngeo con pérdida del plano de clivaje graso con músculo pterigoideo medial. Comprime amígdala ipsilateral.
- No se observan adenopatías significativas.



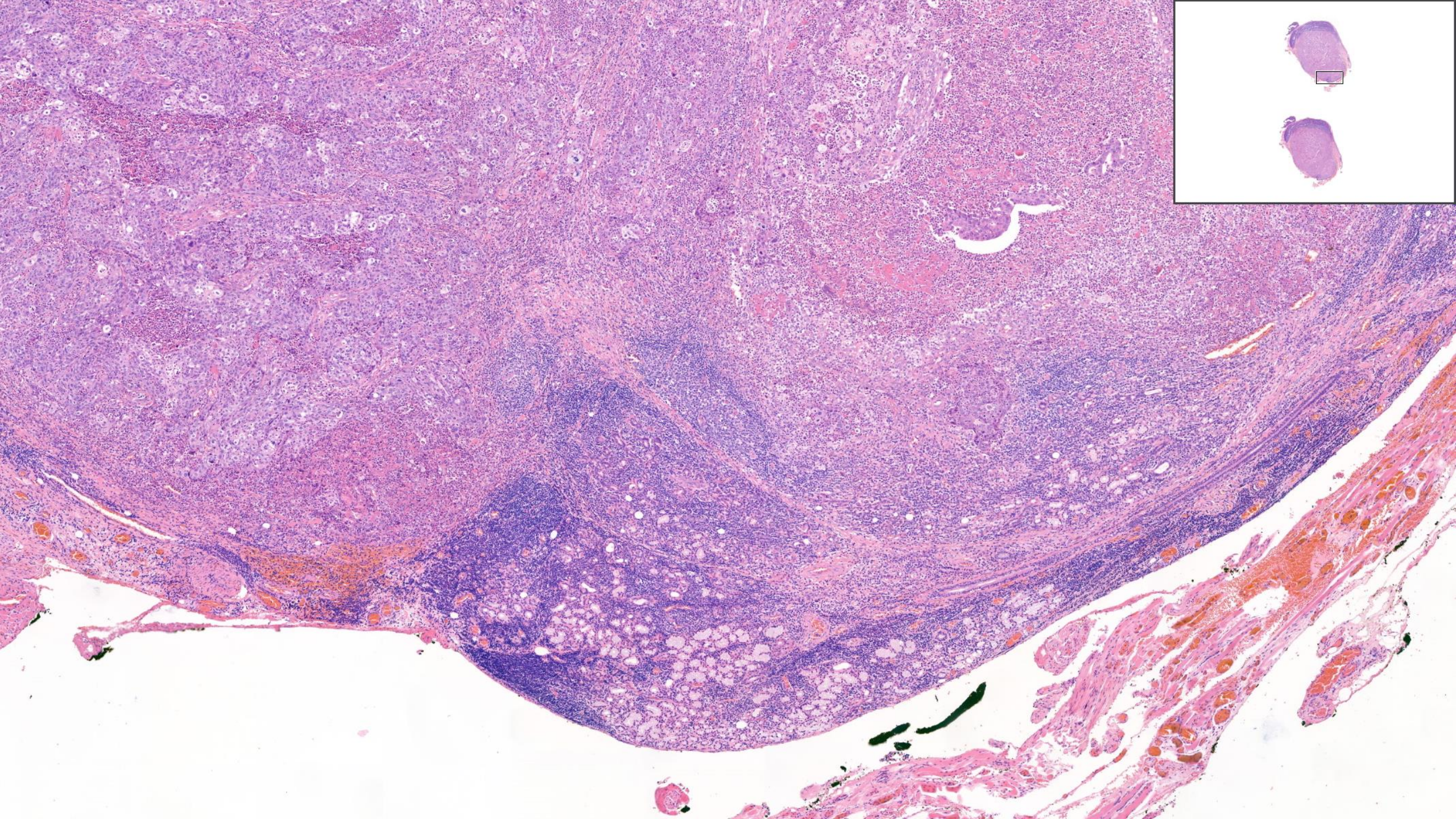
CIRUGÍA DE EXÉRESIS

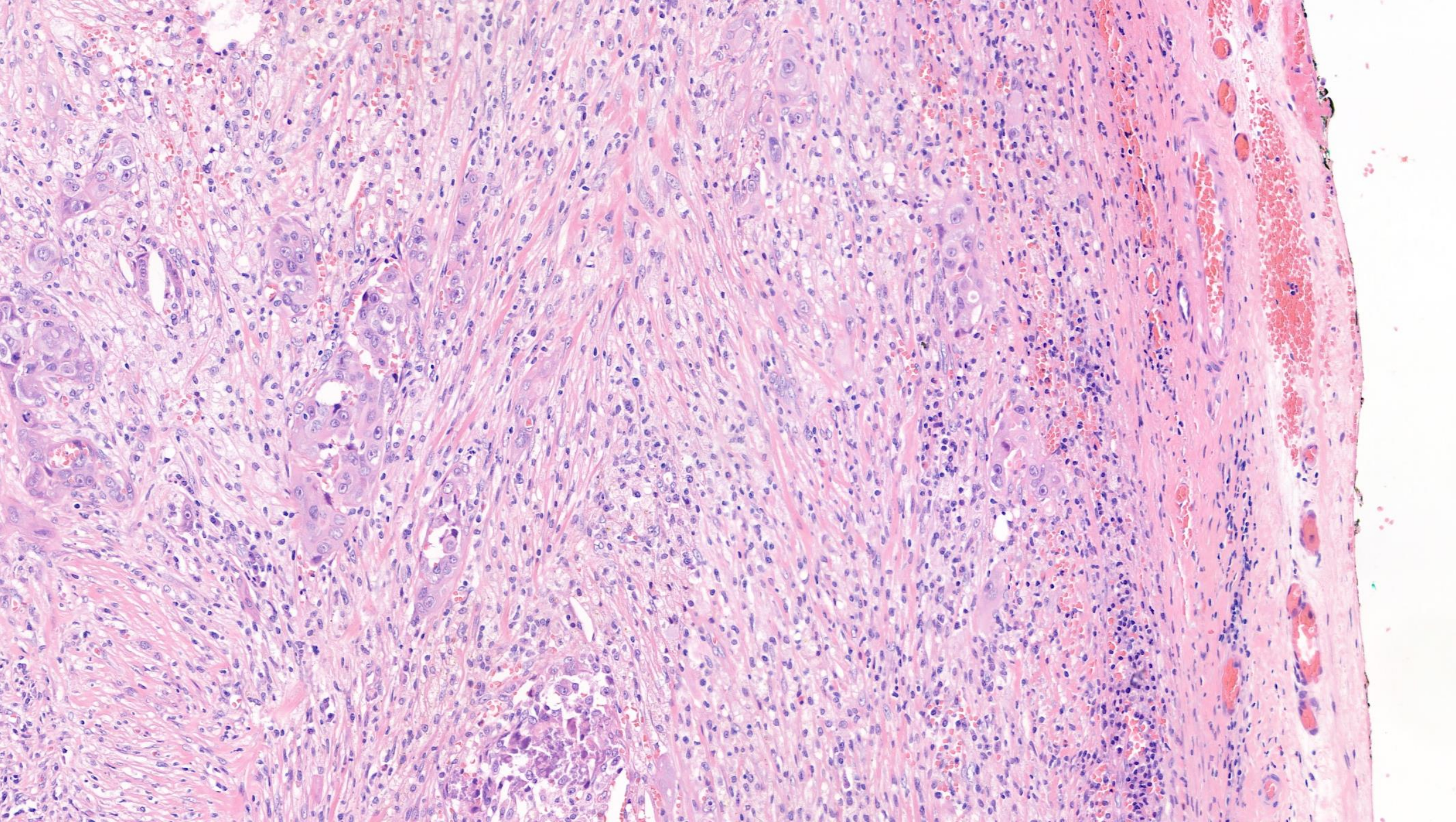


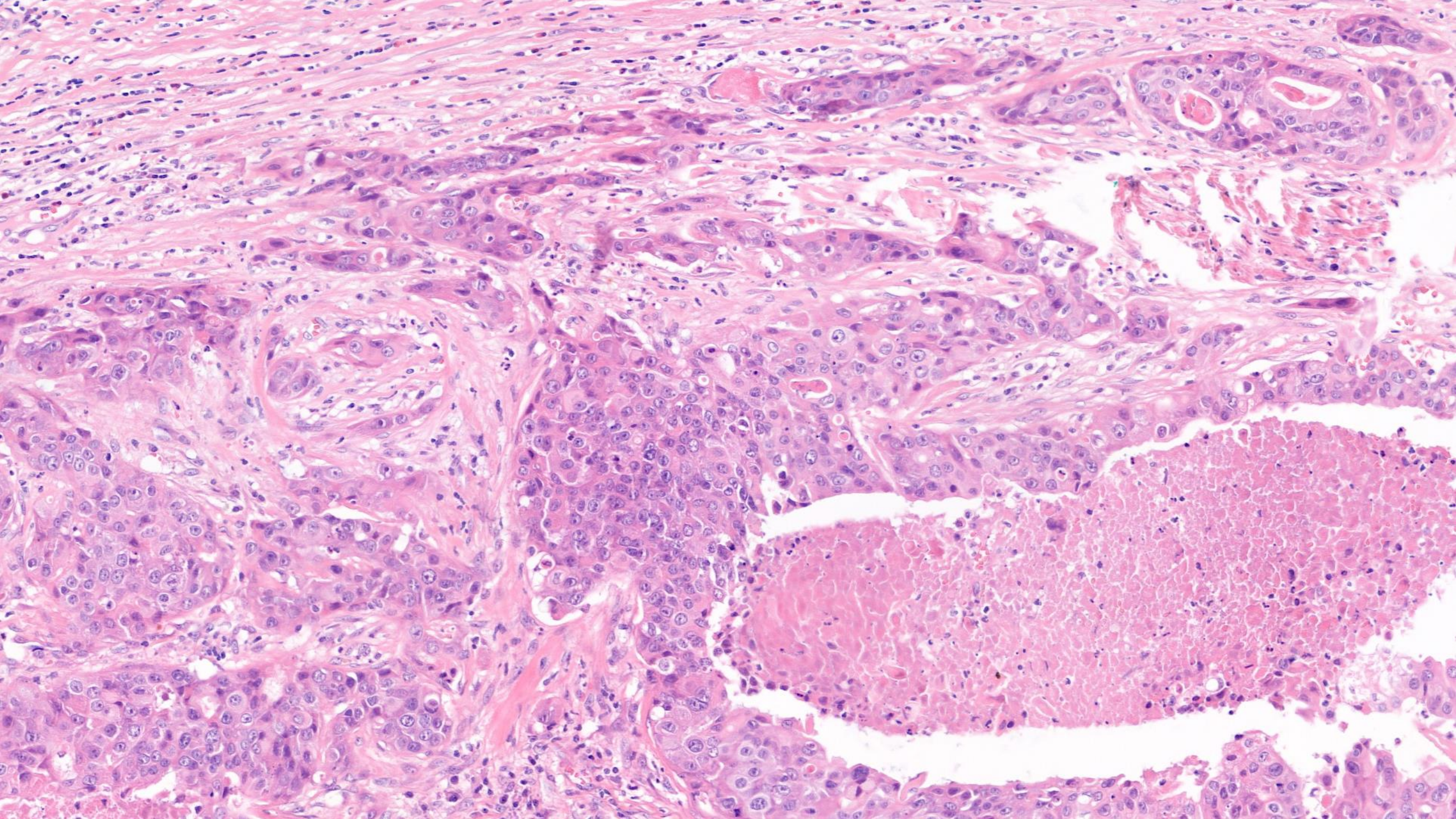
# Estudio anatomopatológico



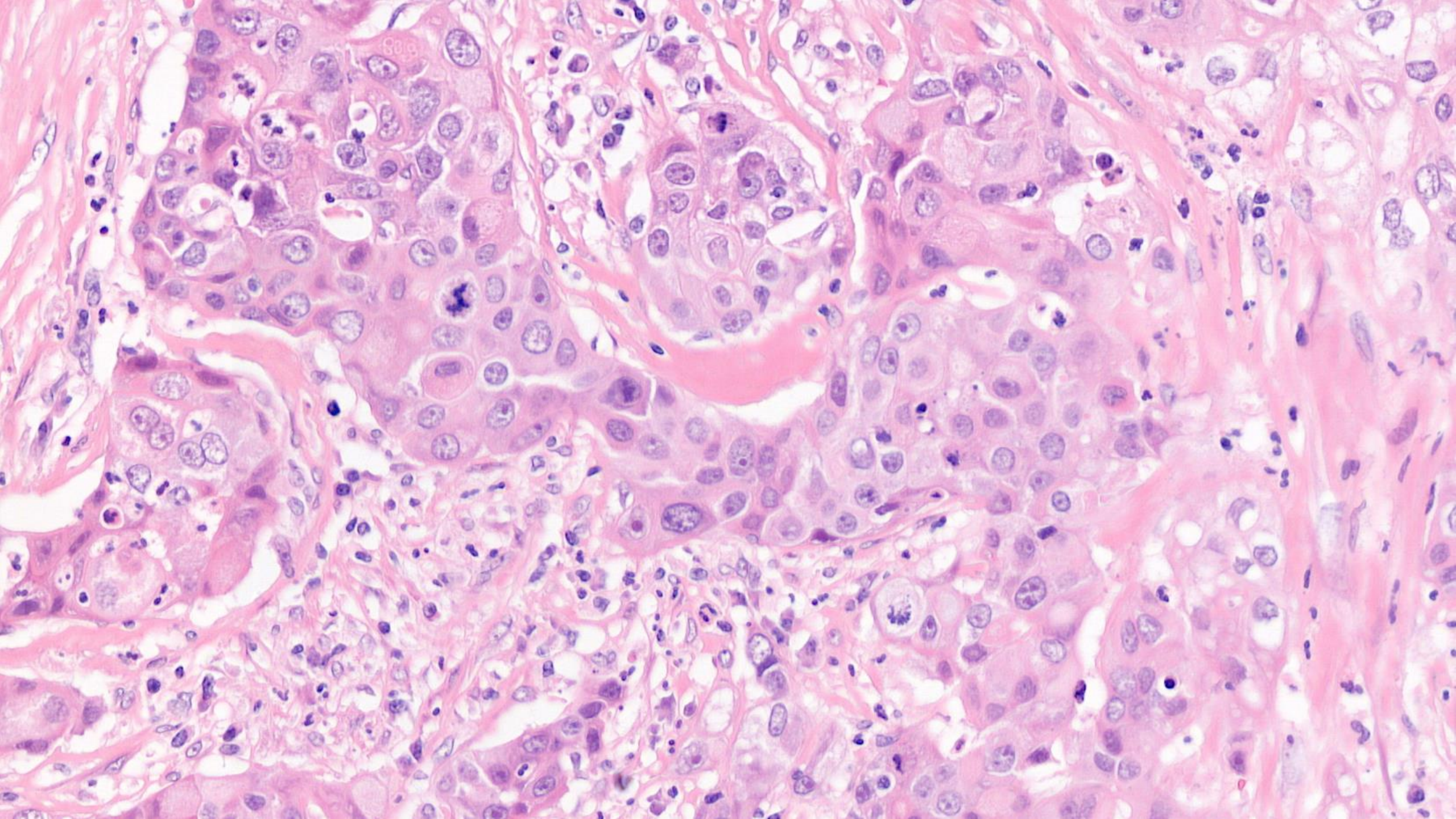
- Macroscópico: fragmento irregular de 4 x 3 x 2,5 cm, que a la sección está ocupado en su práctica totalidad por una lesión sólida heterogénea blanquecina-amarillenta.
- Microscópico:

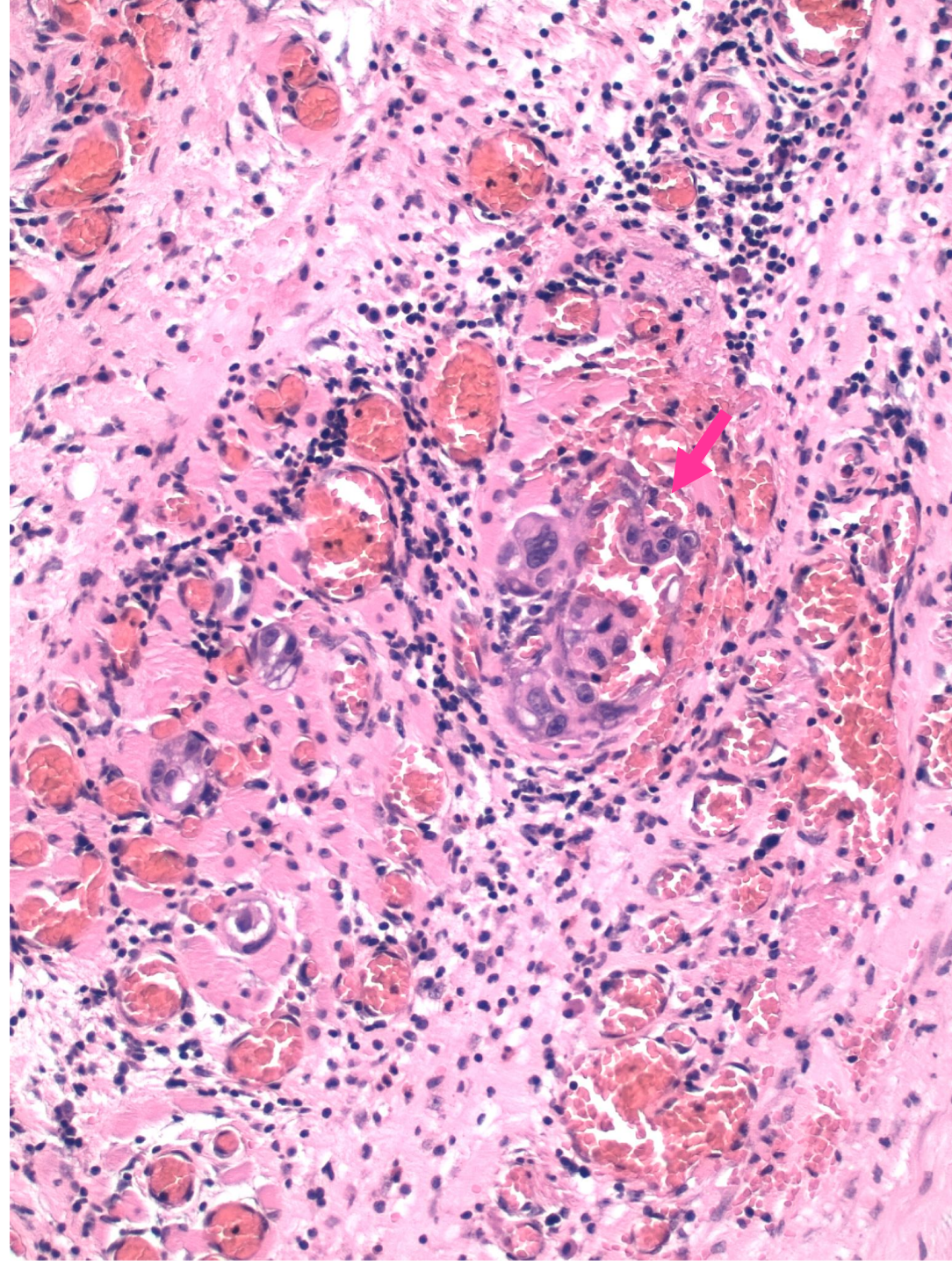
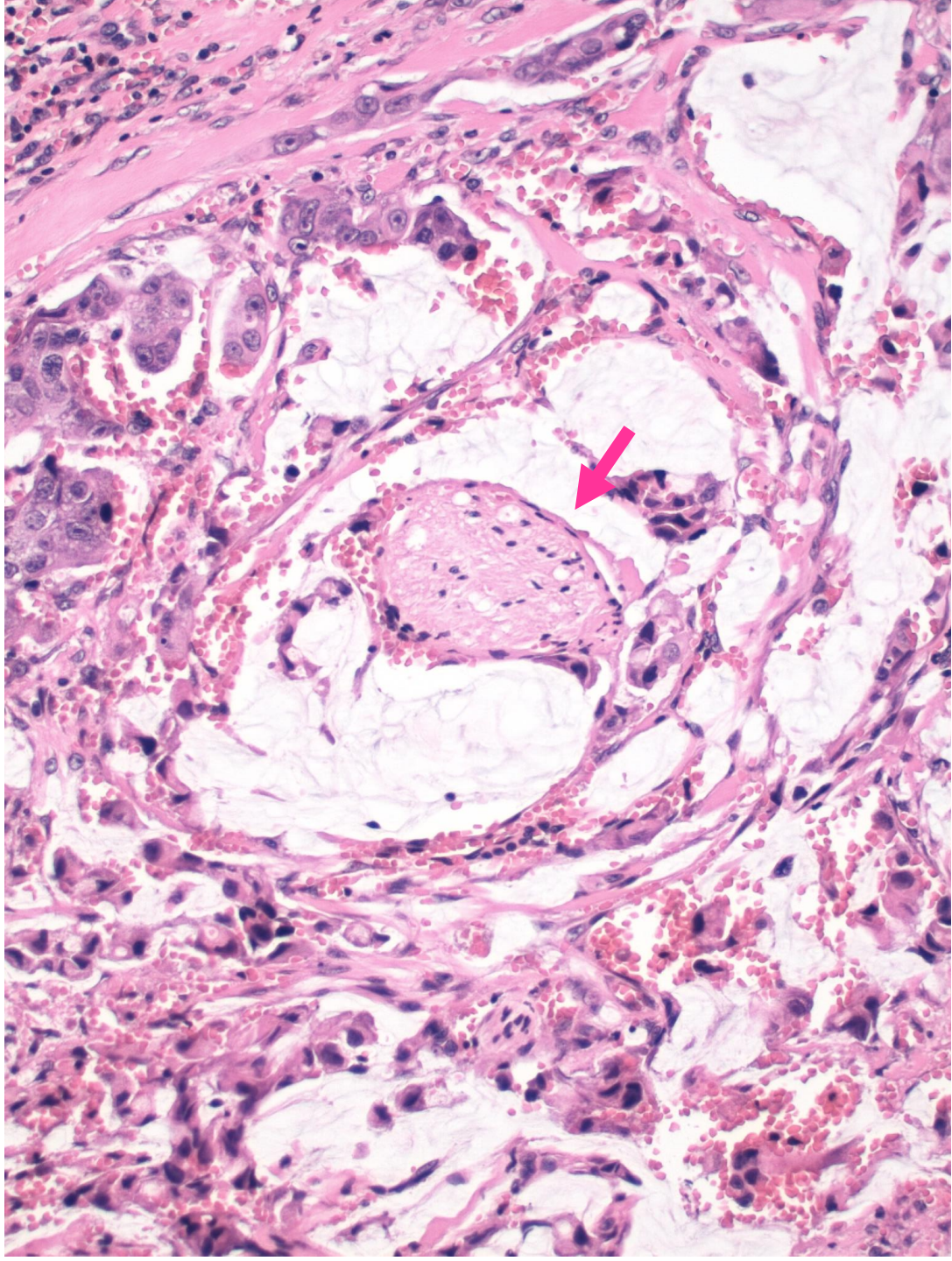






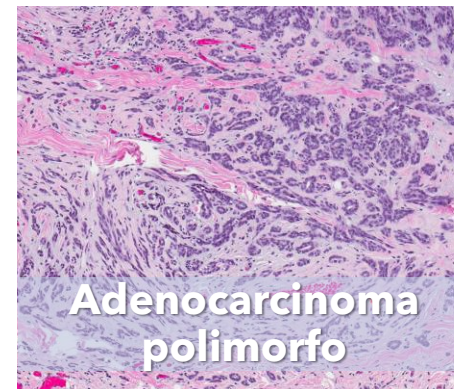
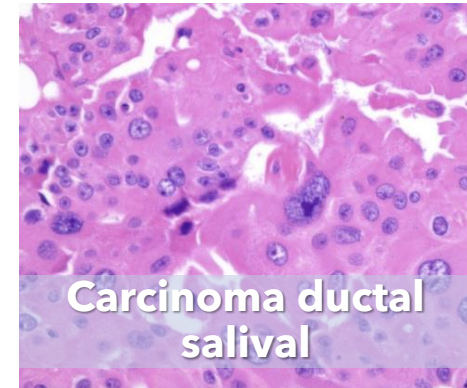
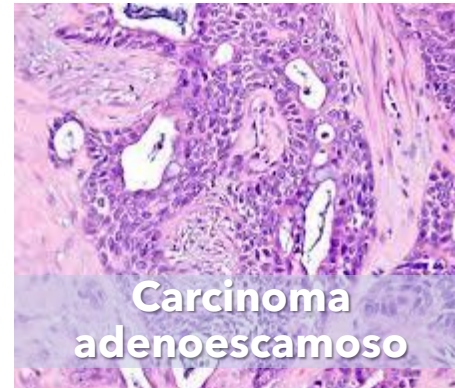
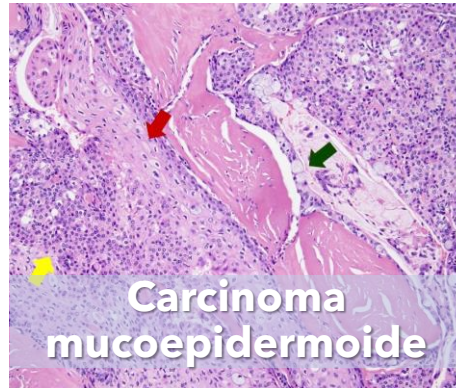
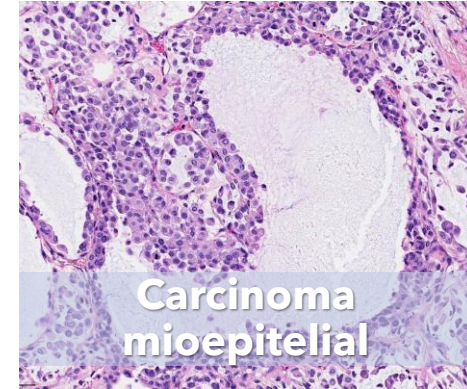
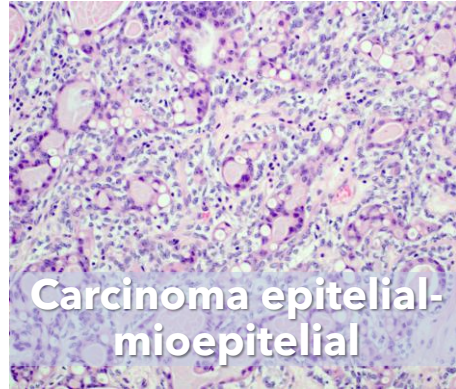




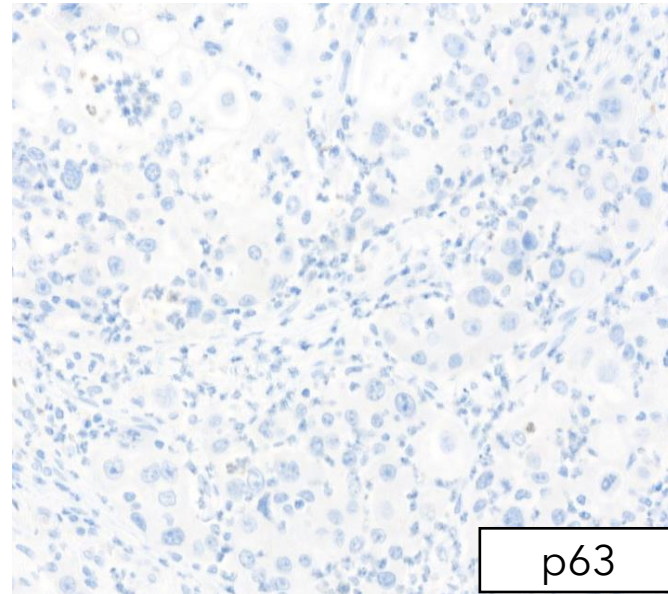
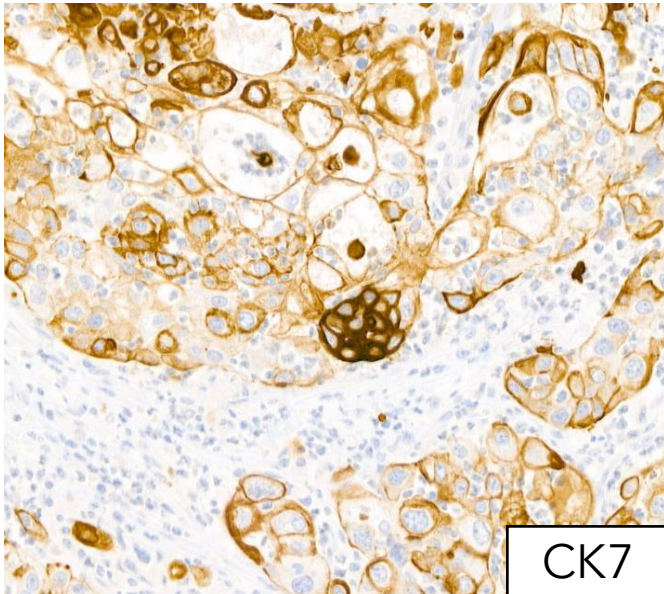
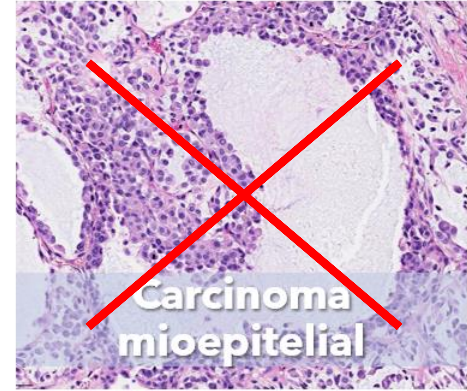
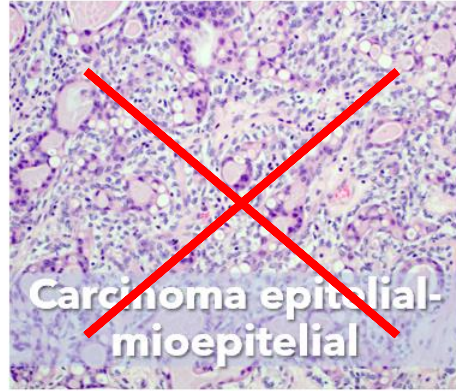


# Diagnóstico diferencial:

Tumores primarios  
glándula salival

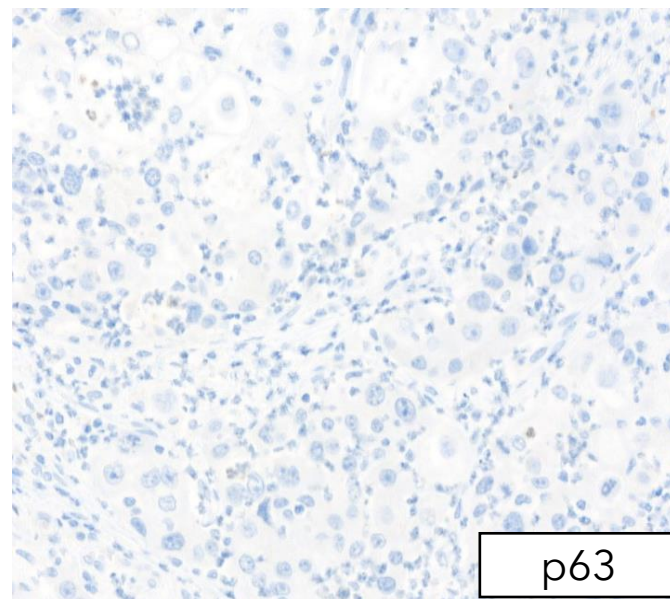
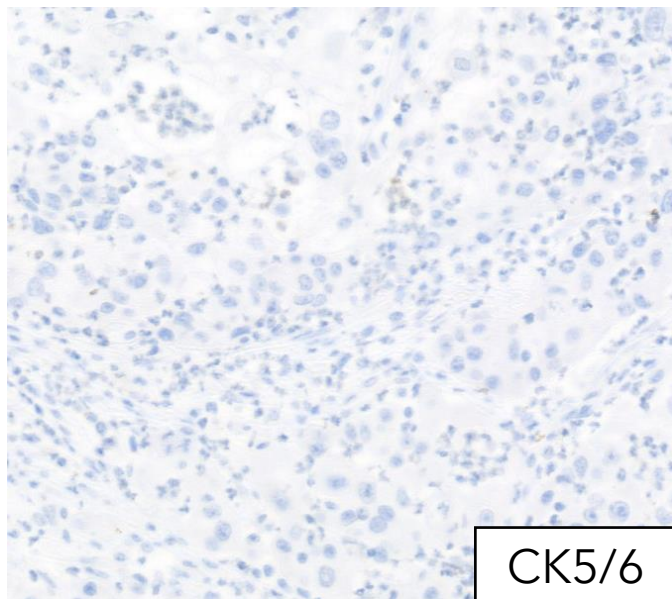
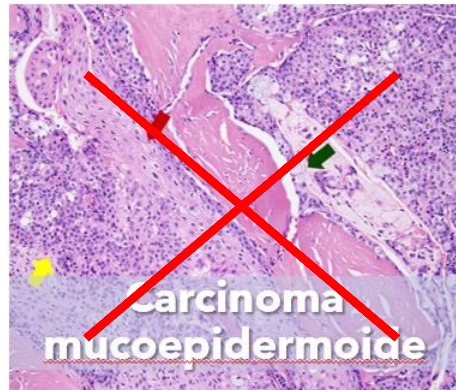


# Diagnóstico diferencial:



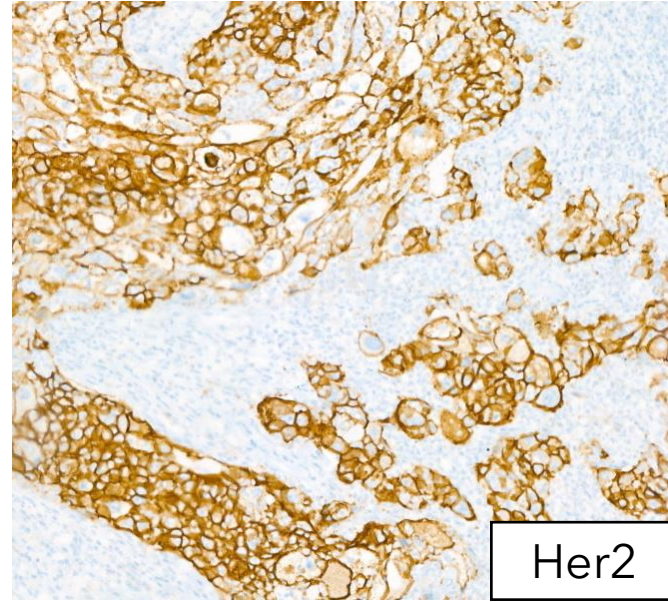
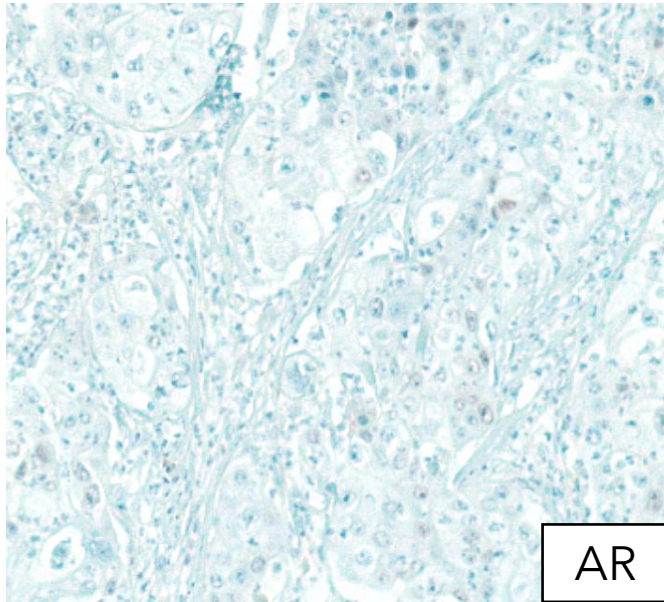
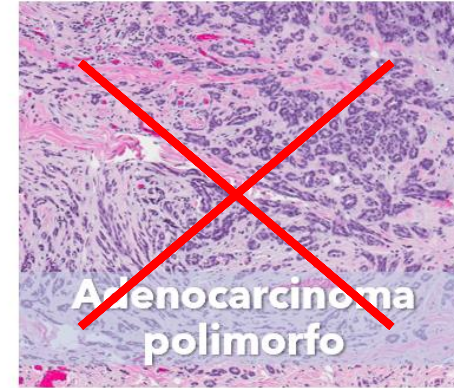
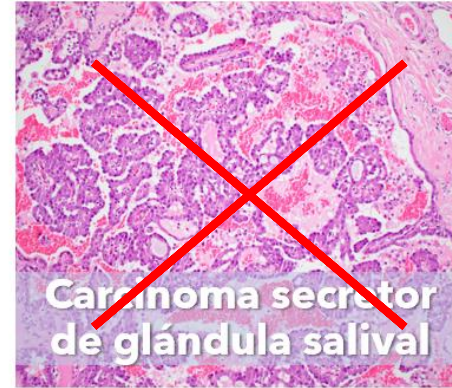
- Tumor monofásico
- Ausencia de expresión de marcadores de célula mioepitelial

# Diagnóstico diferencial:

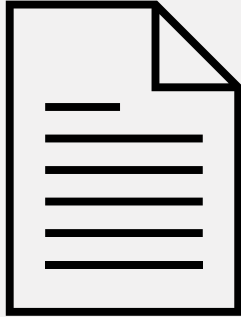


- Ausencia de expresión de marcadores de células escamosas

# Diagnóstico diferencial:



- Grado histológico alto, pleomorfismo celular
- Positividad para Her2 (3+)

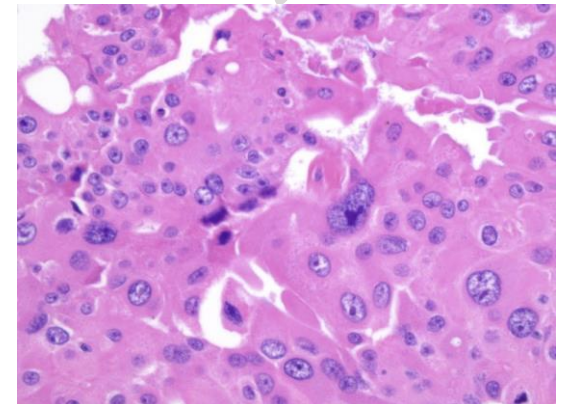
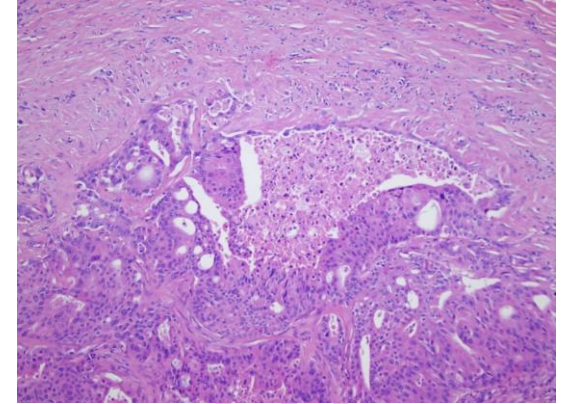


## Diagnóstico

- **CARCINOMA DUCTAL DE GLÁNDULA SALIVAL**
  - Tamaño 2,3 x 2 cm
  - Presenta invasión perineural
  - Presenta invasión linfovascular
  - Borde afecto
- Estudio IHQ de proteína Her2: POSITIVA. Score 3+. Tinción intensa y difusa en el 100% de las células tumorales.

# CARCINOMA DUCTAL DE GLÁNDULA SALIVAR

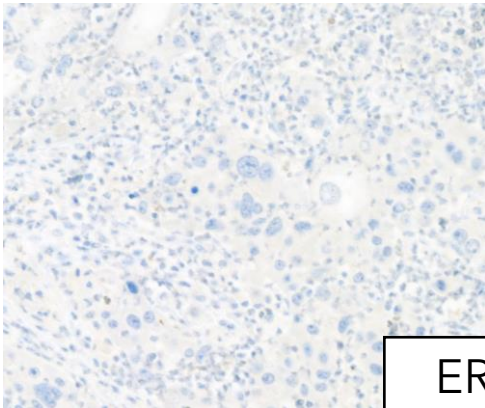
- 10% tumores malignos de glándula salivar, mayoría en la parótida, de novo (60%) o sobre adenoma pleomorfo (40%)
- 6<sup>a</sup>-7<sup>a</sup> década; 2,4♂:1♀
- Histología: células poligonales eosinófilas, oncocíticas, núcleos pleomórficos, formando nidos, cordones y glándulas cribiformes
- Inmunofenotipo:
  - POSITIVIDAD: AR, GATA3, GCDFP-15, CK7, Her2 (10-30%)
  - NEGATIVIDAD: S100 (+ multifocal 40%), SOX10, **CK5/6, p63, ER, PR**
- Pronóstico desfavorable



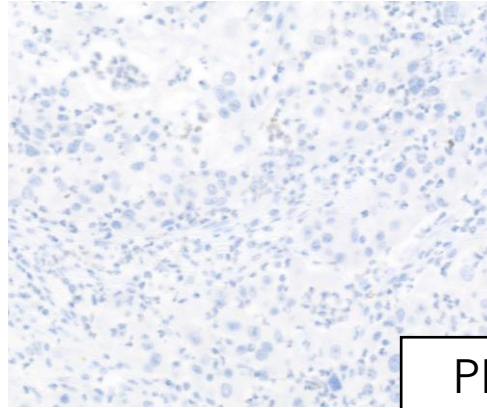




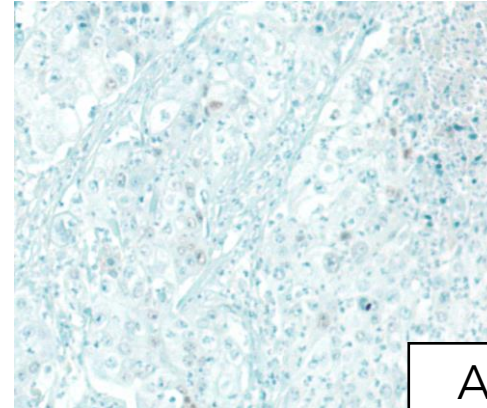
El **inmunofenotipo es idéntico al del cáncer de mama**, por lo que siempre hay que descartar mediante pruebas de imagen un posible carcinoma de mama primario.



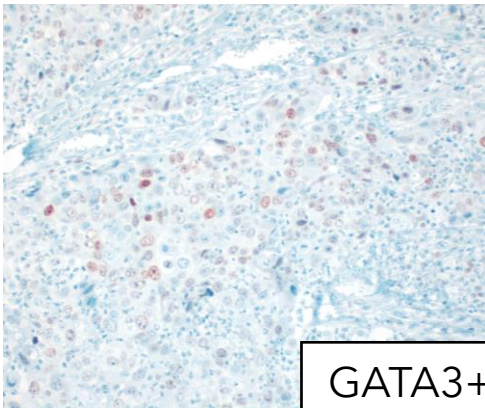
ER



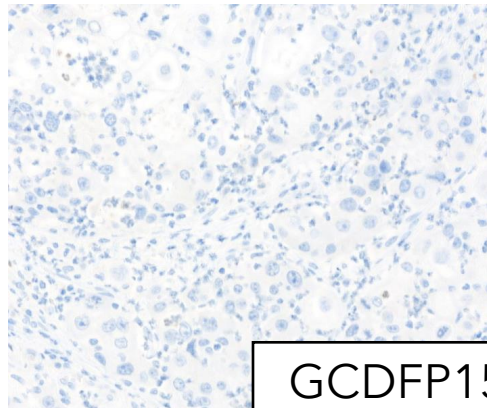
PR



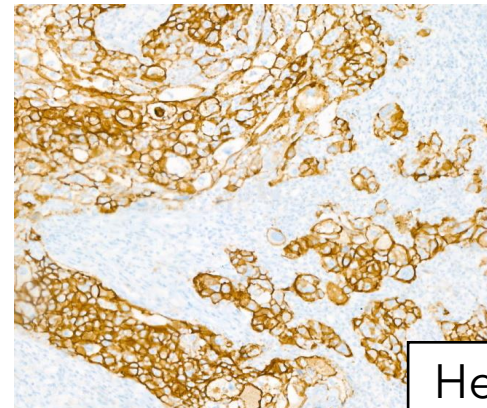
AR



GATA3+



GCDFP15

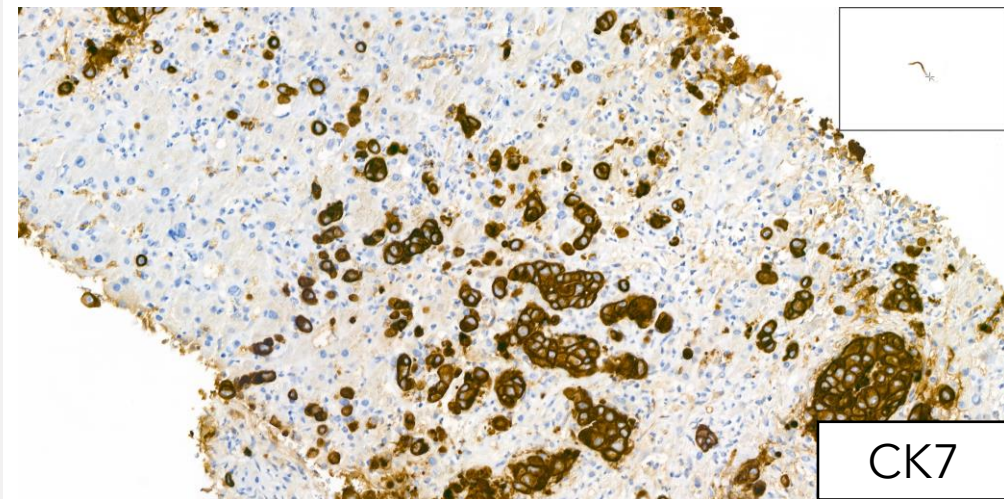
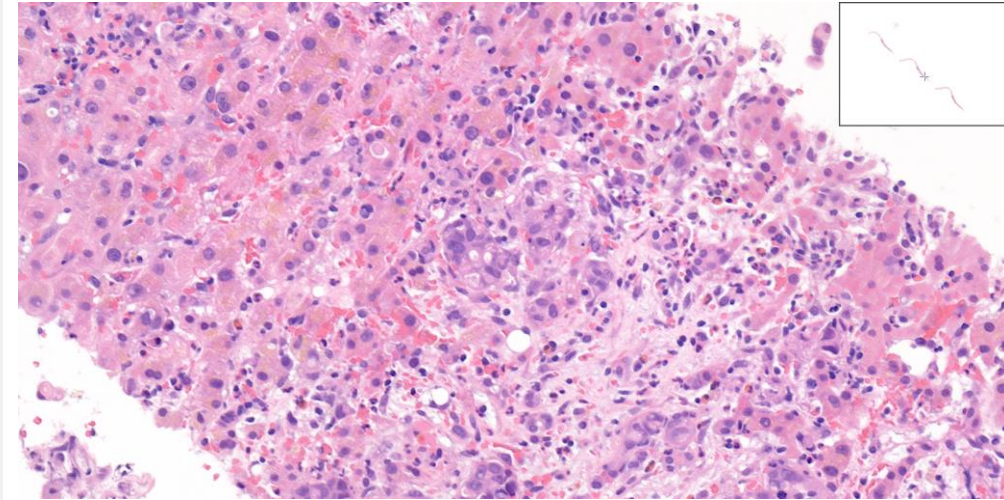


Her2



# Seguimiento...

- **Reestadificación** (TNM para tumores de glándula salivar menor): T4a N2b M0
- Tras cirugía se detectan **múltiples metástasis** en hígado y hueso.
- Se inicia tratamiento con carbopaxol e **inhibidores de Her2** (Trastuzumab)
- Ante progresión de enfermedad a nivel hepático, óseo y cerebral se realiza biopsia de la metástasis hepática para **estudio molecular**, observándose variación en el número de copias (CNV) de ERBB2
- Se decide inicio de tratamiento con **Trastuzumab-Deruxtecan**



# Conclusiones



El adenocarcinoma ductal de glándula salivar es un tumor monofásico con células oncocíticas, que puede aparecer sobre un adenoma pleomorfo



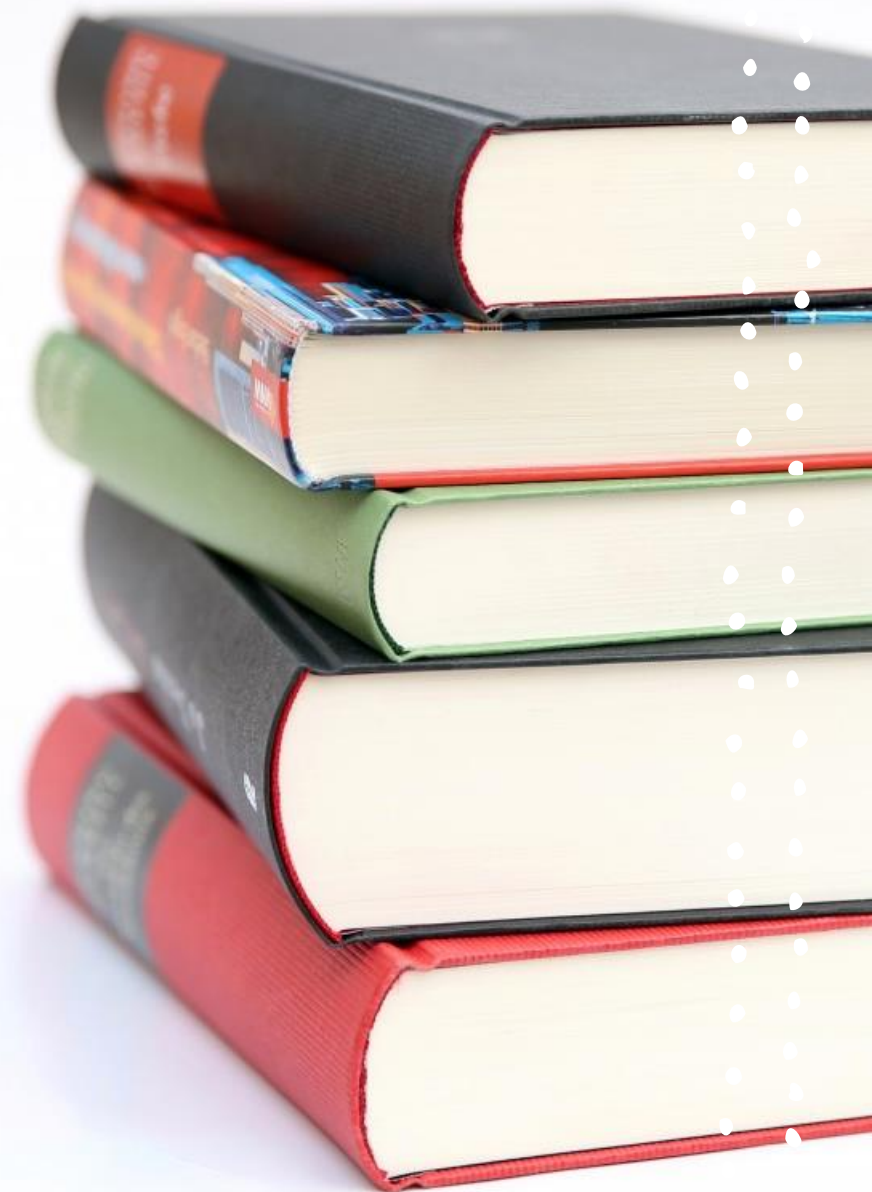
Es importante conocer que con frecuencia presenta expresión de receptores de andrógenos y/o sobreexpresión de Her2, frente a los cuales existen terapias dirigidas



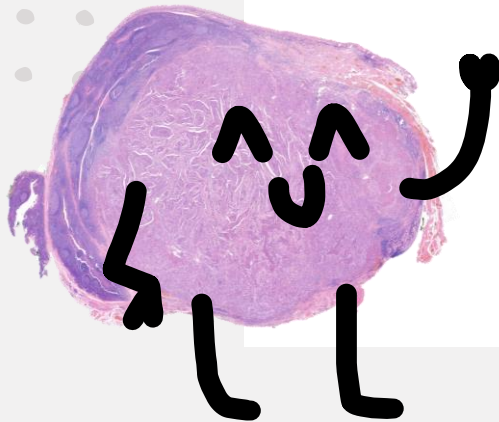
Es esencial descartar la existencia de un carcinoma de mama primario mediante pruebas de imagen

# Bibliografía

- WHO Classification of Tumours Editorial Board . *Head and neck tumours*. 5. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2022.
- Jalal B. References. PathologyOutlines.com website. <https://www.pathologyoutlines.com/topic/salivaryglandssalivaryductcarcinoma.html>. Accessed December 12th, 2023.
- Asper N, Roth KS, Hany TF, Salzberg SP, Tinguely M, Kadvany Y, et al. Metastatic Salivary Duct Carcinoma with ERBB2 Amplification and Sequential Response to Ado-Trastuzumab Emtansine and Neratinib: A Case Report. *Case Rep Oncol*. 2023;16(1):1500.
- Rahman M, Griffith CC. Salivary Duct Carcinoma: An Aggressive Salivary Gland Carcinoma with Morphologic Variants, Newly Identified Molecular Characteristics, and Emerging Treatment Modalities. *Surg Pathol Clin*. 2021 Mar 1;14(1):111-26.



Muchas gracias por la  
atención



PREGUNTAS Y COMENTARIOS