

## **Tumor mucoepidermoide de la glándula parótida. Presentación de un caso.**

**Mucoepidermal tumor of the parotide gland. A case presentation.**

**Manuel Estrada Sarmiento;<sup>1</sup> Abel Vargas Ramos;<sup>2</sup> Jorge Moreno Pérez;<sup>3</sup> Isel Virelles Espinosa.<sup>4</sup>**

*1 Especialista de Segundo Grado en Cirugía Máximo Facial. Master en Urgencias Estomatológicas. Profesor Auxiliar y Consultante. Hospital Provincial Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma. E-mail: [mesarmiento.grm@infomed.sld.cu](mailto:mesarmiento.grm@infomed.sld.cu)*

*2 Especialista de Primer Grado en Cirugía Máximo Facial. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Master en Urgencias Estomatológicas. Asistente. Hospital Provincial Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma.*

*3 Especialista de Primer Grado en Cirugía Máximo Facial. Instructor. Hospital Provincial Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma.*

*4 Licenciada en Enfermería. Asistente. Clínica de Especialidades Médicas. Bayamo. Granma.*

---

### **RESUMEN**

Se presenta el caso de un paciente varón de 80 años de edad con carcinoma Epidermoide de la glándula parótida izquierda infiltrante que recibió tratamiento quirúrgico. Se describe el acto quirúrgico con un resultado final satisfactorio.

**Descriptores DeCS:** *CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS/etología; CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS/epidemiología; CARCINOMA DE*

**ABSTRACT**

It was presented the case of an 80 year- old- male patient with epidermal carcinoma of the infiltrating left parotid gland, who received surgical treatment. The surgical procedure was described with a satisfactory final result.

***Subject heading: SQUAMOUS CELL CARCINOMA/etiology; SQUAMOUS CELL CARCINOMA/epidemiology; SQUAMOUS CELL CARCINOMA/diagnosis; SQUAMOUS CELL CARCINOMA/surgery; PAROTID GLAND/surgery.***

**INTRODUCCIÓN**

El carcinoma mucoepidermoides, se define como una neoplasia maligna epitelial de glándulas salivales que se produce por proliferación de células secretoras. Fue descrito por primera vez por Stewart, Foote y Becker en 1945.<sup>1, 2</sup>

Histopatológicamente presenta células mucosecretoras, células intermedias y células epidermoides.<sup>1,3-6</sup> Se clasifica dependiendo del componente quístico, invasión perineural, necrosis, actividad mitótica y pleomorfismo en 3 grados: bajo, intermedio y alto. En el de bajo grado de malignidad se encuentran los tres tipos de células, aunque las células predominantes son las mucosecretoras; en el de alto grado de malignidad, existen islas sólidas de células epidermoides e intermedias, con pleomorfismo y actividad mitótica, y las células mucosecretoras son escasas. En el grado intermedio, las características varían de neoplasias de bajo grado a las de alto grado de malignidad

**Epidemiología**

Representa aproximadamente 10-15% de todas las neoplasias de glándulas salivales,<sup>3,4</sup> 3- 5% de neoplasias de cabeza y cuello,<sup>5,6</sup> 22-30 % de neoplasias malignas de

glándulas salivares, siendo la parótida la más frecuente, significando el 20%. Se observa más frecuente en mujeres, con una relación mujeres/varones de 3:2. <sup>1, 3,5</sup>

### **Etiología**

Se desarrollan a partir de proliferaciones neoplásicas de los conductos que tienen propiedades de producir mucus o de presentar características Epidermoide.

### **Clínica**

Existen dos formas de comportamiento y presentación: bajo grado de malignidad (aproximadamente el 80% de los casos) y alto grado de malignidad. Los de bajo grado de malignidad se presentan como un tumor circunscrito, no doloroso, de crecimiento lento, consistencia sólida y poca capacidad invasiva. Los de alto grado de malignidad se manifiestan como un tumor de crecimiento rápido al que se añade rápidamente dolor, parálisis facial y adenopatías cervicales. Estas formas de mayor malignidad también tienen una notable capacidad de diseminación a distancia. <sup>1-3, 6</sup>

Este tumor fue descrito por primera vez en 1945 por Stewart, Foote y Becker. <sup>2</sup>

### **Diagnóstico**

Se confirma con el estudio histológico de la pieza extirpada. <sup>7</sup>

### **Tratamiento**

El tratamiento es quirúrgico, realizando una parotidectomía con preservación del nervio facial cuando no se haya afectado. En el caso de los tumores de alto grado de malignidad se suele asociar vaciamiento cervical y radioterapia postoperatoria. Los tumores de bajo grado presentan una buena curación con una supervivencia a los 5 años del 90%, mientras que para los de alto grado de malignidad se sitúa alrededor del 40% a 5 años. <sup>8-10</sup>

### **Características Clínicas**

Estos tumores constituyen del 2 al 9 % de los tumores de las glándulas salivales. Se observan con mayor frecuencia en la 4ta y 5ta década de la vida, no tienen preferencia

por ningún sexo, aunque es ligeramente más frecuente en el femenino. Se presenta como una masa indolora, generalmente en la glándula parótida que puede variar desde algunos milímetros hasta unos centímetros. El tiempo de evolución puede variar desde algunas semanas hasta 10 o más años. La lesión puede ser encapsulada, circunscrita o difusa, puede acompañarse de dolor y en ocasiones por parálisis del nervio facial.<sup>10</sup>

La evolución de los tumores de bajo grado malignidad recuerdan al tumor mixto, mientras que los más malignos recuerdan al carcinoma. Producen metástasis a linfáticos, piel, huesos, pulmones y cerebro.

### **Diagnóstico Diferencial**

Hay que diferenciarlo de:

Carcinoma Adenoquístico:

Puede crecer en cualquiera de las glándulas salivales, afecta por igual a uno y otro sexo, se produce con mayor frecuencia entre la 4ta y 5ta década de vida. Tiene predilección por la parótida es la más frecuente de las neoplasias de glándulas salivales intrabucalmente, su sitio de preferencia es el paladar, mucosa del carrillo labio, lengua y encía.

Adenocarcinoma:

Es encapsulado y lobulado, se presenta en personas de edad media, aunque con preferencia en la parótida, puede encontrarse en otras glándulas principales o en las accesorias, tiene una ligera predilección por el sexo femenino, las características evolutivas son variables, es por lo general de crecimiento lento y de naturaleza móvil, se halla bien delimitado y es asintomático, en otras ocasiones es de crecimiento rápido, consistencia dura y se halla fijo a la piel y a planos profundos.

Carcinoma Anaplásico:

Carcinoma Epidermoide:

Tiene marcada selectividad por las glándulas parótidas y, secundariamente por las submaxilares, es más frecuente en el hombre, crecimiento rápido, causa dolor desde el inicio, parálisis facial y fijación a piel, consistencia leñosa. Produce metástasis temprana, tiene propiedades infiltrativas, aparece con más frecuencia en la parótida y submaxilar, puede surgir en las accesorias.<sup>9</sup>

Cáncer sobre un adenoma pleomórfico:

Tumoración parotidea, asintomática y que bruscamente inicia un rápido crecimiento, a menudo con dolores y parálisis del nervio facial.

### **Tratamiento**

El tratamiento de este tumor es quirúrgico. Como todo tumor maligno debe procederse con radicalidad, eliminando el nervio facial si está comprometido con el tumor.

### **Pronóstico**

El pronóstico depende de la etapa clínica, grado histológico y tratamiento. La supervivencia a 5 años para los carcinomas mucoepidermoides es de 50 % y aumenta hasta 90-100 % en los de bajo grado de malignidad; en aquellos de alto grado de malignidad es de 26%, y además existe un 50 % de probabilidades de que presenten metástasis.<sup>6</sup> Pueden recidivar en el 60% de los pacientes con una supervivencia de 30% después de los 5 años.<sup>6,7</sup>

## **CASO CLÍNICO**

Se presenta el caso de ZMR, masculino de 80 años de edad, procedencia rural color de la piel blanca, antecedentes de angina de pecho e hipertensión arterial compensada, con historia de haber fumado por 30 años y haber notado hace 8 meses aumento de volumen pequeño en región parotidea izquierda, no dolorosa que fue creciendo paulatinamente y desde hace 3 meses ha tenido crecimiento marcadamente rápido, consistencia duro pétreo y tendencia a fijarse a piel.

Examen Físico Regional.

Cara: Asimetría facial dada por aumento de volumen en región parotidea izquierda de aproximadamente 6 cm. Diámetro que provoca elevación del lóbulo de la oreja de ese lado, consistencia duro pétreo, fijo a parte de la piel que lo cubre la cual está hipercoloreada, discreto dolor a la palpación. Comisura labial desviada al lado

izquierdo, borramiento de arrugas faciales de ese lado, imposibilidad para cerrar ojo izquierdo. (Fig. 1)



**Figura 1. Paciente con tumoración en región parotidea izquierda, con diseño de la incisión.**

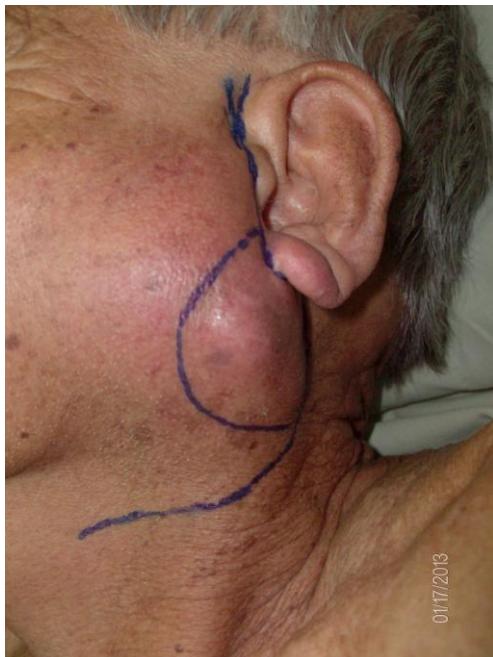
Se indican estudios hematológicos y química completa los cuales arrojan cifras dentro de límites normales, Rx. tórax en busca de metástasis pulmonares negativo y ultrasonido abdominal y de cuello en busca de metástasis en esos sitios negativo. TAC de cráneo # 130117 busca de metástasis, negativa.

Se discute el caso en el colectivo del servicio y se evaluar en consulta multidisciplinaria de cabeza y cuello para definir conducta definitiva donde se el tratamiento quirúrgico parotidectomía total sin conservación del nervio facial por la toma evidente del mismo debido a la parálisis facial que presentaba el paciente instalada con una impresión diagnóstica de carcinoma mucoepidermoide de parótida izquierda.

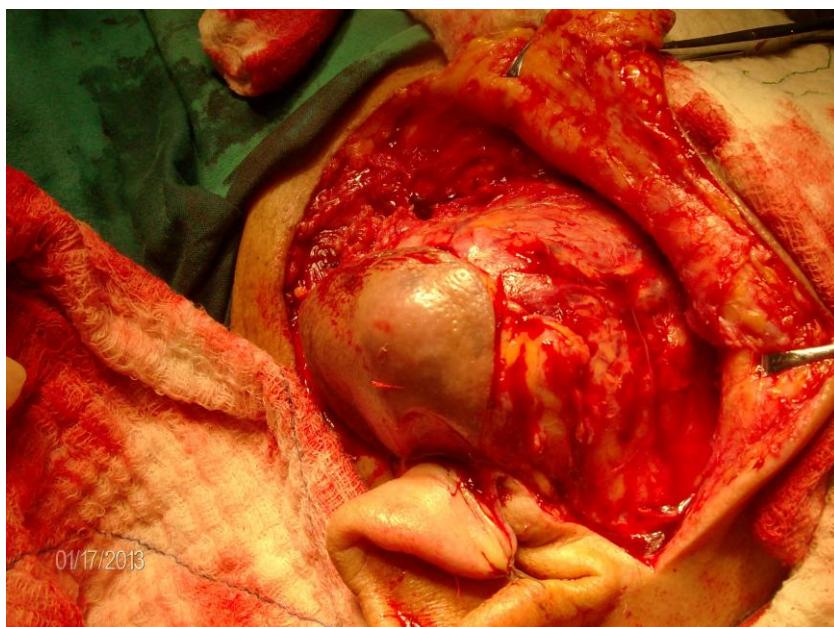
#### **Descripción del acto quirúrgico**

Paciente decúbito supino en mesa quirúrgica bajo anestesia general orotraqueal. Antisepsia del campo operatorio con hibitane ac.0,01% . Colocación de paños de campo. Incisión en S itálica modificada (Fig.2) para incluir piel dañada con la lesión tumoral de piel y tejido celular subcutáneo. Disección roma de los colgajos anterior y

posterior, seguidamente se procede a la eliminación de la masa tumoral conjuntamente con el nervio facial y los restos de glándula parótida (Fig 3). Hemostasia. Lavado abundante con Iodo Povidona y suero fisiológico, colocación de drenaje Penrose, sutura (Fig.4) y colocación de vendaje.



**Figura 2. Exéresis del lóbulo superficial de la glándula parótida izquierda con la tumoración.**



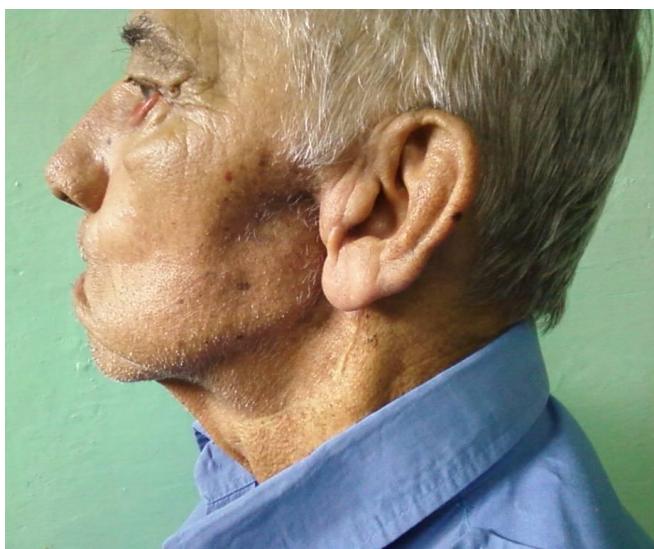
**Figura 3. Tumoración resecada.**



**Figura 4: Paciente suturado.**

Una vez pasado el post operatorio inmediato y mediato en la institución es egresado el paciente y seguido por consulta externa a los 7,15, 21 y 30 treinta días. Una vez recibido el resultado histológico B-13-284 que confirmó el diagnóstico de Carcinoma Mucoepidermoide es reevaluado nuevamente en consulta multidisciplinaria de cabeza y cuello donde se decide complementar la cirugía con QTR-RTP y HR3 (nimotuzumab).

El paciente ha tenido una evolución satisfactoria sin recidiva tumoral y buena calidad de vida. (fig. 5)



**Figura 5: Postoperatorio a los tres meses.**

## **DISCUSIÓN**

El estudio de las neoplasias de las glándulas salivales constituye uno de los problemas más complejos de la enfermedad tumoral de la cabeza y el cuello.<sup>1-4</sup>

El carcinoma mucoepidermoide cuando se presenta en glándulas mayores es circunscrito y móvil, se parece a un adenoma pleomorfo; el dolor y parálisis facial no son características iniciales, pero cuando se presentan corresponden a neoplasias de alto grado de malignidad.

Se acepta su mayor incidencia entre los 50 - 70 años de edad, distribuidos por igual en varones y en mujeres.

El manejo adecuado de estos tumores exige un diagnóstico preciso por parte del patólogo y la intervención acertada del cirujano.<sup>3</sup> Cuando es de bajo grado de malignidad se sugiere una cirugía extensa, más no mutilante, seguimiento a largo plazo y si es necesario un PET para demostrar la ausencia de metástasis.

El pronóstico para este paciente con carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad es bueno ya que tiene una morfodiferenciación a células mucosecretoras, sin la presencia de metástasis por lo que se da un pronóstico de sobrevida de más del 80% a cinco años.

Otras investigaciones sobre tumores malignos de las glándulas salivales mayores, destacan al carcinoma mucoepidermoide preferentemente en la parótida. <sup>4-7</sup>

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1- García R, Souviron Encabo B, Scola Yurrita B. Tumores malignos de la glándula parótida. Acta Otorrinolaringol Esp 2013; 56: 211-4.
- 2- Flynn MB, Maguire S, Martinez S, Tesmer T. Primary squamous cell carcinoma of the parotid gland: the importance of correct histological diagnosis. Ann Surg Oncol [Internet]. 2013 [consultado 20 de febrero del 2014] 6(8): 768-70. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10622505>
- 3- Kokemueller H, Brueggemann N, Swennen G, Eckardt A. Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands- clinical review of 42 cases. Oral Oncology [Internet]. 2013 [consultado 20 de febrero del 2014]; 41(1): 3-10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15598579>
- 4- Batsakis JG. Primary squamous cell carcinomas of major salivary glands. Ann Otol Rhinol Laryngol [Internet]. 1983 [consultado 20 de febrero del 2014]; 92(1 Pt 1): 97-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6824290>
- 5-Pecaro BC, Olsson AB. Clinical and diagnostic evaluation of a patient with a tumor of the head and neck. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 1997; 9: 317-28.
- 6- Larraín D. Salivary gland tumors histopathological finding in 168 patients whith major salivary gland cancer. Surg Oncol Clin 2011; 13: 113-27.

- 7- Hernando M, Martin Fragueiro L, Eisenberg G, Echarry R. Tratamiento quirúrgico de los tumores de glándulas salivares. *Acta Otorrinolaringol Esp* [Internet] 2011 [consultado 20 de febrero del 2014]; 60(5): 340- 345. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001651909000491?via=sd&cc=y>
- 8- Bussu F, Parrilla C, Rizzo D, Almadori G. Clinical approach and treatment of benign and malignant parotid masses, personal experience. *Acta Otorhinolaryngologica Italica* [Internet]. 2011 [consultado 20 de febrero del 2014]; 31(3): 135-143. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3185824/>
- 9- Fonseca PF, de Vasconcelos CM, Paes de AO, Ayroza R CAL, Hirata TAM, Galvão BA. Clinicopathologic analysis of 493 cases of salivary gland tumors in a Southern Brazilian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* [Internet]. 2012 [consultado 20 de febrero del 2014]; 114(2): 230-239. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22769409>
- 10- Oliveira AF, Barroso DEC, Teixeira TC, Abreu MA, Carvalho de AE, Alencar RdeC, Franco VE. Salivary gland tumor: A review of 599 cases in a Brazilian Population. *Head and Neck Pathol* [Internet]. 2009 [consultado el 20 de febrero del 2014]; 3(4): 271-275. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811571/>
- 11- Rapidis AD, Givalos N, Gakiopoulou H, Stavrianos SD, FaratzisG, Lagogiannis GA, Katsilieris I, Patsouris E. Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands. Review of the literature and clinicopathological análisis of 18 patient. *Oral Oncology* [Internet] 2007 [consultado 20 de febrero del 2014]; 43(2): 130-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16857410>

Recibido: 11 de noviembre del 2014.

Aprobado: 4 de diciembre del 2014.