

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen
Volume **60**

Número
Number **2**

Marzo-Abril
March-April **2003**

Artículo:

Carcinoma mucoepidermoide parotídeo de alto grado enmascarado por una infección cervical. Reporte de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Carcinoma mucoepidermoide parotídeo de alto grado enmascarado por una infección cervical. Reporte de un caso

Nickte-Ha Salgado García,*
Benjamín Moncada González,**
José Martín Toranzo
Fernández***

* Residente de Cirugía Maxilofacial.
** Jefe del departamento de Dermatología en el HC Dr. IMP.
*** Jefe del Departamento de Cirugía Maxilofacial en el HC Dr. IMP.

Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", SLP, México.

Resumen

El carcinoma mucoepidermoide (CME) es un tumor maligno de las glándulas salivales con un grado de agresividad variable formado por células epiteliales planas estratificadas y secretoras de moco, carentes de cápsula. Debido a lo poco frecuente de la lesión puede confundirse clínicamente y radiográficamente con procesos odontogénicos o infecciones cervicofaciales profundas. Se presenta un caso de carcinoma mucoepidermoide parotídeo de alto grado que fue enmascarado al inicio tanto clínicamente como histopatológicamente como una infección cervicofacial (paniculitis). Posteriormente al remitir la infección se hace aparente un CME parotídeo de alto grado (T4 M0 N0) en el mismo sitio. El paciente fue tratado con radio y quimioterapia sin manejo quirúrgico, desafortunadamente la sobrevida fue menor a un año. Cabe mencionar que existen neoplasias malignas cervicofaciales que pueden verse infectadas de forma secundaria que clínicamente semejan procesos infecciosos de larga evolución, que de no ser diagnosticados mediante biopsias oportunas y de zonas representativas pueden llevar a lesiones con un pronóstico pobre como en el caso anterior.

Palabras clave: Mucoepidermoide, neoplasias, carcinoma, glándulas salivales, parótida.

Abstract

Mucoepidermoid carcinoma is a malignant tumor of salivary glands with a variable degree of aggressiveness. Formed of stratified epithelial cells with mucous secretion, without capsule. It is a non frequent lesion that can be confused clinically and roentgenographically with odontogenic or deep cervical infections. It is presented a case of a high degree mucoepidermoid parotid carcinoma which at the beginning was masked clinically and histopathologically as a cervicofacial infection (paniculitis). After remission of the infection it is apparent a high degree of parotid CME (T4 MO NO) in the same site. The patient was treated with Radiotherapy and chemotherapy and chemotherapy without surgical management, unfortunately, survival was less than a year. It should be mentioned that malignant cervicofacial neoplasia can be subject to secondary infection that in the clinic are like infectious process of long evolution, if not diagnosed with an opportune biopsy of representative areas can lead to lesions with poor prognosis like the case here presented.

Key words: Carcinoma, salivary gland, parotid, tumor.

Antecedentes

El primer caso informado de carcinoma mucoepidermoide fue en 1895, después en 1945 recibe su nombre actual en base a las características micros-

cópicas presentes: células mucosas y epidermoides.¹ Constituye el 3-6% de los ingresos hospitalarios para tratamiento de lesiones de cabeza y cuello.² La mayoría ocurre en adultos entre 30-50 años de edad. Es el tumor maligno más común de glándulas salivales (29%) y

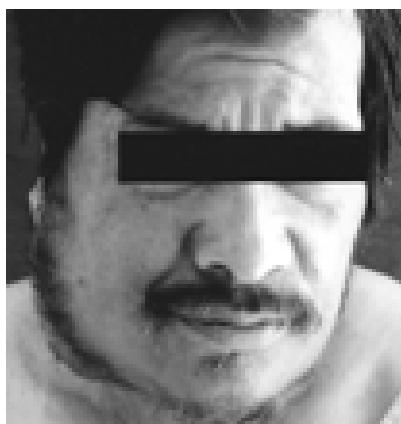


Figura 1. Aspecto clínico de lesión cervicomandibular inicial.

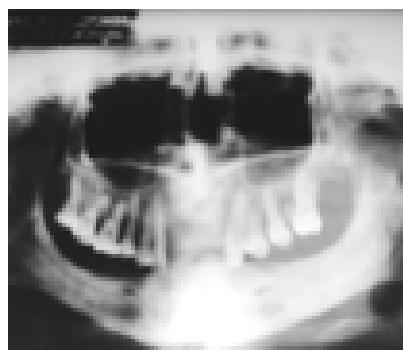


Figura 2. Imagen radiográfica de lesión.



Figura 3. Lesión cervical y parótidea con exteriorización de tumoración (imagen clínica a su reingreso).



Figura 4. Lesión exofítica ulcerada con zonas de necrosis en piso de boca y borde lateral lingual.

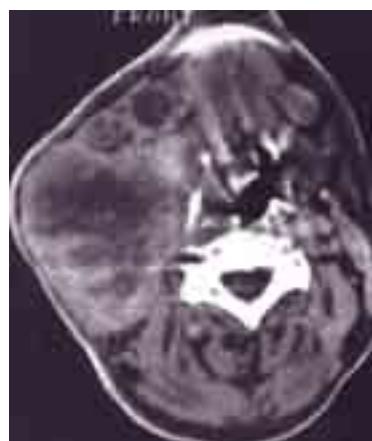


Figura 5. TAC de glándula salival observándose tumoración parótidea (8.4 x 9.9 cm).

representa el 67% de los tumores en parótida, 33% en glándulas salivales menores y 20% en paladar.³ Con una incidencia mayor en la quinta década de la vida. La relación hombre/mujer es 1.2:1.⁴

Se ha mencionado la exposición a radiaciones como un factor de riesgo de (2.6 a 8%). Se ha asociado además al virus del herpes simple y Epstein-Barr, a tabaquismo y alcoholismo y más recientemente se ha asociado a anomalías en cromosomas 2 y 8. Desafortunadamente en un gran número de casos los pacientes carecen de algún factor etiológico identificable. Su patrón de diseminación muestra un comportamiento invasivo que puede afectar piel, tejido óseo y frecuentemente involucra la destrucción del nervio facial con diseminación hematogena principalmente a pulmón.⁵

El carcinoma mucoepidermoide se distingue de otros adenocarcinomas por presentar diversos grados del mismo de acuerdo a sus rasgos histopatológicos en: bajo, intermedio y alto. El alto grado se distingue macroscópicamente como un crecimiento rápido, doloroso,

indurado, inmóvil con ulceración de mucosa, compromiso nervio facial (parestesias hasta parálisis), y signos de obstrucción glandular así como expansión ósea.

Microscópicamente carece de macroquistes como en el de bajo grado y presenta células epidermoides planas y diferenciadas. Células intermedias con pleomorfismo considerable, núcleos prominentes y mitosis, además puede invadir el tejido perineural e intravascular. La inflamación crónica está presente con desmoplasia del estroma y perlas de queratina.⁶⁻⁸ El diagnóstico diferencial incluye al carcinoma adenoescamoso, neoplasias sebáceas, tumor de células claras, carcinoma epidermoide, sialadenitis crónica y sialometaplasia necrotizante (forma esclerosante), infecciones cervicofaciales profundas de origen bacteriano y escrófula. El carcinoma mucoepidermoide de alto grado tiene una sobrevida del 60% a un año después de diagnosticarse. Su manejo puede ser quirúrgico con disección ganglionar regional radical y en casos severos el manejo puede ser coadyuvante con radio y quimioterapia.

Reporte del caso

Paciente masculino de 44 años de edad, que acude al Departamento de C. Maxilofacial por presentar aumento de volumen cervical derecho de un mes de evolución, el cual inicia con odontalgia en el cuadrante postero-superior e inferior derecho, dolor hemifacial mismo lado, aumento de volumen submandibular y cervical de forma lenta progresiva iniciando con 1 cm de diámetro, firme, doloroso a la palpación, hipertérmico y ligera parestesia cervicomandibular (*Figura 1*). Con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo crónico, resto no relevante.

A la exploración física con 39° de temperatura, asimetría facial por crecimiento de volumen submandibular y cervical de 12 cm de diámetro, firme, dolorosa a la palpación, hipertérmico, eritematoso, adherido a planos profundos. Intraoralmente: mala higiene bucal, dentición permanente incompleta con anodoncia total inferior y parcial superior, movilidad dental de segundo y tercer grado, acentuada en cuadrante superior derecho y enfermedad periodontal generalizada. Sin adenomegalias palpables.

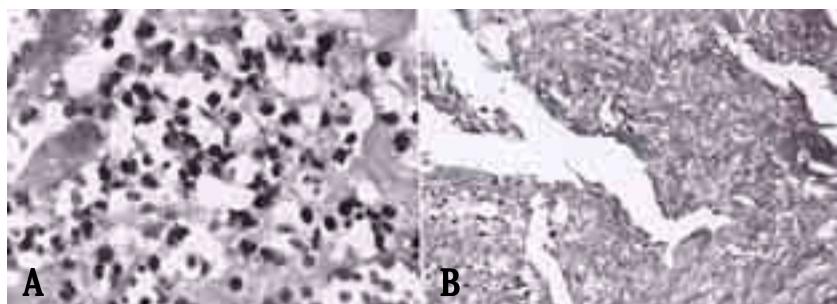


Figura 6. Biopsia inicial. A) zonas de necrosis y fibrosis. B) Infiltrado inflamatorio y adipocito.

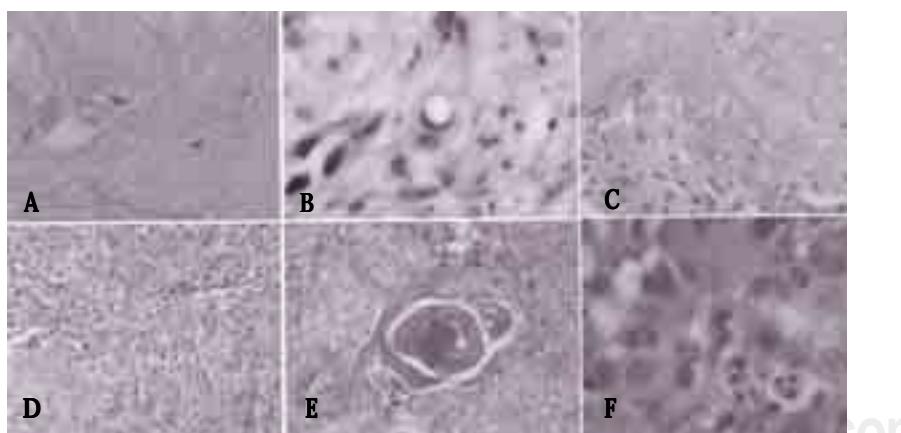


Figura 7. A) Anaplasia, B) Componente escamoso (perlas de queratina), C) Componente quístico focal sólido, D) Necrosis, E) Células en anillo de sello, F) Mucositos.

Radiográficamente (Ortopantomografía), mostró, ausencia de OD permanentes en maxilar inferior, con disminución de altura y densidad ósea derecha más imágenes radioopacas, en el maxilar superior enfermedad periodontal generalizada (*Figura 2*). En la tele de tórax se observaron granulomas parahiliares y zona de calcificación en lóbulo inferior derecho sugestivo a infección fílmica. Con Ziehl Neelsen, PPD, BAAF para células tumorales negativas y cultivo de secreción sin desarrollo, sin embargo presentó: leucocitosis, neutrofilia, hipoalbuminemia, TGO elevada, y diagnóstico histopatológico de biopsia incisional dermatopaniculitis fibrinopurulenta con células gigantes multinucleadas.

El tratamiento inicial consistió en hidratación, antibioticoterapia: (clindamicina y ceftriaxona) y medidas generales. Obtiene remisión del cuadro en un 80%, por lo cual se decide su egreso.

Dos meses después de no asistir a control, ingresa en malas condiciones generales a expensas de aumento de volumen de aproximadamente 20 cm de diámetro, indurado, con áreas de esfacelación submandibular y cervical derecho (*Figura 3*). Presentando intraoralmente lesión exofítica en piso de boca, bordes laterales de lengua, cuadrante posteroinferior mandibular, (*Figura 4*) y lesión ulcerada en pilares y paladar blando, doloroso y secundariamente infectado, con datos de parálisis facial. Se solicita TAC: en la cual se observa una masa ocupativa de 8.4 x 9.9 cm, estadio T4, N0, M0 (*Figura 5*). Se realiza biopsia incisional: resultado histopatológico carcinoma mucoepidermoide de alto grado parótideo. Iniciando radioterapia (10 sesiones). Un mes después el paciente regresa a cita de control al Departamento de Oncología Médica del Hospital Central “Ignacio Morones Prieto” en malas condiciones generales con disminución de peso, hiporexia dificultad a la deglución y con tumoración en base de lengua y región cervical gigante con dos nódulos submentonianos de 2 x 2 y 2 x 1. Se inicia quimioterapia la cual no continúa el paciente.

El resultado de la biopsia inicial fue de abundantes áreas de necrosis, células sanguíneas (eritrocitos), así como elementos inflamatorios (neutrófilos) con extensa fibrosis, células grasas con infiltrado neutrófilico en la periferia de éstas, ligero pleomorfismo de algunas células con diagnóstico oficial de dermatopaniculitis fibrinopurulenta (*Figura 6*).

El resultado de la segunda biopsia fue de células en anillo de sello abundantes componentes escamosos, zonas de necrosis, mitosis, anaplasia, mucositos y un componente quístico focal y sólido predominante con perlas de queratina y con diagnóstico oficial de carcinoma mucoepidermoide de alto grado (*Figura 7*).

Discusión

Los tumores de la glándula parótida son poco comunes y constituyen sólo el 3% de los de cabeza y cuello, y el 0.6% de todos los del cuerpo. La mayoría de los tumores de las glándulas salivales se originan en la parótida mientras que en las glándulas menores y en la submaxilar la incidencia es más baja, así como en la lengua labios y cavidad nasal el tejido salival ectópico ha sido descrito en diferentes partes del cuerpo incluyendo piel, hipofisis, apófisis, mastoides, oído medio, maxilar y mandíbula.⁹

El carcinoma mucoepidermoide es diagnosticado histológicamente en base a dos tipos de células, mucosas y epidermoides la segunda localización es el paladar, hay varios rasgos característicos de este tumor que pueden enmascarar su naturaleza como un cáncer, por presentar manifestaciones clínicas como aumento de volumen, induración, eritema, hipertermia local, en región geniana doloroso, con estrechamiento de ramas sensitivas. En el caso de carcinoma de alto grado el aspecto caseoso y grisáceo de la tumoración, llevan al diagnóstico tardío.¹⁰ Primero debido al alto porcentaje de las células mucinosas, pueden presentar quistes múltiples simulando un mucocele. Segundo, se debe de realizar biopsia en cualquier lesión quística o masa sólida. Tercero, un porcentaje de estos tumores se presentan en forma intraósea en la mandíbula.

El tratamiento es escisión quirúrgica con márgenes de 1 cm de tejido normal. El carcinoma mucoepidermoide de alto grado presenta como característica crecimiento rápido y metástasis cervicales y pulmonares.¹¹

La mayoría de los carcinomas mucoepidermoides se manifiestan de forma indistinguible del adenoma pleomorfo, los de alto grado tienen una evolución más corta que los de bajo. El 25% cursan con parálisis facial y el 50% con metástasis cervicales, la disección radical de cuello está indicada en ganglios positivos y la radioterapia posoperatoria es recomendable, la supervivencia en etapa 1 es 100% a 5 años, en etapa 2 de 65% y en etapa 3 de 10%.^{12,13}

Este caso correspondió finalmente a un carcinoma mucoepidermoide de parótida de alto grado, el cual se diagnosticó en forma errónea histológicamente en la pri-

mera biopsia como dermatopaniculitis fibrinopurulenta, lo que limitó las posibilidades de tratamiento, falleciendo finalmente el paciente.

Bibliografía

- Rice HD, Eisele WD et al. Enfermedades de glándulas salivales. Neoplasias malignas de las glándulas salivales. *Clinicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica* 1999; 5: 816-817.
- Spiro R, Huvos A, Berk R, Strong E. Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin. *Am J Surg* 1978; 136-461.
- Hertman EL, Moberger G, Soderberg G. Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands with special reference to the possible existence of a benign variety. *Acta Otolaryngol* 1972; 68-73.
- Thoryaldsson S, Beahrs O, Woolner L, Simons J. Mucoepidermoid tumors of major salivary glands. *Am J Surg* 1970; 120-432.
- Herrera GA et al. Tumores de glándulas salivales. Procedimientos médico quirúrgicos. *Manual de Oncología INCAN*, México 2000: 199-209.
- González MC et al. *Tumores de glándulas salivales*. Patología oncológica. Editorial Interamericana, México 1997: 37-38.
- Eversole LR et al. *Cirugía oral y maxilofacial contemporánea*. España 1998.
- Regezi-Sciubba. *Enfermedades de glándulas salivales*. Patología bucal. Tercera edición, México, 1998: 254-258.
- Baj A, Bertolini F et al. Central mucoepidermoid carcinoma of the jaw in a teenager: A case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 207-211.
- Ord RA, Remy HB Jr. *Oral cancer: The dentist's role in diagnosis, management, rehabilitation, and prevention*. Editorial Quintessence Publishing Co, Inc. Chicago, Berlin, London, Tokyo, Paris 2000: 67-71.
- Fonseca JR. *Surgical pathology. Oral and Maxillofacial Surgery*. Editorial WB Saunders Company Philadelphia London, New York.
- Chidzonga M et al. A clinicopathologic study of parotid gland tumors. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52: 1253-1256.
- Lakhoo K, Mannell A. Parotid tumors in black patients: The Baragwanath Hospital experience: 1981-1986. *S Afr J Surg* 1989; 12-27.

Reimpresos:
Dr. José Martín Toranzo
Av. Venustiano Carranza No. 2395
Zona Universitaria
San Luis Potosí, S.L.P.
C.P. 78240

Este documento puede ser visto en:
www.medigraphic.com/adm