

Carcinoma mucoepidermoide

Mucoepidermoid carcinoma

Dr. Roberto Hernández Granados

Cirujano Maxilofacial UNAM, CU.

Cinthia Mérida Méndez

Alumna de la Facultad de Odontología. UNAM, CU.

Patricia Guarneros López

Pasante de Cirujano Dentista, UAT.

Dra. Beatriz Aldape-Barrios

Profesora de Patología Bucal UNAM, CU.

Recibido: Abril de 2010.

Aceptado para publicación: Mayo 2010

Resumen

El carcinoma mucoepidermoide es una neoplasia maligna de origen epitelial, de glándulas salivales, que se produce por proliferación de células secretoras. Representa del 10-15% de todas las neoplasias de glándulas salivales. Es más frecuente en mujeres. Histológicamente presenta células mucosecretoras, intermedias y epidermoides. Se clasifican en 3 grados: alto, intermedio y bajo grado de malignidad. En el de bajo grado de malignidad hay más células mucosecretoras y se presenta como un aumento de volumen menor de 4 cm, en cualquier parte de cavidad bucal donde se localicen glándulas salivales, bien circunscrito, asintomático, con abundantes espacios quísticos mucosos.

Objetivo: Presentar un caso en el que el cuadro clínico era sugerente de una lesión reactiva como mucocele, y es el estudio histopatológico el que da el diagnóstico de carcinoma mucoepidermoide.

Caso: Paciente masculino de 58 años, con au-

mento de volumen, en la región de la mucosa yugal, en fondo de saco del lado izquierdo, con 2 años de evolución; asintomático, del mismo color de la mucosa adyacente, a la palpación es móvil y blando. El diagnóstico clínico era compatible con un mucocele. Se realiza biopsia excisional y el diagnóstico histopatológico es carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad, que presenta áreas quísticas, con abundantes células mucosecretoras, por lo que se envía al paciente a un centro oncológico para su tratamiento y seguimiento a largo plazo.

Conclusiones: Se debe realizar un diagnóstico final integrando los datos clínicos e histológicos, para que se realice un adecuado tratamiento. En este caso, el paciente fue enviado a un centro oncológico y el pronóstico es muy bueno ya que el carcinoma mucoepidermoide era de bajo grado de malignidad.

Palabras clave: *Carcinoma mucoepidermoide, diagnóstico histopatológico.*

Abstract

The mucoepidermoid carcinoma is a malignant epithelial neoplasm of the salivary glands caused by a proliferation of secreting cells. They account for between 10 and 15% of all salivary gland neoplasia and are more common in women. Histologically, they consist of mucous-secreting, intermediate and epidermoid cells. Such carcinomas are classified according to three levels of malignancy: high, intermediate and low. At a low level of malignancy, there are more mucous-secreting cells and the neoplasm appears as an increase in volume measuring up to 4 cm anywhere in the oral cavity where there are salivary glands, a well-circumscribed asymptomatic mass with abundant areas containing mucinous cysts.

Objective: To present a case in which clinical symptoms suggested a reactive lesion in the form of a mucocele, and a histopathological study revealed the presence of a mucoepidermoid carcinoma.

Case: 58-year-old male with a swelling in the jugal mucosa region in left-hand fornix, developing over 2 years; asymptomatic and the same color as the adjacent mucosa; soft and mobile to the touch. Clinical diagnosis was consistent with a mucocele. An excisional biopsy was performed and the histopathological diagnosis was of a low-grade malignancy mucoepidermoid carcinoma, with cystic areas and abundant mucous-secreting cell. The patient was therefore referred to an oncology clinic for long-term treatment and follow-up.

Conclusions: A final diagnosis should be performed, incorporating clinical and histological data in order to ensure appropriate treatment is given. In this case, the patient was referred to an oncology clinic and the prognosis is very good, since the mucoepidermoid carcinoma was of low-grade malignancy.

Keywords: *Mucoepidermoid carcinoma, Histopathological diagnosis.*

Introducción

El carcinoma mucoepidermoide (ICD- 8430/3),¹ 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 1945.² Representa aproximadamente 10-15% de todas las neoplasias de glándulas salivales,^{3,4} 3-5% de neoplasias de cabeza y cuello,^{5,6} 22-30% de neoplasias malignas de glándulas salivales^{3,5}. Se observa más frecuente en mujeres, con una relación mujeres/varones de 3:2.^{1,3,6} Histopatológicamente presenta células mucosecretoras, células intermedias y células epidermoides^{1,3,6}. 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 están presentes 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.

Se presenta en glándulas salivales mayores como la parótida y cuando afecta a las glándulas salivales menores, el paladar es el sitio más comúnmente afectado, observándose con menos frecuencia en otras glándulas salivales como las de la lengua, piso de boca, encía, labios y mucosa yugal.

En glándulas menores se presentan como masas azules o rojo-púrpura, fluctuantes, de superficie lisa que a menudo son confundidas clínicamente con mucoceles.² Los de alto grado de malignidad llegan a medir hasta de 4 cm, son masas sólidas, con pocas zonas quísticas, mal delimitadas, con infiltración a tejido adyacente. Los de bajo grado de malignidad son menores de 4 cm, circunscritos, con abundantes espacios quísticos mucosos.

Los diagnósticos diferenciales considerados son: sialometaplasia necrotizante (paladar), mucocele, papiloma invertido o cistadenoma, cistadenocarcinoma, carcinoma epidermoide primario o metastásico y el adenocarcinoma polimorfo de bajo grado.⁶

El tratamiento depende de la localización, del grado histopatológico y el aspecto clínico. En los que se presentan en glándulas salivales ac-

cesorias, se recomienda la escisión quirúrgica, dejando los márgenes libres de tumor.¹ El pronóstico depende de la etapa clínica, grado histológico y tratamiento.^{6,7} La supervivencia a 5 años para el 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.⁶

Caso clínico

Se explora un paciente masculino de 58 años, clínicamente sano, que refiere un volumen en la zona yugal, en el fondo de saco de lado izquierdo, asintomático, con 2 años de evolución, del mismo color de la mucosa adyacente y de base sésil.

Con el diagnóstico clínico de mucocele, se decide tomar una biopsia excisional, por el tamaño y las características clínicas que orientaban a un proceso reactivo no neoplásico, para corroborar el diagnóstico clínico se realiza el estudio histopatológico.

Lo que se recibe para la descripción macroscópica son dos fragmentos de tejido blando, fijados en formalina al 10%; el fragmento de menor tamaño es de color café oscuro, consistencia firme, de forma y superficie irregular. El fragmento de mayor tamaño es de consistencia blanda, forma y superficie irregular, color blanco, que miden en su conjunto 2.2 x 1.5 x 0.7 cm. Se incluyen en su totalidad para el proceso de laboratorio (Figura 1)

Lo que se observa al microscopio es que el espécimen está formado por múltiples cavidades



Fig. 1. Aspecto macroscópico. Fuente directa.

quísticas revestidas de epitelio escamoso con diferenciación mucosecretora; el estroma es de tejido conectivo fibroso denso bien vascularizado, con hemorragia reciente y antigua (hemosiderina), en la base se observa un nódulo linfóide, músculo estriado, tejido adiposo, áreas eosinófilas homogéneas que corresponden al uso de electrobisturí. (Figura 2).

El diagnóstico histopatológico es de carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad.

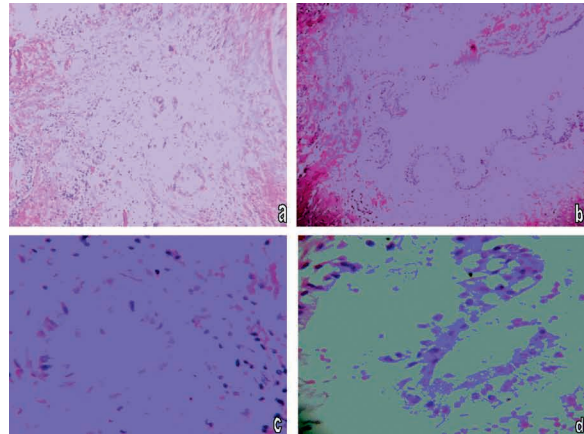


Fig. 2. Corte histológico, tinción H y E. a) y b) Áreas quísticas con células mucosecretoras en un estroma de tejido conectivo bien vascularizado. 10x c) y d) Cavidades quísticas, con células mucosecretoras. 40x. Fuente directa.

Se realiza tinción PAS siendo positivas (+) a las células mucosecretoras. (Figura 3).

Se diagnostica carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad, por lo que se entrega

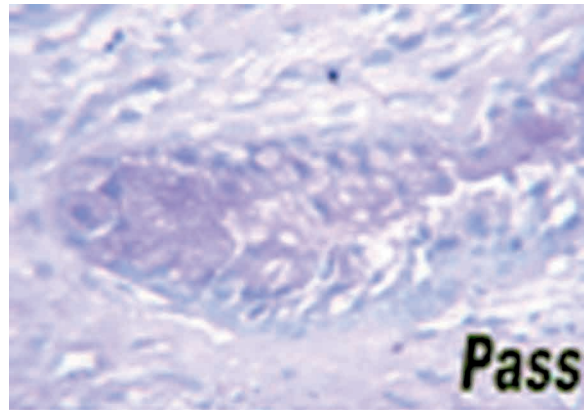


Figura 3.- Células mucosecretoras positivas a la tinción de Pas Schiff. Fuente directa.

la laminilla al cirujano maxilofacial, que se la facilita al paciente para que sea tratado en un centro oncológico. El pronóstico es muy bueno por ser esta neoplasia de glándulas salivales de bajo grado de malignidad.

Discusión

Los factores etiológicos de esta neoplasia son multifactoriales. 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. El glándulas accesorias menores son bien delimitados de color azul y se parecen más a una lesión reactiva como el mucocele, El tratamiento depende del grado histológico por lo que cuando es de bajo grado de malignidad los cirujanos oncológicos sugieren una cirugía extensa, mas 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, y la presencia de metástasis también es baja, por lo que se da un pronóstico de sobrevida de más del 80% a cinco años.

Conclusión

El carcinoma mucoepidermoide cuando se presenta en glándulas salivales menores podría confundirse con un mucocele, por lo que el clínico debe realizar una adecuada evaluación de sus pacientes, apegado al método de diagnóstico, haciendo el ejercicio de diferencial para tener varias posibilidades de diagnóstico. Toda lesión que se extirpe debe ser enviada a examen histopatológico, pues algunas lesiones bucales, siendo malignas, como en el caso presentado, muestran un comportamiento benigno.

Referencias bibliográficas

- 1.- Cardesa A, Slootweg P. Pathology of the Head and Neck. Springer, 2006
- 2.- Ellis GL, Auclair PL, Gnepp DR. Surgical Pathology of the Salivary Glands. Philadelphia, Saunders, 1991.
- 3.- Rapis AD, Givalos N, Gakiopoulou H, Stavrianos SD, Faratzis G, Lagogiannis GA, Katsilieris I, Patsouris E. Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands. Review of the literature and clinicopathological análisis of 18 patient. Oral Oncology 2007; 43, 130-136.
- 4.- Meneses A, Mosqueda A, Ruiz LM. Patología Quirúrgica de Cabeza y Cuello. México, Trillas, 2006
- 5.- Copelli C, Bianchi B, Ferrari S, Ferri A, Sesena E. Malignant tumors of intraoral minor salivary glands. Oral Oncology 2008; 44, 658-663.
- 6.- Kokemueller H, Brueggemann N, Swennen Gwen, Eckardt A. Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands- clinical review of 42 cases. Oral Oncology, 2005; 41, 3-10.
- 7.- Triantafyllidou K, Dimitrakopoulos J, Psomadakis K. Mucoepidermoid carcinoma of minor salivary glands. A clinical study of 16 cases and review of the literature. Oral Oncology Supplement, 2005;1-141.

Correspondencia

Mtra. Beatriz C. Aldape Barrios

patobu1@hotmail.com, patobu1@servidor.unam.mx ,
patobu1@patologiabuca.com