



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 7, Núm. 2 • Mayo-Agosto 2011 • pp. 53-57

Mioepitelioma en paladar. Reporte de un caso

Fernando Zarazúa Barrón,* Claudia Araceli Torres Urbina,* Agueda Marisol Arellano Flores,**
Catalina Beatriz Aldape Barrios,*** Rocío Gloria Fernández López****

RESUMEN

El mioepitelioma es una neoplasia benigna de glándulas salivales poco frecuente. Se le considera de origen epitelial y presenta diferentes expresiones fenotípicas; representa menos del 1% del total de neoplasias de este grupo, siendo las glándulas salivales mayores su sitio de localización más frecuente en comparación con las glándulas menores. Se presenta sin predilección por género y con prevalencia en pacientes que cursan la cuarta década de la vida. Es imprescindible su identificación histopatológica para descartar un comportamiento maligno y así obtener un diagnóstico certero y tratamiento adecuado. El objetivo es presentar un caso de un paciente masculino de 64 años de edad, que presentó una lesión en la parte posterior izquierda del paladar duro con el diagnóstico histopatológico de mioepitelioma plasmocitoide.

Palabras clave: Glándula salival, paladar duro y blando, glándula parótida, neoplasia benigna, mioepitelioma.

SUMMARY

Myoepithelioma is a benign neoplasm of the salivary gland. It consist of cell islands or cords with myoepithelial differentiation which can present different types of cellular differentiation: plasmacytoid, epithelial, spindle or clear cell morphology. Most common on the fourth decade of life and non gender preference. It represents less than 1% of all salivary glands neoplasias examined. Myoepithelioma described in scientific literature are of benign behavior. The aim of this study is to report the case of a 64 years old male patient who presented a lesion in the lower posterior region of the hard palate, for which a plasmocytoid myoepithelioma histopatological diagnosis was emitted.

Key words: Salivary gland, hard and soft palate, parotid gland, benign neoplasm, myoepithelioma.

www.medigraphic.org.mx

* Cirujano Dentista de Práctica Privada.

** Especialista Cirugía Bucal y Maxilofacial.

*** Mtra. Especialista en Patología Bucal.

**** Mtra. Especialista en Cirugía Bucal y Maxilofacial.

Trabajo realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia:

Fernando Zarazúa Barrón.

Valle Hoz de Arriba No. 182, Col. Valle de Aragón Primera Sección, Municipio de Nezahualcóyotl.

Estado de México. CP. 57100. Teléfono: 04455-2963-1699.

E-mail: fernandozarazua@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/cirugiabucal>

INTRODUCCIÓN

El mioepitelioma es definido por la OMS como una neoplasia benigna de glándula salival, compuesto por islas o cordones de células con diferenciación mioepitelial, que pueden presentar morfología celular plasmocitoide, epitelial, ahusada o citoplasma claro, asimismo es reconocido por esta organización como una entidad individual, siendo la parótida el primer sitio de localización (40%), seguido de paladar duro y blando (21%).¹⁻³ La edad va desde los 6 a 85 años, con preferencia en la cuarta década de vida, sin diferencia en género y con una prevalencia de menos del 1% total de neoplasias de glándulas salivales.³⁻⁶ Los mioepiteliomas descritos en la literatura tienen un comportamiento benigno; sin embargo, ha sido descrito la contraparte maligna como carcinoma mioepitelial (CM) o mioepitelioma maligno.^{1,8-10} El objetivo es presentar un caso de un paciente masculino de 64 años de edad, que presentó una lesión en la parte posterior izquierda del paladar duro con el diagnóstico histopatológico de mioepitelioma plasmocitoide.

Las glándulas salivales mayores y menores, derivan principalmente del estomodeo de la capa ectodérmica. Una glándula madura presenta tres tipos de células acinares: mucosas, serosas y mixtos. Las células acinares están rodeadas por células mioepiteliales contráctiles (*Figura 1*).^{5,7}

Además de la secreción de las glándulas mayores (parótida, sublingual y submandibular), se encuentran numerosas glándulas salivales mucosas menores que realizan la misma función. Éstas se distribuyen por toda la cavidad bucal, a excepción de las rugas

palatinas y la encía; en promedio existen 450 en el paladar duro, 220 en paladar blando y ocho en la úvula. Es importante mencionar que la localización intrabucal más frecuente de las neoplasias salivales es la parte posterior del paladar duro.

Éstas pueden derivar del epitelio (parénquima) o del tejido conjuntivo (estroma). Las neoplasias estromales o mesenquimatosas afectan a los niños y son en su mayoría neoplasias benignas de origen vascular fibrohistiocítico; sin embargo, las del parénquima afectan ocasionalmente a niños y son más frecuentes en la tercera y cuarta década de la vida.¹¹ Más del 70% se desarrollan en las glándulas mayores, menos del 30% lo hacen en las glándulas menores y pueden derivar de cualquiera de los componentes celulares de la adenómera glandular, como células ductales basales o de reserva, conductos estriados, conductos intercalados, acinos y **células mioepiteliales** (*Figura 1*).⁷

Las diversas neoplasias se denominan según la diferenciación de las células, algunas elaboran una amplia variedad de células secretoras, ductales y mioepiteliales, mientras que otras son monomorfas, formadas únicamente por células ductales o acinares. En general, todas las neoplasias salivales derivan del epitelio, aunque difieren según la línea de diferenciación que sigue la población celular.

A pesar de su origen epitelial, la expresión fenotípica y funcional de las células neoplásicas, están relacionadas con el músculo liso donde, a pesar de esta característica, pueden presentar diferentes patrones histológicos (sólido, mixoide, reticular). La variedad morfológica es reconocida presentando forma ahusada, plasmocitoide, epitelioide clara y

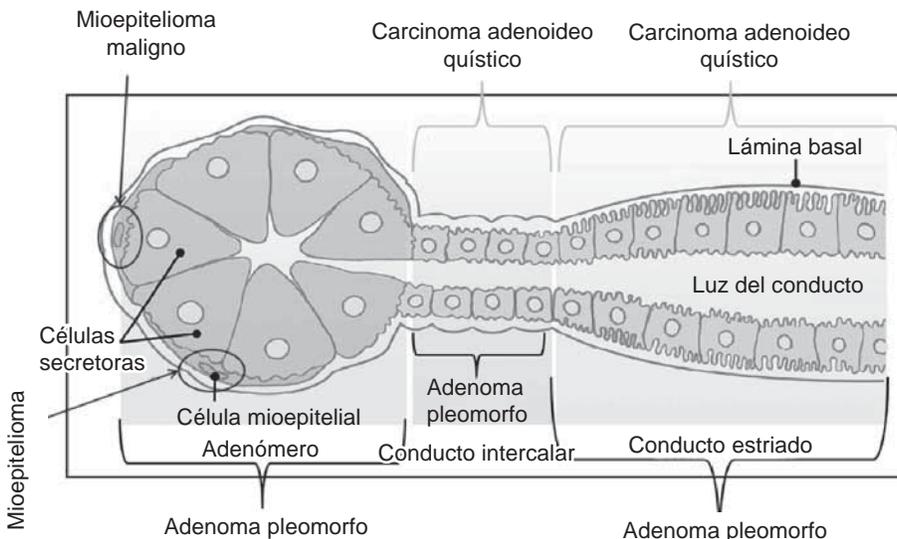


Figura 1. Glándula salival.⁷

estos patrones se expresan individualmente o en combinaciones (*Figura 2*).^{1,12,13}

Las células mioepiteliales son positivas a citoqueratina (CK), CK7 y 14; por lo que para su diagnóstico se realizan técnicas inmunohistoquímicas (Citoqueratina (CK), proteína S-100, proteína glial fibrilar (GFP) y calponina, lo cual no sólo es importante para diferenciarlo, sino también conocer su grado de agresividad para un pronóstico correcto (*Figura 3*).^{3,6,13}

La diferencia entre las enfermedades infecciosas y obstructivas de las glándulas salivales es que son dolorosas, mientras que los trastornos inmunológicos y neoplásicos son asintomáticos.

El término mioepitelioma fue usado por primera vez por Sheldon W.H. (1943), como neoplasia epitelial benigna que se caracteriza por estar compuesto principalmente por células mioepiteliales y fue en 1991 que el término fue incluido en la revisión de la clasificación de la OMS.^{1,12,14,15}

Las neoplasias compuestas casi exclusivamente por células mioepiteliales son poco comunes, representan menos del 1% de las neoplasias de glándulas salivales. El mioepitelioma tiene una estrecha relación con el adenoma pleomorfo, ya que ambas presentan en su conformación diferentes cantidades de células mioepiteliales, limitación periférica entre los componentes celulares así como del estroma mixovascular; sin embargo la primera mencionada se caracteriza por ausencia de diferenciación ductual, núcleos excéntricos, pérdida de aspecto fusiforme y/o presentando células mioepiteliales poligonales.¹⁵

En la revisión (Barnes L) de 40 casos previamente reportados, 21 casos (51%) presentan mioepiteliomas en la parótida; 11 (27%), en paladar; cinco (12%), en la glándula submandibular; dos en el labio y carrillo; y uno en el área retromolar.¹ Por su parte el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas

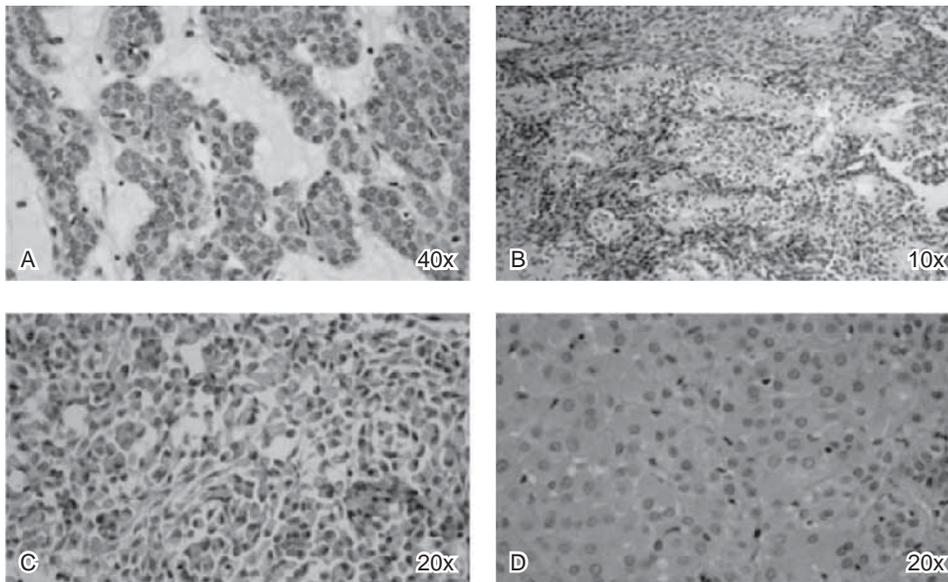


Figura 2. Células del mioepitelioma. **A)** Epiteliode. **B)** Forma ahusada clara. **C)** Plasmocitioide. **D)** Oncocítico.

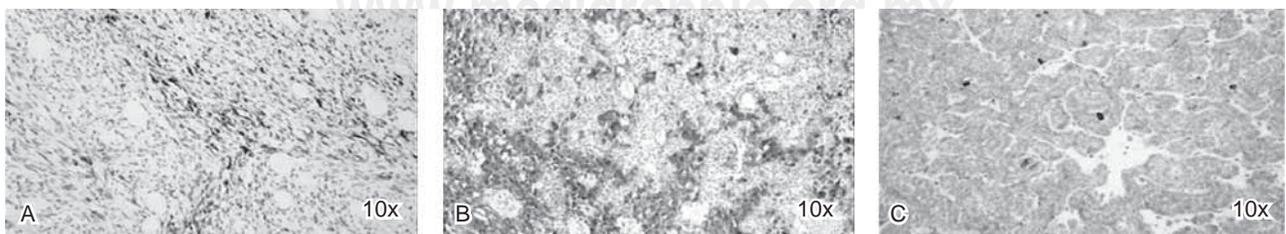


Figura 3. Inmunohistoquímica del mioepitelioma. **A)** Citoqueratina. **B)** Proteína S-100. **C)** Calponina.

(AFIP) reporta 21% de éstas, localizadas en parótida, 12% presentes en glándula submandibular y 67% en glándulas menores.³

El mioepitelioma compuesto por patrón celular ahusado es común en parótida, mientras que el plasmocitoides es característico en paladar; éstas forman parte de neoplasias que se desarrollan en glándulas menores, sin embargo es importante realizar técnica inmunohistoquímica para diferenciarlo de manera específica.³

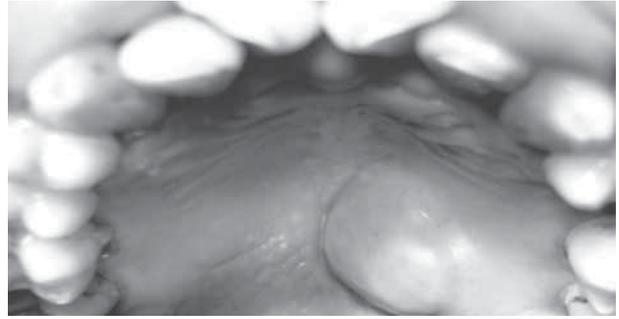
Así como el adenoma pleomorfo, el comportamiento a seguir para esta neoplasia es la enucleación y remoción quirúrgica total. La mayoría presenta un comportamiento benigno con poca tendencia a la recurrencia.^{3,6}

CASO CLÍNICO

Se presenta paciente masculino de 64 años de edad que acude por manifestar aumento de volumen en la parte posterior del paladar duro del lado izquierdo con dos años de evolución, asintomático, submucoso, de consistencia blanda, gomosa (resiliente), bordes bien definidos, base sésil, superficie lisa y del mismo color de la mucosa adyacente, no ulcerado, sin sangrado ni necrosis (*Figura 4*).

Los estudios radiográficos, ortopantomografía y radiografía oclusal, no muestran alteración estructural.

Se realiza la biopsia incisional de la lesión y el espécimen es enviado a estudio histopatológico con el diagnóstico clínico de probable adenoma pleomorfo.



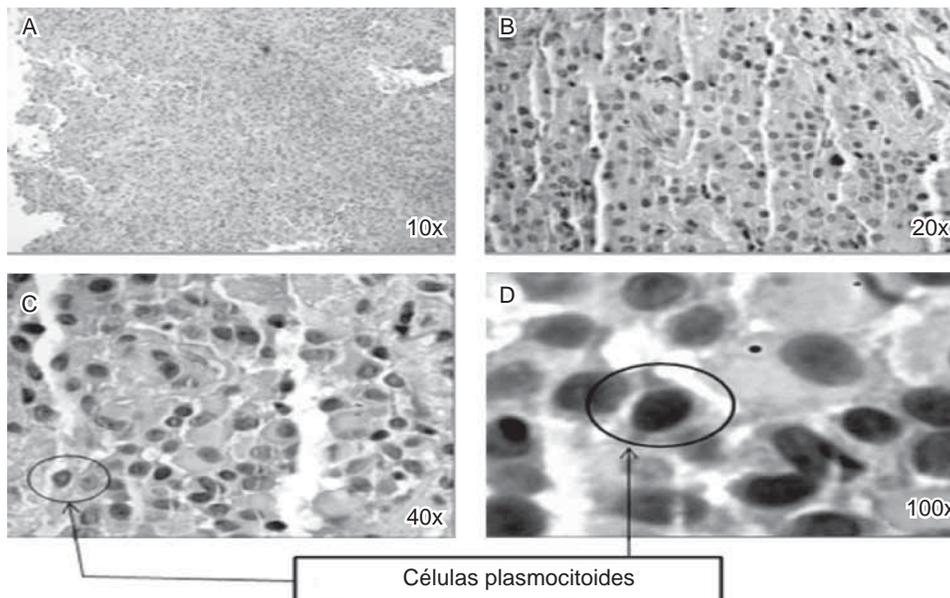
Fuente: Directa.

Figura 4. Aumento de volumen en paladar duro, base sésil, superficie lisa, bordes bien definidos, sin ulceración y color rosa pálido semejante a mucosa adyacente.



Fuente: Directa.

Figura 5. Descripción macroscópica.



Fuente: Directa.

Figura 6. A, B, C y D. Aspecto histopatológico a diferentes aumentos hematoxilina-Eosina.

En la descripción macroscópica se reciben fragmentos múltiples de tejido blando fijados en formalina de color café claro, forma y superficie irregular, de consistencia blanda que mide 0.9 x 0.8 x 0.3 cm, los cuales se incluyen en su totalidad (*Figura 5*).

Microscópicamente el espécimen examinado se encuentra encapsulado por un epitelio escamoso estratificado ortoqueratinizado; revestido en tejido conectivo fibroso denso muy vascularizado, tejido adiposo y glándulas salivales mucosas. Formado por células mioepiteliales poligonales con patrón plasmocitoide, con núcleos excéntricos y citoplasma hialinizado. Compatible con mioepitelioma.

DISCUSIÓN

Menos del 1% del total de neoplasias de glándulas salivales son mioepiteliomas. A pesar de su prevalencia que va de los seis a los 85 años de edad con predilección en la cuarta década de vida y sin preferencia de género, el reporte de este caso es de un paciente masculino que cursa en la sexta década de vida.

La literatura refiere la presencia de estas neoplasias principalmente en parótida como glándulas mayores y en mucosa del paladar correspondiente a glándulas menores; el presente caso es localizado en la parte posterior del paladar duro, correspondiendo a los registros como primer sitio en preferencia por la localización de mioepitelioma plasmocitoide (ya diferenciado con técnicas inmunohistoquímicas) en paladar duro.

Si bien, la literatura reporta reincidencia rara, resulta relevante la identificación fenotípica de células mioepiteliales de ésta para realizar diagnóstico diferencial contra adenoma pleomorfo y de esta manera reconocer el comportamiento de la neoplasia.

CONCLUSIONES

El presente caso de mioepitelioma con diferenciación plasmocitoide, refiere crecimiento lento y sin sintomatología que es característico de esta entidad. Es importante valorar e identificar el patrón citológico y fenotípico basado en técnica immuno-

histoquímica para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento, por lo que el pronóstico dependerá del tipo de lesión previamente identificada, precisando que las neoplasias de glándulas salivales menores presentan comportamiento distinto.

Las características histológicas conocidas: el diagnóstico diferencial contra adenoma pleomorfo, carcinoma adenoideo quístico, mioepitelioma maligno, leiomioma, así como leiomiosarcoma son imprescindibles para el reconocimiento del componente epitelial y muscular liso de ésta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barnes L, Evenson J. Head and neck tumours. Pathology and genetics. World Health Organization Classification of Tumours. Iarc Press. Lyon, 2005: 259-260.
2. Cesta GM, Bucci T, Navarro CC. Intraosseous myoepitheloma of the maxilla: Clinicopathologic features and therapeutic considerations. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2008; 66: 800-803.
3. Ellis LG, Auclair LP, Gnepp DR. Surgical pathology of the salivary glands. W.B. Saunders Company. USA. 1991: 132, 133, 165, 182-184.
4. Douglas P, Gnepp MD. Diagnostic surgical pathology of the head and neck. Saunders Company. USA. 2001: 357.
5. Kanazawa H, Furuya T. Plasmocytoid myoepithelioma of the palate. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery* 1999; 57: 857-860.
6. Bruce M, Wenig MA. Atlas of head and neck pathology. W.B. Saunders Company. USA. 1993: 297-298.
7. Politi M, Toro C, Zerman N. Myoepithelioma of the parotid gland: Case report and review of literature. *Oral Oncology Elsevier* 2005; 41: 104-108.
8. Yang S, Zong M. Clear cell myoepithelial carcinoma of minor salivary gland: a case report. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2010; 39: 292-307.
9. Yang S, Li Lu, Zeng M. Myoepithelial carcinoma of intraoral minor salivary glands: a clinicopathological study of 7 cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod* 2010; 110: 85-93.
10. Gómez ME, Campos A. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. Médica Panamericana México, D.F.
11. Yaman H, Gerek M. Myoepithelioma of the parotid gland in a child: a case report. *Journal of Pediatric Surgery* 2010; 45: E5-E7.
12. Simpson W. Myoepithelial tumours of the salivary glands. *Current Diagnosis Pathology* 2002; 8: 328-337.
13. Nikitakis GN, Argyris P. Oral myoepithelioma of soft tissue origin: Report of a new case and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010; 110: e48-e51.
14. Raspall G. Patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello. Panamericana. Madrid 1997: 456.
15. Cardesa A, Slootweg PJ. Pathology of the head and neck. Springer. Alemania. 2006: 140.