



caso clínico

DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Coello de la Cruz, L. Fernandez Cáliz, F. Esparza Gómez, G. Martínez-González, J. M. Barona Dorado, C. Diagnóstico precoz del carcinoma mucoepidermoide. A propósito de un caso clínico. *Cient. Dent.* 2020; 17; 1; 73-78



Coello de la Cruz, Laurent
Odontóloga. Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid.

Fernandez Cáliz, Fernando
Coordinador del Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid.

Esparza Gómez, Germán
Profesor titular de Medicina Bucal. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Martínez-González, José María
Profesor titular de Cirugía Maxilofacial. Facultad de Odontología. UCM.

Barona Dorado, Cristina
Profesora contratada. Doctora interna. Facultad de Odontología. UCM.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

Calle Pirra 44, Portal B,
Escalera 1, Puerta 9
28022 Madrid - España
l.coello@hotmail.com

Fecha de recepción: 10 de junio de 2019.
Fecha de aceptación para su publicación:
27 de marzo de 2020.

RESUMEN

El carcinoma mucoepidermoide (CME) se define como una neoplasia maligna epitelial de glándulas salivales, caracterizada histopatológicamente por la proliferación de células mucosecretoras, intermedias y epidermoides.

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, aunque también puede encontrarse a nivel del labio inferior, suelo de boca y trigono retromolar.

El objetivo de este trabajo es describir el caso de un paciente varón de 67 años que acudió al Servicio de Cirugía del Hospital Virgen de la Paloma, presentando una lesión localizada en el trigono retromolar derecho de aproximadamente 7 meses de evolución.

Su historial médico no refiere ningún antecedente personal ni familiar de especial importancia. En el examen clínico extraoral no se encontró ningún hallazgo patológico de interés, e intraoralmente presentaba una lesión tumoral con forma irregular y superficie lisa, localizada en el trigono retromolar derecho, de color rojo parduzco, de consistencia blanda y dolorosa a la palpación. Se solicitó radiografía panorámica en la cual no se observó ningún hallazgo patológico, por lo que se procedió a realizar una biopsia incisional para su estudio histopatológico.

La histopatología reveló la presencia de fragmentos con una proliferación neoplásica maligna en la que se reconocen células claras de aspecto mucoso, estructuras glandulares y otras con cierta disposición quística, al igual que la presencia de placas epiteliales de aspectos epidermoides, con células intermedias y un epi-

EARLY DIAGNOSIS OF MUCOEPIDERMOID CARCINOMA. CASE REPORT

ABSTRACT

Mucoepidermoid carcinoma (MEC) is defined as a epithelial malignant neoplasm of the salivary glands, characterised histopathologically by the proliferation of mucus-secreting, intermediate and epidermoid cells.

It appears in major salivary glands such as the parotid gland and when it affects the minor salivary glands, the palate is the most commonly affected site, although it can also be found at the level of the lower lip, floor of the mouth and retromolar trigone.

The objective of this paper is to describe the case of a male patient of 67 years of age who came to the surgical service, presenting a lesion located in the right retromolar trigone of approximately 7 months of evolution.

His medical history does not report any personal or family background of special importance. During the extraoral clinical examination, no pathological finding of interest was found; intraorally he presented a tumoral lesion with an irregular shape and smooth surface, located in the right retromolar trigone, of a dark red colour, soft consistency and tender to touch. A panoramic x-ray was requested in which no pathological finding was observed, for which reason an incisional biopsy was performed for its histopathological study.

The histology revealed the presence of fragments with a malignant neoplastic proliferation in which clear cells of a mucous appearance, glandular structures

telio mucoso superficial con paraqueratosis, obteniéndose finalmente un diagnóstico definitivo de CME.

El CME se considera una neoplasia maligna agresiva, que obliga a dar seguimiento a cualquier lesión sospechosa para poder descartar o corroborar esta entidad.

PALABRAS CLAVE

Glándulas salivales; Glándulas salivales menores; Trígono retromolar; Carcinoma mucoepidermoide.

and others with a certain cystic arrangement were recognised, as well as the presence of epithelial plaques of an epidermoid appearance, with intermediate cells and superficial mucous epithelium with parakeratosis, finally obtaining a definitive diagnosis of Mucoepidermoid carcinoma

MEC is considered an aggressive malignant neoplasm, which requires the monitoring of any suspicious lesion in order to be able to rule out or corroborate this entity.

KEY WORDS

Salivary glands; Minor salivary glands; Retromolar trigone; Mucoepidermoid carcinoma.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma mucoepidermoide (CME) es una neoplasia maligna epitelial de glándulas salivales que se produce por proliferación de células secretoras y representa del 10-15% de todas las neoplasias de glándulas salivales, 3-5% de neoplasias de cabeza y cuello, 22-30 % de neoplasias malignas de glándulas salivales¹. Ocurre con frecuencia en las glándulas salivales mayores, especialmente en la parótida, y cuando afecta a las menores aparece fundamentalmente en el paladar y la mucosa bucal.

En cuanto a la frecuencia de aparición, se observa que el género femenino es el más comúnmente afectado, en una relación de 3:2 y se presenta en pacientes con una media de edad de 45 años.

El hueso cortical de la mandíbula puede verse afectado de forma extrínseca en la zona donde el tumor establece el contacto y en raras ocasiones puede identificarse como una lesión intraósea total sin afectación de tejidos blandos. Esta entidad patológica inusual se denomina carcinoma mucoepidermoide central (CMC). Es una variante muy rara que representa el 2-4% de todos los casos y se produce entre la cuarta y quinta década de vida, especialmente en el maxilar de las mujeres, sin embargo, también se han informado casos en pacientes jóvenes menores de 18 años^{2,3}.

Histopatológicamente presenta células mucosecretoras, células intermedias y células epidermoides. Se clasifica dependiendo del componente quístico, invasión perineural, necrosis, actividad mitótica y pleomorfismo en tres 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 malignidad¹.

El diagnóstico diferencial de esta entidad debe realizarse con la sialometaplasia necrotizante del paladar, mucocele, papiloma invertido o cistoadenoma, cistoadenocarcinoma, carcinoma de células escamosas primario o metastásico y el adenocarcinoma pleomorfo de bajo grado^{4,1}.

El tratamiento depende de la localización, del grado histopatológico y el aspecto clínico. En general, se suele combinar la cirugía con la radioterapia. Cuando se presenta en glándulas salivales accesorias, se recomienda la escisión quirúrgica, dejando los márgenes libres de tumor¹.

El pronóstico depende de la etapa clínica, grado histopatológico y los márgenes quirúrgicos. Los pacientes con tumores de grado bajo o intermedio tienen un control local favorable y una supervivencia de manera uniforme. El alto grado histopatológico, etapa avanzada, invasión perineural y márgenes quirúrgicos positivos suelen relacionarse con peor pronóstico y menor supervivencia⁵⁻⁷.

La supervivencia a 5 años para el CME es de 50%, aumenta hasta un 90-100% en los de bajo grado de malignidad; en aquellos de alto grado de malignidad es de 26%, pudiendo existir un 50% de probabilidades de que presenten metástasis¹.

Ayudar a esclarecer el diagnóstico precoz y el tratamiento de esta patología, justifica la notificación de nuevos casos encontrados. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico que difiere en algunas características con respecto al modo de presentación más frecuente de este tipo de tumor glandular.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 67 años que acudió al Servicio de Cirugía del Hospital Virgen de la Paloma, presentando una lesión localizada en el trígono retromolar derecho de aproximadamente 7 meses de evolución. Refirió que trató la lesión inicialmente con enjuagues orales sin ningún tipo de prescripción médica, pues lo relacionó con roces derivados del uso de una férula de descarga y acudió porque la

lesión continuó creciendo, aunque lentamente. Su historial médico no refirió ningún antecedente personal ni familiar de especial importancia.

Durante el examen clínico extraoral no se encontró ningún hallazgo patológico de interés, e intraoralmente presentaba una lesión tumoral con forma irregular y superficie lisa, localizada en el trígono retromolar derecho, de color rojo parduzco, consistencia blanda y dolorosa a la palpación. El segundo molar inferior derecho no presentaba caries, ni movilidad, ni dolor a la percusión y tenía vitalidad positiva (Figura 1 y 2).

Se solicitó radiografía panorámica en la que se observó una ligera pérdida de la densidad ósea en la zona retromolar derecha no concluyente, ausencia de terceros molares retenidos y de imágenes que pudieran explicar la naturaleza infecciosa o inflamatoria de origen dental o periodontal, por lo que se procedió a realizar una biopsia para su estudio histopatológico (Figura 3).

Se realizó una biopsia de tipo incisional con anestesia infiltrativa de la zona, obteniendo una muestra con un punch de 3 mm (Figura 4). Se obtuvo un fragmento irregular, blanco-parduzco, que fue enviado al anatomopatólogo para su examen (Figura 5).

Los fragmentos analizados mostraron una proliferación neoplásica maligna en la que se reconocen células claras

de aspecto mucoso, estructuras glandulares y otras con cierta disposición quística, así como placas epiteliales de aspecto epidermoide con células intermedias. Entre los fragmentos neoplásicos se observó un infiltrado inflamatorio crónico linfocitario. También se hallaron elementos glandulares salivales mucosos sin alteraciones. El epitelio mucoso superficial mostró paraqueratosis (Figura 6).

El informe obtenido reveló el diagnóstico definitivo de CME caracterizado por proliferación sólida de diferenciación escamosa con focos de diferenciación luminal y en su interior secreción de mucina que caracteriza a este tipo de tumor.



Figura 3. Radiografía panorámica en la cual se observa ligera pérdida de densidad ósea en zona retromolar derecha, ausencia de terceros molares retenidos y de imágenes que puedan explicar naturaleza infecciosa o inflamatoria de origen dental o periodontal.



Figura 1. Lesión tumoral localizada en trígono retromolar derecho.



Figura 4. Biopsia incisional con punch de 3 mm.



Figura 2. Lesión tumoral de forma irregular, superficie lisa, color rojo parduzco, consistencia blanda y dolorosa a la palpación.



Figura 5. Obtención de la muestra biopsiada para su análisis anatomopatológico.

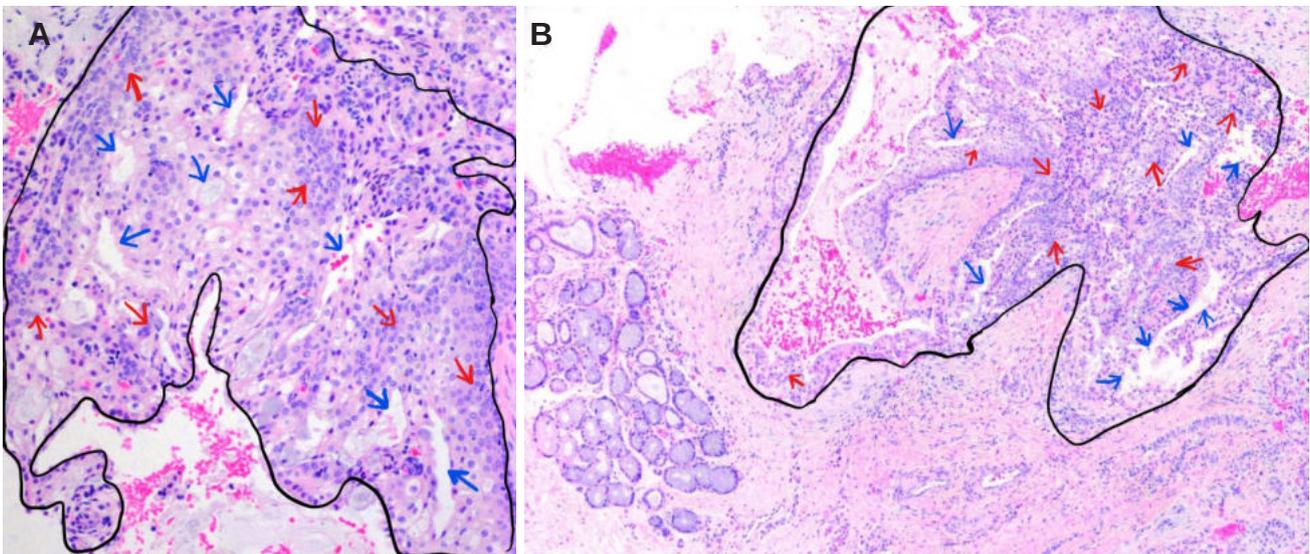


Figura 6. Fragmentos analizados que muestran proliferación sólida de diferenciación escamosa (flechas rojas), con focos de diferenciación luminal y en su interior secreción de mucina (flechas azules).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS DEL CME EN 10 CASOS CLÍNICOS.

AUTOR/ N°	AÑO	MASCULINO	FEMENINO	LOCALIZACIÓN	SÍNTOMAS	APARIENCIA RADIOLOGICA	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO
Devaraju R y cols., ⁸	2014	1	0	TRÍGONO RETROMOLAR DCHO	AUMENTO DE VOLUMEN + DOLOR	NEGATIVA	QUIRÚRGICO	8 MESES/ SIN RECURRENCIA (Bajo seguimiento actualmente)
Kumar R y cols., ⁹	2017	0	1	PALADAR	AUMENTO DE VOLUMEN	-	QUIRÚRGICO	-
Rubin A y cols., ¹⁰	2017	0	1	LENGUA	AUMENTO DE VOLUMEN	NEGATIVA	QUIRÚRGICO + QUIMIOTERAPIA (NEOPLASIA PULMÓN)	-
Gómez M y cols., ¹¹	2016	1	0	PALADAR BLANDO (unión paladar duro y blando)	AUMENTO DE VOLUMEN	RADIODENSIDAD	REMITIDO	-
Del Corso G y Cols ³	2015	0	1	PALADAR	AUMENTO DE VOLUMEN + DOLOR	RADIOTRANSAPARENCIA MULTILOCULAR	QUIRÚRGICO	7 AÑOS / SIN RECURRENCIA
Ávila E R y Cols ¹²	2015	0	1	BASE DE LA LENGUA	AUMENTO DE VOLUMEN	-	QUIRÚRGICO + RADIOTERAPIA (Abandona el Tto de radioterapia)	MUERTE A LOS 5 MESES
Martelucci S y cols., ¹³	2013	0	1	BASE DE LA LENGUA (LINEA MEDIA)	EMOPTISIS, SIALORREA, DISFAGIA	-	RECHAZÓ TTO.	-
Moreno-Alba M y cols., ¹⁴	2012	0	1	PALADAR	AUMENTO DE VOLUMEN + DOLOR	NEGATIVA	QUIRÚRGICO	-
Santos T S y cols., ¹⁵	2012	1	0	PALADAR DURO	DOLOR + ULCERACIÓN	NEGATIVO	QUIRÚRGICO	-
Tinoco P y cols., ¹⁶	2009	0	1	MUCOSA VESTIBULAR (FOSA CANINA)	AUMENTO DE VOLUMEN + SANGRADO	-	QUIRÚRGICO + RADIOTERAPIA	MUERTE A LOS 4 MESES

DISCUSIÓN

Debido a las características clínicas del CME cuando se presenta en cualquier parte de la cavidad oral con facilidad puede llegar a confundirse con patologías de origen dental o periodontal. Por tanto, las neoplasias de glándulas salivales deben permanecer en el diagnóstico diferencial ante cualquier lesión de la mucosa oral, ya que cuando son malignas pueden llegar a comprometer la integridad y la vida del paciente.

Dentro de la literatura revisada se analizaron distintas variables: sexo, localización, síntomas, apariencia radiológica, tratamiento y aparición de recurrencias (Tabla 1).

Los resultados obtenidos mostraron que este carcinoma afecta a individuos de ambos sexos con una ligera predilección por el sexo femenino, cuando afecta a las glándulas salivales mayores, la más afectada es la parótida, y cuando aparece en las menores el sitio más comúnmente afectado es el paladar, siendo el síntoma con el que debuta la inflamación. Radiológicamente suele presentarse con una imagen de radiotransparencia multilocular generalmente en la variante CMC y en el caso de CME la imagen radiográfica es negativa.

El tratamiento, en prácticamente todos los casos, es quirúrgico acompañado o no de radioterapia^{3, 8-12, 16}.

De todos los casos clínicos consultados, solo el que presentan Devaraju y cols.,⁸ en 2014 tiene las mismas características que el caso clínico presentado, lo que demuestra lo infrecuente de esta entidad en esta localización.

El grado histopatológico define en gran medida la evolución, el tratamiento y el pronóstico del CME⁹ (Tabla 2).

Aunque existe un consenso respecto al curso indolente de los CME de grado intermedio y bajo, cuando el diagnóstico se realiza en etapas tempranas, Chiu y cols.,¹⁷ en 2011, presentaron un caso clínico de un CMC, con metástasis a distancia en pulmón y cerebro lo que demuestra el carácter agresivo que puede llegar a exhibir este tumor.

Tinoco y cols.,¹⁶ publicaron en 2009 un caso clínico de CME de glándulas salivales menores a nivel de la fosa canina superior derecha de aproximadamente 6 meses de evolución, pero con un crecimiento muy rápido y agresivo

TABLA 2. TABLA QUE MUESTRA LAS DIFERENTES CARACTERÍSTICAS SEGÚN EL GRADO DE MALIGNIDAD DEL CME.

CME GRADO MALIGNIDAD	
ALTO GRADO MALIGNIDAD	BAJO GRADO MALIGNIDAD
Lesión tumoral de CRECIMIENTO RÁPIDO	Lesión tumoral de CRECIMIENTO LENTO
INDOLORO	INDOLORO
INVASIVO	NO INVASIVO
METASTASIS A DISTANCIA (Ganglios linfáticos, pulmón y hueso)	NO METÁSTASIS
HISTOLOGÍA: CELULAS ESCAMOSAS	HISTOLOGÍA: CELULAS MUCOSAS
SUPERVIVENCIA: de 5 - 15 ^a es de 25 - 50%	SUPERVIVENCIA: de 5 - 15 ^a es de 50 - 70%

que unido al abandono del tratamiento de radioterapia acabó con la vida del paciente cuatro meses más tarde.

CONCLUSIÓN

El CME se considera una neoplasia maligna agresiva, que obliga a dar seguimiento a cualquier lesión sospechosa para poder descartar o corroborar esta entidad, por lo que se sugiere que ante lesiones con sospecha de esta posible patología se establezca una metodología que permita un diagnóstico preciso, un examen radiográfico meticuloso, pruebas de vitalidad que descarten la afectación dentaria de origen infeccioso de los dientes vecinos a la lesión y, en aquellos casos en los que por sus características clínicas y evolución se tenga una evidente sospecha de malignidad, realizar una biopsia y estudio histopatológico.



BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández Granados R, Mérida Méndez C, Guarneros López P, Aldape-Barrios B. Carcinoma Mucoepidermoide. *Rev ADM* 2010; 67(4): 181-4.
2. Chuan-Xiang Z, Xin-Ming C, Tie-Jun L. Central mucoepidermoid carcinoma: A clinicopathologic and immunohistochemical study of 39 Chinese patients. *Am J Surg Pathol* 2012; 36(1): 18-26.
3. Del Corso G, Pizzigallo A, Marchetti C, Tarsitano A. Central mucoepidermoid carcinoma in a young patient: A case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol* 2016; 28: 61-5.
4. Ata N, Unverdi H. Parotid mucoepidermoid carcinoma mimicking a large mucocele. *J Craniofac Surg* 2018; 29(3): 1.
5. Ellis MA, Graboyes E M, Day T A, Neskey D M. Prognostic factors and occult nodal disease in mucoepidermoid carcinoma of the oral cavity and oropharynx: An analysis of the National Cancer Database. *Oral Oncol* 2017; 72: 174-78.
6. Liu S, Ow A, Ruan M, Yang W, Zhang C, Wang L, Zhang C. Prognostic factors in primary salivary gland mucoepidermoid carcinoma: An analysis of 376 cases in an Eastern Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2014; 43: 667-73.
7. McHugh C H, Roberts D B, El-Naggar A K, Hanna E Y, Garden A S, Kies M S, Weber R S, Kupferman M E. Prognostic factors in mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands. *ACS J* 2012; 118(16): 3928-36.
8. Devaraju R, Gantala R, Aitha H, Gotoor S G. Mucoepidermoid carcinoma. *BMJ Case Rep* 2014 doi: 10.1136/bcr-2013-202776.
9. Kumar R, Natarajan, Sneha K S, Chitra N S, Boaz K, Manaktala N. Oncocytes in mucoepidermoid carcinoma of the palate: Diagnostic challenges. *Case report. Case Rep Dent* 2017 doi: 10.1155/2017/5741821.
10. Rubin A, Davis J, Jreije K, Wu, Oppenheimer R. Case Report: Recurrent mucoepidermoid carcinoma of the tongue in adult female patient with lung cancer. *Clin Med Insights Ear Nose Throat* 2017; 10: 1-4.
11. Gómez M, Figueiras M, Aguilar J D. Carcinoma Mucoepidermoide de glándulas salivales: Reporte de caso. *Pontificia Universidad Javeriana* 2015.
12. Ávila E R, Samar M E, Corball A, Fonseca I B. Carcinoma Mucoepidermoide de la base de la lengua: Presentación de dos casos de localización infrecuente. *Rev Latinoam Patol* 2015; 53 (4): 207-211.
13. Martellucci S, Pagliuca G, Vincentiis M, Rosato C, Scaini E, Gallipoli C, Gallo A. Mucoepidermoid Carcinoma of the Tongue Base Mimicking an Ectopic Thyroid. *Case Report. Case Rep Otolaryngol* 2013; doi: 10.1155/2013/925630.
14. Moreno-Alba M A, López Verdín S, Bologna-Molina R. Carcinoma mucoepidermoide en paladar: reporte de un caso. *Tamé* 2012; 1(2): 41-4.
15. Santos T S, Melo D G, Andrade E S S, Silva D O E, Gomes C A A. Carcinoma mucoepidermoide no palato: relato de caso. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxillofac* 2012; 53(1): 29-33.
16. Tinoco P, Oliveira J C, Lourenço R C, Ca-jubá T S, Mameri B, Carrara V L, Godoy S M F. Mucoepidermoid carcinoma of minor salivary glands. *Intl Arch Otorhinolaryngol* 2011; 15(1): 99-101.
17. Chiu G A, Woodward R T, Benatar B, Hall R. Mandibular central mucoepidermoid carcinoma with distant metastasis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2012; 41(3): 361-63.