

CASOS CLÍNICOS

Carcinoma mucoepidermoide central: reporte de un caso

Dra. Marcia B. Cruz Villca*, Dr. Huáscar Aillón López. **, Dr. Carlos Trujillo.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente que acudió a la Unidad de Estomatología y Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital de Clínicas de La Paz, por dolor tipo urente y lesión ulcerosa en reborde alveolar mandibular izquierdo de aproximadamente 6 meses de evolución; fue sometido a biopsia excisional bajo anestesia general para su respectivo estudio histopatológico, mismo que reporta CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE CENTRAL. La baja frecuencia de esta entidad tumoral maligna motiva su presentación y revisión bibliográfica.

PALABRAS CLAVE

Rev. Cuadernos 2007: 52 (1): 87 - 89 / Carcinoma mucoepidermoide central. CA oral.

ABSTRACT

We present the case of a patient who consulted with the Unit of Stomatology and Bucomaxilofacial Surgery of the Hospital de Clínicas in La Paz. The patient referred burning pain and an ulcerous lesion on the left alveolar edge of the mandibula of approximately 6 months evolution. The patient was submitted to an excision biopsy under general anaesthesia for the respective histopathological examination. The result showed CENTRAL MUCOEPIDERMOID CARCINOMA. Given the low frequency of this malignant tumour, we were motivated to present this case with a bibliographic review.

KEY WORDS

Central Mucoepidermoid Carcinoma, oral CA

INTRODUCCIÓN

El Carcinoma Mucoepidermoide es un tumor epitelial maligno de glándulas salivales. Fue estudiado y descrito por primera vez por Stewart, Foote y Becker en 1945; representa el 10% de los tumores de todas las glándulas salivales, el 15 al 21% de los tumores de las glándulas salivales menores y en baja frecuencia tiene una ubicación intraósea (huesos maxilares), denominándose de esta manera carcinoma mucoepidermoide central.¹

Este tipo de tumor central localizado en los maxilares es una entidad reconocida. Briwand y Waldron señalaron nueve casos y examinaron los 41 casos publicados con anterioridad. Gran parte de estas lesiones se han presentado en la mandíbula, aunque algunos se han desarrollado en el maxilar superior.¹

CRUZ M, AILLÓN H, TRUJILLO C.

Tiene igual distribución en ambos sexos y es más frecuente en la tercera hasta la quinta década de la vida, de la misma manera como se comportan los tumores de ubicación glandular.^{1,2}

Se han propuesto varias teorías que explican la presencia de la lesión dentro de los maxilares y se ha sugerido que pueden originarse a partir de:

- Atrapamiento de las glándulas mucosas de retromolares dentro de la mandíbula, la cual en forma subsecuente sufre una transformación maligna.
- Remanentes embrionarios de la glándula submaxilar que están incluidos o se incluyen durante su desarrollo dentro de la mandíbula.
- Transformación neoplásica de las células secretoras de moco que por lo común se encuentran en el revestimiento epitelial de los quistes dentígeros que están asociados a los terceros molares incluidos.

Es difícil explicar su localización en el maxilar superior, pero se piensa que se origina del revestimiento del seno maxilar y que invade el hueso alveolar.

*Residente II de Cirugía Bucomaxilofacial Hospital de Clínicas.
Correo electrónico: m_cruz_v@hotmail.com

**Residente III de Cirugía Bucomaxilofacial Hospital de Clínicas.

***Jefe de Anatomía Patológica del IGBJ.

Respecto a las características clínicas se menciona que tiene predilección por el área premolar y molar (3^{er} molar inferior mayormente) y no se extiende en sentido anterior por debajo de la región premolar. Se detectan debido a una expansión ósea y aumento de tamaño del hueso y radiográficamente como radiotransparencias uniloculares y multiloculares. A menudo se asocia a un diente impactado, lo que sugiere cierta relación con el tejido odontógeno. A diferencia con otros tumorales malignos intraóseos de los maxilares, el Carcinoma Mucoepidermoide Central no suele producir parestesias.³

Histológicamente presentan los mismos grados que los tumores de las glándulas salivales mayores y menores y son tres según el tipo de célula presente (células mucosas, epidermoides e intermedias):^{2,4,6,7,8,9}

- a) **Tumores de grado bajo de malignidad** donde están presentes los tres tipos de células, aunque las predominantes son las mucosas, además presentan formaciones prominentes de espacios quísticos y atipia celular mínima.^{2,4,6,7,8,9}
- b) **Tumores de alto grado de malignidad** consisten en islas sólidas de células escamosas e intermedias, que pueden mostrar un considerable pleomorfismo y actividad mitótica, las células productoras de moco son escasas y algunas veces se tiene dificultad para distinguirlas de un Carcinoma epidermoide. En estos casos se aconseja la utilización de coloraciones especiales que pongan de manifiesto la **mucina** producida por las glándulas salivales, tal como es mucicarmin o la coloración de PAS.^{2,4,6,7,8,9}
- c) **Los tumores de grado intermedio** muestran características que corresponden a neoplasias de bajo grado de malignidad. La formación de espacios quísticos está presente pero son menos prominentes que en los de bajo grado, hay predominio de células intermedias, pudiéndose observar en algunas, atipia celular.^{2,4,6,7,8,9}



Fig.1 Lesión intraoral

El tratamiento del Carcinoma Mucoepidermoide depende de la localización, grado histopatológico y estadio clínico del tumor; generalmente se realiza escisión quirúrgica y radioterapia según el grado de malignidad. Frecuentemente presentan metástasis regional.⁴

La supervivencia de 5 años es del 95% y se asocia con los tumores de bajo grado de malignidad, para los de alto grado de malignidad la tasa es de 40%. El porcentaje más alto de cura del Carcinoma Mucoepidermoide es de 25% o menos; otros autores citan 10% de recidiva en los pacientes con tumores bien diferenciados.⁵

CASO CLÍNICO

Varón de 83 años de edad, natural de la Provincia Larecaja y residente de la ciudad de El Alto, que acude a la Unidad de Estomatología y Cirugía Bucocomaxilofacial del Hospital de Clínicas La Paz, por presentar *dolor tipo urente, presencia de lesión ulcerosa* en reborde alveolar mandibular izquierdo y aumento de volumen en surco vestibular inferior de mismo lado, de 6 meses de evolución aproximadamente. Como antecedente personal de importancia masticar coca todos los días desde su juventud.

Al examen físico general, regular estado general, orientado en las tres esferas; piel y mucosas húmedas, normocoloreadas, funciones vitales estables. El examen intraoral muestra lesión ulcerosa de bordes eritematosos y mal definidos en reborde alveolar inferior izquierdo de aprox. 1cm. de diámetro (Fig. 1), dolor al tacto a ese nivel, aumento de volumen en surco vestibular de dicha zona, indurado, ligeramente doloroso a la palpación profunda, desdentado total. Ganglios no palpables, resto sin alteraciones aparentes.

Los reportes de exámenes complementarios solicitados se encuentran dentro de parámetros normales; en las radiografías periapical y panorámica se evidencia imagen radiolúcida a nivel molar inferior izquierdo, con

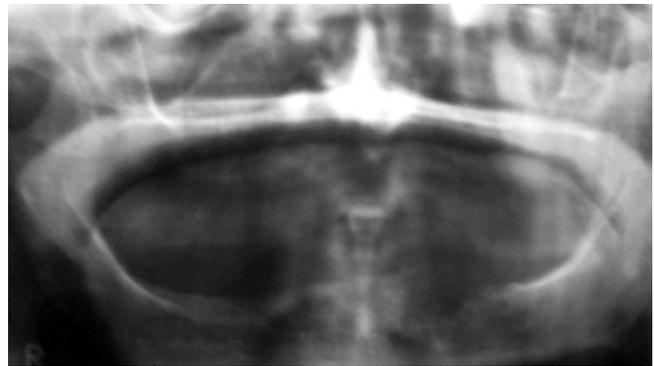


Fig. 2 Rx panorámica

bordes indefinidos. (Fig. 2)

Se realiza biopsia excisional bajo anestesia general para estudio histopatológico el mismo que revela tumor formado por lóbulos, nidos y cordones de patrón escamoso bien diferenciado con ocasional mitosis anormal. Zonas de patrón glanduloide con conductos irregulares con epitelio cuboide, de células malignas, citoplasma eosinófilo y grupos de células con citoplasma vacuolado, en algunos sitios con aspecto de células de Goblet, ambos con núcleos pleomorfos, hiper cromáticos, nucleolos prominentes y rara mitosis anormal. Reacción fibrosa del estroma con rica vascularización e inflamación crónica activa inespecífica. Hay infiltración perivascular y perineural leve. Concluyéndose con el diagnóstico de *carcinoma mucoepidermoide central*. (Fig.3).

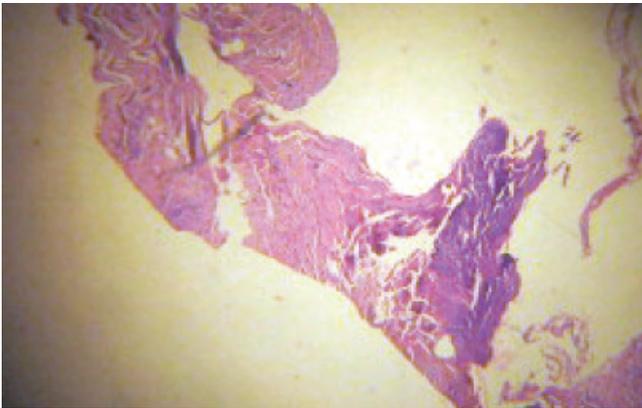


Fig. 3 Imagen histopatológica.

Con el resultado histopatológico se decide continuación de tratamiento con Radioterapia posquirúrgica tomando en cuenta la edad de paciente.

A los 2 meses y medio paciente acude a consultorio externo de nuestra Unidad donde se evidencia recidiva del tumor al no continuar con tratamiento radioterapéutico por factor económico.

DISCUSIÓN

Se considera al carcinoma mucoepidermoide central es una patología oncológica infrecuente, con manifestaciones clínicas y radiológicas poco específicas según menciona la literatura y cuyo diagnóstico exacto es histopatológico. En nuestro medio esta neoplasia también es muy infrecuente, al presentarse en una edad tardía se concluye que el tratamiento quirúrgico debe ser acompañado del radioterapia, pero por razones de carácter socio-económico y al estar asintomático los paciente no cumplen con ambas medidas terapéuticas, razón por la cual se produce recidivas llevando incluso a la muerte. Tal es la situación del caso clínico presentado, el mismo que muestra recidiva a los 2 meses y medio del postoperatorio, encontrándose el paciente en ese tiempo de evolución muy sintomático, motivo por el cual decide continuar con tratamiento radioterapéutico, pero no toma en cuenta que los resultados no serán tan efectivos como cuando hubiera recibido inmediatamente el citado tratamiento después de confirmado el diagnóstico, situación muy preocupante que impacta en la alta tasa de mortalidad.

REFERENCIAS

1. Shafer W., Levy B. Tumores de las Glándulas Salivales. Saber W, Hine M, Levy B, Edit. Shafer W. Levy B. *Tratado de Patología Bucal*. 4ª edición, Mexico D.F. Interamericana S. A. 2001. 233-261.
2. Raspall G. Glándulas Salivales. Dias H. Edit. *Cirugía Maxilofacial Patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello*. Madrid España. Editorial Médica Panamericana. 1997. 439-465.
3. Norman K., Goaz P., Sawyer D. Lesiones Negras, Azuladas o marrones intraorales. Norman K., Goaz P. Edit. *Diagnostico diferencial de Lesiones orales y Maxilofaciales*. Madrid España. Harcourt Brace. 1998. 182-208.
4. Philip S. Tumores Malignos de las Glándulas Salivales. Philip S. Eversole L, Wysocki G. Edit. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Madrid España. Editorial Harcourt Brace. 1998. 340-356.
5. Izquierdo M. Patología de las Glándulas Salivales. Baladrón J, Clavero A, Granizo R., Monje F, Morillo A. Edit. *Cirugía Oral y Maxilofacial*. España. Editorial LITOFINER. 1997. 1001-1043.
6. Lucas R, Thackray A. The Mouth and Salivary Glands, Symmers W. Ed. *Systemic Pathology. Second Edition Vol 3*. Edinburgh London and New York 1978. 926-970.
7. Vickers R, Gorlin R. Face, lips, teeth mouth, jaws, salivary glands. Anderson W. Kissene J. Eds. *Pathology*. 7ª Ed. Volume two. United States of America. The Mosby C. Company. 1977. 1231-1276.
8. Ackerman L. Mandible and Maxilla. Ackerman L, Rosai J Eds. *Surgical Pathology. Fifth Edition*. United States of America. The Mosby C. Company. 1974. 158-177.
9. Lingen M, Kumar V. Cabeza y cuello. Kumar, Abbas, Fausto Eds. Robbins y Cotran. s. *Patología. Estructural y Funcional*. 7ª Edición. Madrid España. Editorial EDIDE S.C. 2005. 777-799.