

Carcinoma mucoepidermoide palatino de bajo grado de malignidad en adolescente

Adolescent's low grade malignant Mucoepidermoid Carcinoma of the Palatine.

Johnatan Zambrano Trespalcacios¹, [Erich Bayron López Aparicio](#)², [Jonathan Harris Ricardo](#)³, [Reinhard Rodríguez Schotborgh](#)⁴, [Cesar Redondo Bermúdez](#).⁵

RESUMEN

Recibido para publicación:

Septiembre 22 de 2018

Aceptado para publicación:

Diciembre 6 de 2018

Publicado en:

Diciembre de 2018

Como citar este artículo:

Zambrano J, López E, Harris J, Reinhard S, Redondo C. Carcinoma mucoepidermoide palatino de bajo grado de malignidad en adolescente. Rev CSV 2018; 10 (2):73-82. DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.22519/21455333.1141>

Introducción: el carcinoma mucoepidermoide es el tumor más frecuente de glándulas salivales, siendo el paladar el sitio de mayor afección y de menor frecuencia en edades tempranas. Se categorizan histopatológicamente en bajo y alto grado, basados en la formación de quistes, atipia celular y número de células mucosas, epidermoides e intermedias. En el primero de estos se presenta la formación de quistes, atipia celular mínima y muestra los tres tipos de células, predominando las células mucosas. El pronóstico es favorable, pero puede diseminarse hacia otros tejidos, mostrando un comportamiento más agresivo. **Objetivo:** el objetivo de este artículo es reportar un caso clínico de un adolescente con carcinoma mucoepidermoide palatino de bajo grado, en el que se describen sus características clínicas e importancia del estudio histopatológico.

Palabras claves: Carcinoma mucoepidermoide, paladar, histología. (DECS)

¹ Odontólogo. Residente de Estomatología y Cirugía Oral. Universidad de Cartagena, Colombia. Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena. Barrio Zaragocilla Campus de la Salud. Cartagena. D.T. y C. Colombia. Correo electrónico: izambranot@unicartagena.edu.co; teléfono móvil: 3007333620

² Odontólogo. MSc. en Departamento de Cirugía. Universidad de Cartagena, Colombia.

³ Odontólogo. MSc. Departamento de Cirugía. Corporación Universitaria Rafael Núñez Cartagena, Colombia.

⁴ Médico. Residente de Patología. Universidad de Cartagena, Colombia.

⁵ Médico. Patología. Universidad de Cartagena, Colombia

ABSTRACT

Background. Mucoepidermoid carcinoma is the most frequent tumor of salivary glands, being the palate the part with greater affection and less frequency at early ages. They can be histopathologically categorized as low or high grade based on cyst formation, cellular atypia and number of mucous, epidermoid and intermediate cells. In low-grade Mucoepidermoid carcinoma, the cyst formation, minimal cellular atypia and three types of cells are present but composed predominantly of mucous cells. It has an optimistic prognosis, but it can spread to other tissues, showing more aggressive behavior. **Objective.** The objective of this article is to report an Adolescent's low-grade malignant Mucoepidermoid Carcinoma of the Palatine clinical case, describing clinical characteristics and the importance of the histopathological study.

Keywords: *Carcinoma mucoepidermoid, palate, histology.* (MeSH)

INTRODUCCIÓN

El carcinoma mucoepidermoide (CME) es una neoplasia epitelial maligna formada por una proporción variable de células tumorales mucinosas, intermedias y escamosas que forman patrones quísticos, afecta glándulas salivales menores y mayores, puede ser de bajo, intermedio y alto grado de malignidad, según las características morfológicas y citológicas (1).

El CME representa aproximadamente 10-15% de todas las neoplasias de glándulas salivales, en el 35% de los casos afecta el paladar, no presenta predisposición racial, se le encuentra con mayor frecuencia entre la cuarta y la sexta décadas de vida, siendo muy raros en la niñez y adolescencia (2). La etiología es desconocida, puede estar asociado con factores genéticos, el hábito fumar, el trauma local crónico y la radioterapia de baja dosis utilizada en trastornos benignos como el acné o las lesiones obstructivas del tejido linfóide en la cavidad oral o la nasofaringe es un factor involucrado en la génesis de la neoplasia. (3)

La presentación clínica varía según el sitio, el tamaño y el grado del tumor, las lesiones son nodulares, consistentes, fluctuantes y fijas, de superficie lisa, evolucionan lentamente, generalmente asintomática, de tamaños variables, pueden ulcerarse y provocar parestesia, la coloración varía de azul a púrpura y puede simular un mucocele (3,4).

El estudio histopatológico es muy importante, en el que se identifican células mucosecretoras, epidermoides, intermedias, columnares o transparentes, que proliferan solas o en diferentes combinaciones, en un patrón quístico o sólido, la patología anatómica muestra que están parcialmente encapsulados, su malignidad se determina de acuerdo a una graduación histológica, teniendo en cuenta el

componente quístico, la invasión neural, la necrosis, la actividad mitótica y el pleomorfismo (5).

El CME se clasifica en tres grados de malignidad como el de bajo grado, cuando la atipia celular es mínima, la formación quística es prominente, la proporción de células mucosas es alta y está bien circunscrito (6), la Organización Mundial de la Salud reportó que el CME de grado bajo muestra estructuras quísticas recubiertas con células mucinosas, escamosas e intermedias con núcleos ligeramente atípicos y baja actividad mitótica, el tejido conectivo adyacente sin invasión perineural (7).

En el CME de grado intermedio, están presente los tres tipos de células, pero las células intermedias prevalecen, son menos circunscritas y muestran una diversidad de apariencias, incluida la extravasación de mucina y el de alto grado cuando hay anaplasia nuclear, aumento de la tasa mitótica, considerable pleomorfismo, actividad de células mucosas y alta proporción de células escamosas de crecimiento rápido (6).

El diagnóstico se basa en una asociación entre los hallazgos clínicos y las pruebas complementarias que incluyen imágenes diagnósticas, biopsia por aspiración y el examen histopatológico (3). El tratamiento depende de la localización, del grado histopatológico y el aspecto clínico, consiste en la extirpación de la lesión con margen de seguridad, posiblemente la radioterapia postoperatoria. La disección radical del cuello también se realiza en pacientes con evidencia clínica de metástasis y en casos altamente malignos (3).

El propósito del presente trabajo fue describir los aspectos histológicos del carcinoma mucoepidermoide de bajo grado en un joven, localizado en el paladar.

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 18 años de edad, remitida al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario del Caribe por presentar lesión tumoral en paladar; en la anamnesis la paciente manifestó que no presentar antecedentes personales y familiares relevantes para el caso, en la revisión por sistemas no presentó alteraciones, ni adenopatías en cuello. En el examen clínico intraoral presento lesión tumoral en tercio medio y posterior de paladar duro del lado izquierdo, comprometiendo paladar blando, pero sin sobrepasar línea media, de color rojo-violáceo, consistencia firme, base sésil, de aproximadamente 4.5cm x 3cm de diámetro, con sintomatología dolorosa moderada y odontalgia en premolares ipsilaterales, con tiempo de evolución de 2 años (**Figura 1**).



Figura 1. Aspecto clínico de Lesión tumoral en paladar

Al estudio imagenológico con resonancia magnética, se observó imagen de lesión tumoral sólida originada en el tercio posterior del paladar blando a la izquierda y en vecindad de la arcada dental superior vecina, de contornos lobulados, de 2.4 x 2.3 x 1.6cm en sus diámetros anteroposterior, transversal y craneocaudal. Su contorno superior se proyectó a fosa nasal y hace contacto con piso de antro maxilar ipsilateral.

De acuerdo a las características clínicas e imagenológicas se establece como impresión diagnóstica adenoma pleomorfo. Se procede a toma de biopsia incisional de la lesión y se envió a estudio histopatológico, el cual reportó presencia de múltiples espacios quísticos revestidos por células en anillo, secretoras de moco y células ductales cilíndricas, con focos de tejido conjuntivo, con predominio de células mucosas, separados por un estroma fibroso maligno, con tejido marginal e infiltrado linfocitario, compatible con carcinoma mucoepidermoide.

Se realizaron estudios imagenológicos complementarios, para descartar compromiso de ganglios linfáticos o diseminación a otras partes del cuerpo, con resultados negativos y estadificación TNM de T:2-N:0-M:0, se decidió realizar tratamiento quirúrgico y manejo posquirúrgico con el servicio de oncología para terapia adyuvante.

Se realiza la escisión total de la lesión, bajo anestesia general con un margen de seguridad de 1cm, luego levantamiento de colgajo de espesor total, irrigación profusa con solución salina y legrado de la zona (Figura 2), se toman puntos de sutura con ácido poliglicólico 3-0 en la zona de paladar blando y mientras que la zona de paladar duro desepiteliada queda expuesta para que cicatrice por segunda intención, se aplicó cemento quirúrgico (coe-pak) sobre la zona intervenida, manteniéndolo en su posición con un tutor acetato semiflexible de espesor 0,6. Se envió el espécimen a estudio histopatológico rotulado en un frasco con formol al 10%.

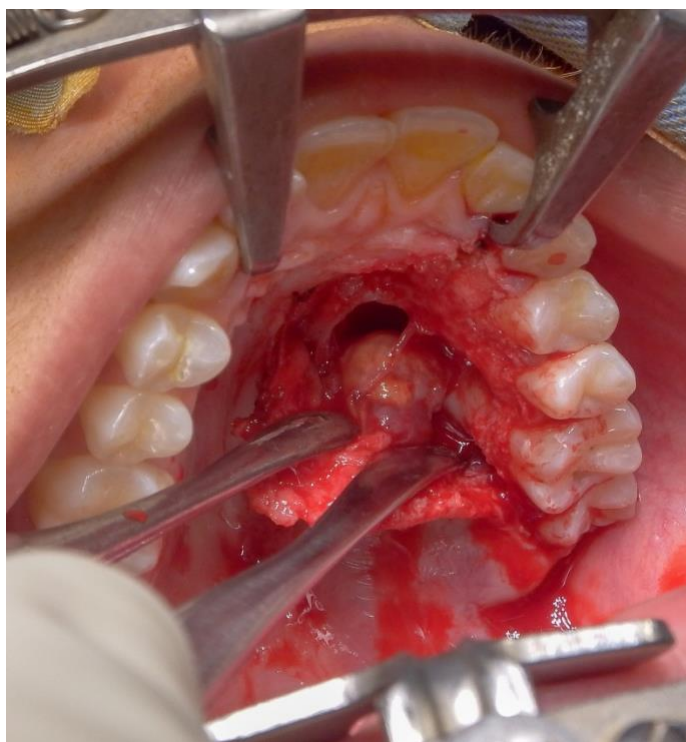


FIGURA 2. Escisión total de la lesión

En el análisis histopatológico se observó que en el corte a 4x, mostró una lesión epitelial compuesta por células basaloides de bordes bien delimitados, rodeada de acinos mucosos (Figura 3), mientras que a 10 x, células basaloides, intermedias y escamosas, dispuestas en patrón lobulado delimitado por septos de tejido fibroconectivo, el interior de la lesión presenta estructuras quísticas con material mucinoso en su interior (Figura 4), a 40x lesión compuesta por células de citología blanda, con núcleos de cromatina regular sin nucléolo conspicuo, con citoplasma eosinófilo de bordes intercelulares bien definidos, la actividad mitótica es escasa, mostrando focos de queratinización individual (Figura 5), el estudio inmunohistoquímico mostró positividad para muc-5AC, CK7, CK5 y p63, compatible con carcinoma mucoepidermoide de bajo grado.

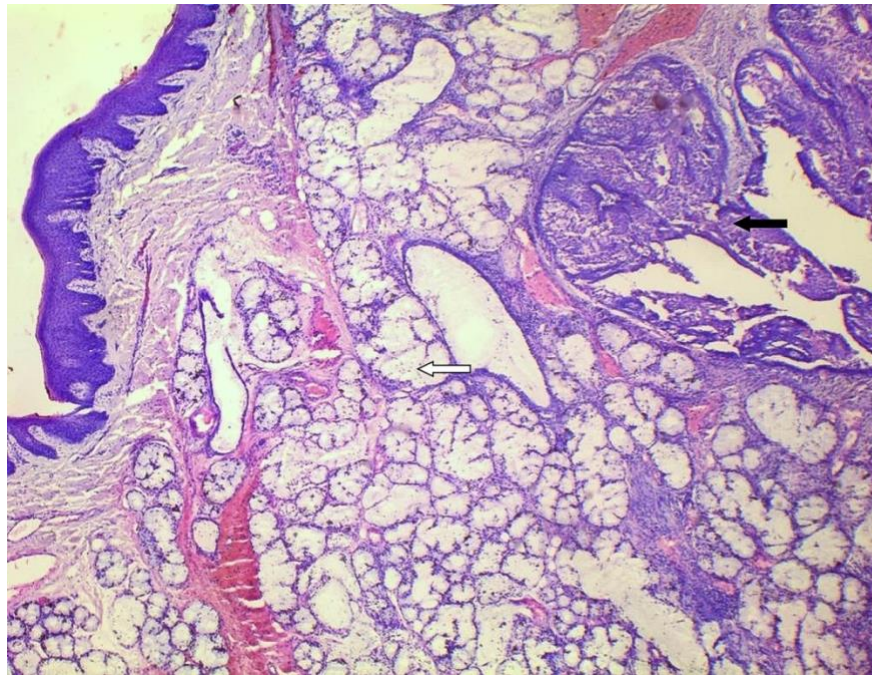


FIGURA 3. Fotomicrografía Carcinoma Mucoepidermoide. H-E 4x.

La lesión (flecha negra) está compuesta por una población de células pequeñas de aspecto basaloide con bordes delimitados y patrón sólido-quístico, rodeada de acinos mucosos correspondientes a glándulas salivares menores (flecha blanca).

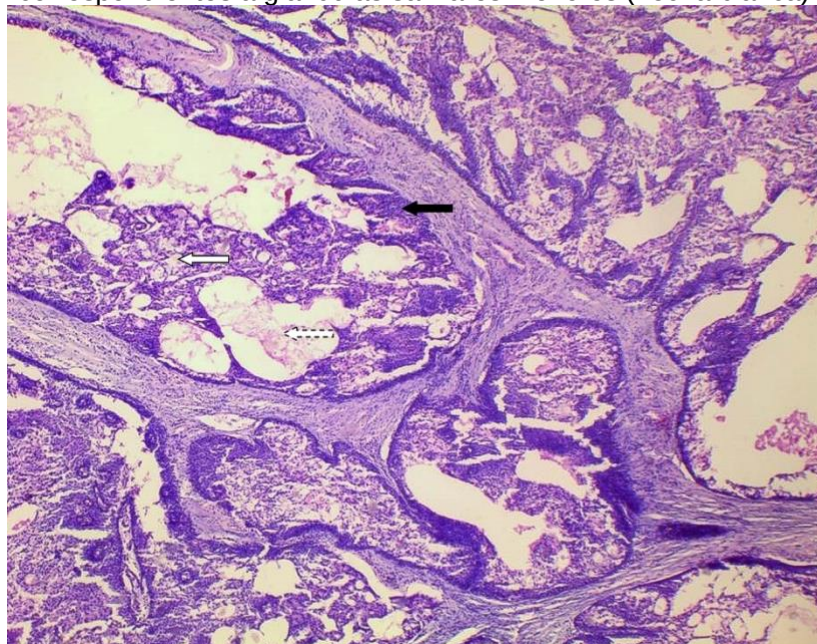


FIGURA 4. Fotomicrografía Carcinoma Mucoepidermoide. H-E 10x. La lesión está compuesta por nidos de células pequeñas de aspecto basaloide (flecha negra), intermedias y escamosas, dispuestas en patrón lobulado delimitados por septos fibrosos. Se identifican, además, abundantes células espumosas (flecha blanca) con estructuras quísticas conteniendo material mucinoso en su interior (flecha punteada blanca).

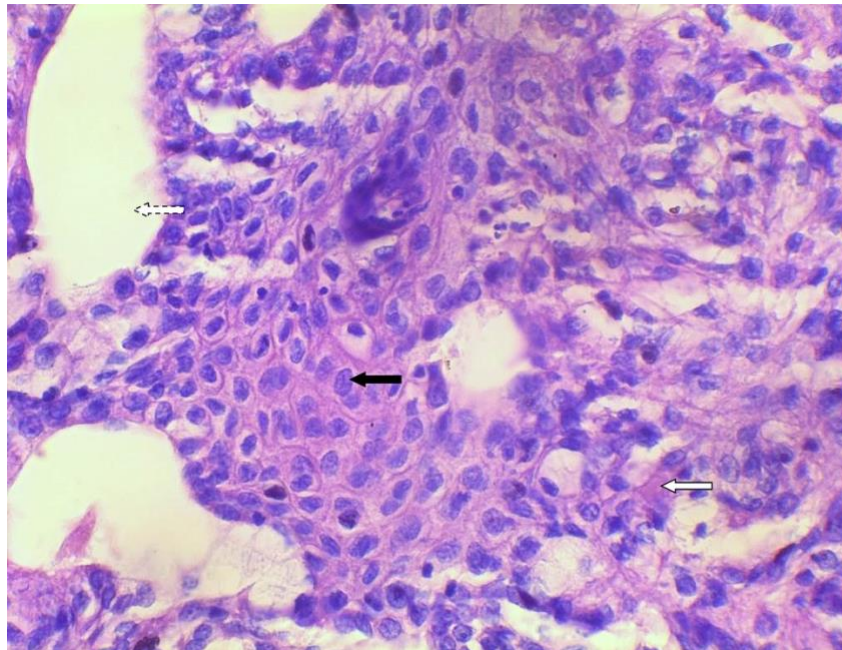


FIGURA 5. Fotomicrografía Carcinoma Mucoepidermoide. H-E 40x. A mayor aumento se reconoce una lesión de características citológicas blandas (flecha negra), con núcleos de cromatina regular, con citoplasma eosinófilo y bordes intercelulares bien definidos. Se reconocen focos de queratinización individual (flecha blanca) y degeneración quística (flecha punteada blanca).

Se realizó control posquirúrgico a los 10 días donde se observó buen proceso de cicatrización, sin signos de infección sobre la herida, después de los 40 días del procedimiento quirúrgico, se remitió al servicio de oncología, para continuar con el tratamiento, se realizó control en un 8 meses después de la intervención quirúrgica donde se evidenció brida cicatrizal sin recidiva, ni sintomatología asociada a la zona. (Figura 6)



FIGURA 6. Posoperatorio a los 8 meses

DISCUSIÓN

Los tumores de glándulas salivales menores son raros, pero estos son más propensos a ser malignos, el CME representa el tumor maligno más común de las glándulas salivales, su comportamiento biológico se relaciona con el grado histológico, el cual está directamente relacionado con el tipo de tratamiento (1).

Con relación a la edad de aparición del CME, Werther y cols afirmaron que este se puede presentar en edades tempranas como la niñez y juventud, con una frecuencia muy baja y no solamente entre la cuarta y la sexta década de la vida, en donde son más comunes, reportaron un caso de una joven de 15 años con CME localizado en el paladar (8), mientras que Martins y cols, un caso un joven con 17 años, afectando el paladar (9); concordando con el actual reporte de paciente con 18 años con diagnóstico de CME en paladar duro y blando, se cree que el aumento en la aparición de casos de pacientes en edades tempranas con CME, se debe al mayor detalle en el examen intraoral, que realizan los actuales profesionales de la salud oral, independientemente de su edad, así como la necesidad de derivación oportuna para diagnóstico y tratamiento apropiados.

Histológicamente se pueden encontrar diferentes grados, que van desde bajo a alto grado, siendo el de bajo grado el de mejor pronóstico. Baumgardt y cols, reportaron un caso de paciente joven con CME localizado en el paladar, afirmaron que la clasificación de bajo grado se caracteriza por la presencia de células sólidas

y agrupadas con diferenciación escamosa, áreas de células mucosas y claras, con formaciones de pseudoquiste mucoso (10), Martins y cols, describen que el CME bajo grado de malignidad están presentes los tres tipos de células, aunque las células predominantes sean las mucosas, además presentan la formación prominente de espacios quísticos, aseveran que la inmunohistoquímica es importante mostrando positividad para p63, muc-5AC, CK7, CK5 y AE1 p AE3 (9), Herd y cols, aseveran que el CME de bajo grado es el de mejor comportamiento clínico, aunque se ha notificado diseminación del CME palatino de bajo grado a los ganglios linfáticos y otros tejidos como el hígado(11); en el presente caso clínico el estudio histopatológico reveló células basaloides, intermedias y escamosas, estructuras quísticas con material mucinoso en su interior y actividad mitótica es escasa, el panel inmunohistoquímico fue positivo para muc-5AC, CK7, CK5 y p63, concordando con las características descritas por los autores antes mencionados; es importante el diagnóstico oportuno ya que el CME puede ser agresivo si la terapéutica no es temprana, siendo capaz de diseminarse hacia otros tejidos del cuerpo humano.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ritwik P, Cordell KG, Brannon RB. Minor salivary gland mucoepidermoid carcinoma in children and adolescents: a case series and review of the literature. J Med Case Rep. [Internet]. 2012 Jul [citado 2018 Dic 21]; (3): 182. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22759529>
2. García D, del Castillo J, Navarro I, Sánchez R, Burgueño M. Carcinoma mucoepidermoide de bajo grado: diagnóstico diferencial de masas palatinas. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac . [Internet]. 2014 Sep [citado 2018 Dic 21]; 36(3): 136-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582014000300011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.06.005>.
3. Guevara JO, Morales R, Guzmán G, Cava CE, Guerra H, Montes-Gil JE. Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands. A retrospective study of 51 cases and review of the literature. Acta Odontol Latinoam. [Internet]. 2016 Dec [citado 2018 Dic 21]; 29(3): 230-238. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28383603>
4. Sousa SL, Lanzel E, Pagedar NA, Alhazmi D, Dahmouch L, Policeni BA, Campos MS. Mucoepidermoid carcinoma mimicking a mucocele (ranula) in the floor of the mouth. Dentomaxillofac Radiol. [Internet]. 2018 May [citado 2018 Dic 21]; 47(4): 20170331. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29231036>
5. Devaraju R, Gantala R, Aitha H, Gotoor SG. Mucoepidermoid carcinoma. BMJ Case Rep. [Internet]. 2014 Agu [citado 2018 Dic 21]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25085946>
6. Samiksha J, Sushma D, Savitha N, Anirban C, Chaitanya B. Mucoepidermoid carcinoma of the palate: A rare case report. J Indian Soc Periodontol. 2016;20(2):203-206. [Internet]. 2016 [citado 2018 Dic 21]; 20(2): 203-206. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27143836/>
7. Barnes L. Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC Press; 2005.
8. Werther PL, Alawi F, Lindemeyer RG. Mucoepidermoid carcinoma of the palate in adolescence. J Dent Child (Chic). [Internet]. 2015 Jan-Apr [citado 2018 Dic 21]; 82(1): 57-61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25909845>



9. Martins T, Bonardi J, Stabile G, Ito F, Pereira C, Hochuli E. Mucoepidermoid Carcinoma of the Hard Palate in a Young Patient. J Craniofac Surg. [Internet]. 2016 Oct [citado 2018 Dic 21]; 27(7): 598-599. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27438452>
10. Baumgardt C, Günther L, Sari-Rieger A, Rustemeyer J. Mucoepidermoid carcinoma of the palate in a 5-year-old girl: case report and literature review. Oral Maxillofac Surg. [Internet]. 2014 Dec [citado 2018 Dic 21]; 18(4): 465-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25109695>
11. Herd M, Murugaraj V, Ghataura S, Brennan P, Anand R. Low-grade mucoepidermoid carcinoma of the palate-a previously unreported case of metastasis to the liver. J Oral Maxillofac Surg. 2012 Oct;70(10):2343-6. [Internet]. 2012 Oct [citado 2018 Dic 21]; 70(10): 2343-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22285339>