

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE GIGANTE DE GLÁNDULA PARÓTIDA.A

PROPOSITO DE UN CASO

Autor: Dr. Ariel Ventura Diaz, Doctor en Estomatología. Cirujano Maxilofacial
Cirujano de Cabeza y cuello. INOR Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología,
Servicio de cabeza y cuello

Coautores: Johannes René Mestre Cabello, Carlos Frómeta Neira

RESUMEN

Introducción: Las neoplasias de las glándulas salivares son relativamente infrecuentes, representando el 1% de los tumores de cabeza y cuello. El carcinoma mucoepidermoide es la neoplasia maligna hallada con mayor frecuencia en glándulas salivales. **Objetivo:** En esta investigación se presenta un caso de carcinoma mucoepidermoide gigante en la glándula parótida izquierda en una paciente angolana diagnosticada y tratada en el servicio de Cabeza y cuello del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología en La Habana, Cuba. **Conclusiones:** Concluyendo que el conocimiento de la patología maligna de la glándula parótida es de suma importancia para el cirujano maxilofacial. Así como su manejo terapéutico de manera multimodal, especialmente en el carcinoma mucoepidermoide para poder lograr un control efectivo de la enfermedad tanto locorregionalmente como a distancia.

Palabras clave: glándula parótida; carcinoma mucoepidermoide; parotidectomía.

INTRODUCCION

Las neoplasias de las glándulas salivares son relativamente infrecuentes, representando el 1% de los tumores de cabeza y cuello. El carcinoma mucoepidermoide es la neoplasia maligna hallada con mayor frecuencia en glándulas salivales (10% del total).^{1,2}

Algo más del 70% de los carcinomas mucoepidermoides se localizan en glándulas mayores (la mayoría en parótida). El resto en glándulas salivales menores (44% de éstos en paladar duro, 2ª localización más frecuente después de glándula parótida), siendo el tejido salivar ectópico de ganglios linfáticos otra localización, aunque excepcional. ²

El carcinoma mucoepidermoide (CME) representa el tumor maligno más frecuente según el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de Washington –AFIP- (Ellis & Auclair).

El carcinoma mucoepidermoide es un tumor epitelial maligno formado por una proporción variable de células mucosas, epidermoides, intermedias, columnares y claras, que presenta frecuentemente un componente quístico. Su comportamiento biológico se relaciona con el grado histológico tumoral -CME de bajo, intermedio y alto grado-(Luna, 2006; Ozawa, 2008; Ellis & Auclair).

En esta investigación le presentamos un caso de carcinoma mucoepidermoide gigante en la glándula parótida izquierda en una paciente angolana diagnosticada y tratada en nuestro servicio.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 59 años de edad de nacionalidad angolana, sexo femenino, raza negra con antecedentes de buena salud aparente que acude al I.N.O.R el 16 de noviembre del 2013 con aumento de volumen gigante en región parotídea izquierda con extensión cervical. Al interrogatorio la paciente refiere que hacia 5 años había notado un pequeño aumento de volumen en la región preauricular izquierda y no le dio importancia ya que se mantuvo del mismo tamaño por más de 4 años. Ya en marzo del 2013 comienza a notar un acelerado crecimiento de dicha lesión por lo que asisten al médico donde le indican tratamiento con antibioticoterapia y valoración por un cirujano de cabeza y cuello lo cual no fue posible y debido a estas dificultades decide acudir a nuestra institución.

Informe de T.A.C de cabeza, cuello y tórax con cortes a 3 y 5 mm simple respectivamente. Observándose a nivel del hemicuello izquierdo gran masa tumoral, heterogénea, con tabiques en su interior, que mide en corte axial, a nivel de la

articulación temporomandibular 132X10 mm, ocupando espacio parafaríngeo, desplazando la faringe hacia la izquierda con densidades entre 9 y 39 UH que pudiera estar en relación con el tumor glandular, sin descartar que sea masa ganglionar.

En el estudio del tórax no se definen imágenes nodulares secundarias, ni adenomegalias mediastinales iguales o mayores de 10mm.

Llama la atención que la articulación temporomandibular izquierda se observa luxada, sin lisis del hueso mandibular.

PAAF B (1302916): Citología positiva de células neoplásicas malignas. Compatible con carcinoma mucoepidermoide de parótida izquierda.

Se clasifico según la 7ma edición de la AJCC como un: cTNM: T₃N₀M₀ Etapa: III

Se realizó el tratamiento quirúrgico que consistió en parotidectomía total más disección superselectiva del nivel II del cuello izquierdo.

Biopsia de la pieza quirúrgica B (1310271) Carcinoma mucoepidermoide de bajo grado con zona de necrosis de la glándula parótida izquierda.

No metástasis en los 3 ganglios extraídos.

pTNM: T₃N₀M₀ Etapa III

Recibió tratamiento adyuvante con Radioterapia 25 sesiones con DTT: 50Gy

DTD: 2Gy 6 semanas después del tratamiento quirúrgico. Teniendo en cuenta que en nuestro servicio tenemos protocolizado la radioterapia adyuvante en todos los tumores malignos de glándulas salivales sin tener en cuenta el grado de malignidad.

En estos momentos presenta control de la enfermedad asistiendo a consulta cada 6 meses.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

DISCUSION

El carcinoma mucoepidermoide es la neoplasia maligna más común de glándulas salivales en personas mayores de 40 años de edad.^{4, 6,9}. Es una neoplasia que por lo general afecta las glándulas salivales mayores, aunque en 10 % puede originarse en glándulas salivales menores o accesorias en el área de cabeza y cuello, ^{4,14-16} incluyendo seno maxilar, nasofaringe, cavidad nasal, orofaringe, laringe y tráquea.

El tratamiento inicial del carcinoma mucoepidermoide de glándulas salivales es predominantemente quirúrgico ^{1,15} y sus objetivos son el control locorregional de la enfermedad y el conocimiento de los factores pronósticos (tamaño del tumor, metástasis ganglionares y factores histológicos) que puedan decidir el tipo de tratamiento adyuvante

Debido a que se trata del sitio anatómico más frecuentemente afectado y a las características anatómicas propias de la región, la resección de la glándula parótida merece especial atención. La mayoría de los autores recomienda parotidectomía total conservando el VII par craneal.^{1, 6,11} La resección parcial o total del nervio facial sólo es realizada cuando es evidente el involucro tumoral del nervio durante la

evaluación transoperatoria. En contraste a esta posición, Boahene ⁶ en lesiones con grado histológico bajo o intermedio recomienda la resección adecuada del tumor primario con parotidectomía subtotal. Si los ganglios intraparotídeos en el lóbulo superficial de la glándula son histológicamente negativos, el lóbulo profundo puede ser conservado. Sin embargo, debido a que una intervención quirúrgica para remover el tejido parotídeo residual conlleva alta posibilidad de lesión parcial o total del nervio facial, en nuestro servicio hemos optado por el tratamiento quirúrgico mínimo, la parotidectomía total en los casos donde se corrobore histológicamente un tumor maligno de la glándula parótida. El estado ganglionar es uno de los factores pro-nósticos más importantes, justifica la decisión de efectuar disección electiva y selectiva de cuello (niveles I a III) en carcinoma mucoepidermoide T₂N₀ de grado intermedio o alto y en T₃-T₄ de cualquier grado histológico. Debido a la baja prevalencia de metástasis ocultas en pacientes con tumores de bajo grado y N₀ (sin ganglios palpables), la conducta sugerida es la vigilancia estrecha, clínica y ultrasonografía. ^{17,18}

La gradación microscópica del carcinoma mucoepidermoide es importante en la determinación del pronóstico. El carcinoma mucoepidermoide se clasifica como de grado bajo, grado intermedio y grado alto. Entre los parámetros de clasificación con puntaje de valoración se incluyen los siguientes:

- Componente intraquístico (2).
- Presencia de invasión neural (+2).
- Presencia de necrosis (+3).
- Mitosis (4 por 10 campos de alta potencia [+3]).
- Presencia de anaplasia (+4).

Las anotaciones de la puntuación total son: de 0 a 4 para el grado bajo, de 5 a 6 para el grado intermedio y de 7 a 14 para el grado alto.

En una revisión retrospectiva de 243 casos de carcinoma mucoepidermoide de glándulas salivales mayores, se mostró una correlación estadísticamente significativa entre este sistema de clasificación basado en el puntaje y los resultados de los tumores de las parótidas pero no para los tumores submandibulares. Otro estudio retrospectivo que utilizó este sistema de gradación retrospectiva, indicó que

el grado del tumor tenía buena correlación con el pronóstico del carcinoma mucoepidermoide de glándulas salivales mayores exceptuando los tumores submandibulares y las glándulas salivales menores. Una modificación a esta clasificación tumoral puso más énfasis en las características de la invasión tumoral. Sin embargo, a pesar que la gradación del tumor puede resultar útil, el estadio parece ser un mejor indicador del pronóstico.

CONCLUSIONES

El conocimiento de la patología maligna de la glándula parótida es de suma importancia para el cirujano maxilofacial. Así como su manejo terapéutico de manera multimodal, especialmente en el carcinoma mucoepidermoide para poder lograr un control efectivo de la enfermedad tanto locorregionalmente como a distancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pires F, Almeida O, Araujo J, Kowalsky P. Prognostic factors in head and neck mucoepidermoid carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130:174-180.
2. Cawson RA, Gleeson MJ, Eveson JW. *The Pathology and Surgery of the Salivary Glands*. Oxford: Isis Medical Media; 1997. pp. 117-169
3. Ellis GL, Auclair PL. Tumors of the salivary glands. In: Armed Forces Institute of Pathology, ed. *Atlas of Tumor Pathology*. Washington, DC: 1996; 17. pp. 155-175, 353-355.
4. Brandwein MS, Ivanov K, Wallace DI. Mucoepidermoid carcinoma: a clinicopathologic study of 80 patients with special reference to histological grading. *Am J Surg Pathol* 2001;25:835-845.
5. Wedell B, Burian P, Dahlenfors R. Cytogenetic observations in a mucoepidermoid carcinoma arising from heterotopic intranodal salivary gland tissue. *Oncol Rep* 1997;4:515-516.
6. Boahene D, Olsen K, Lewis J, Pinheiro A, Pankratz V, Bagniewsky S. Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130:849-856.
7. Goode RK, Auclair PL, Ellis GL. Mucoepidermoid carcinoma of the major salivary glands. Clinical and histopathologic analysis of 234 cases with evaluation of grading criteria. *Cancer* 1998;82:1217-1224.
8. Jakobsson PA, Blanck C, Eneroth CM. Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland. *Cancer* 1968;22:111-124.
9. Spiro RH, Huvos AG, Berk R. Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin: a clinicopathologic study of 367 cases. *Am J Surg* 1978;136:461-468.
10. Plambeck K, Friedrich RE, Schmelzle R. Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin: classification, clinical-pathologic correlation, treatment results and long-term follow-up in 55 patients. *J Craniomaxillofac Surg* 1996;24:133-139.
11. AJCC Cancer Staging Manual, 7th ed. Chicago: Springer; 2010.

12. Auclair PL, Goode RK, Ellis GL. Mucoepidermoid carcinoma of intraoral salivary glands. Evaluation and application of grading criteria in 143 cases. *Cancer* 1992;69:2021-2030
13. Muller S, Barnes L, Goodurn WJ Jr. Sclerosing mucoepidermoid carcinoma of the parotid. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;83:685-690.23.
14. Rodríguez-Cuevas S, Labastida S, Baena L, Gallegos-Hernández JF. Risk of nodal metastases of malignant salivary gland tumors related to tumor size and grade malignancy. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1995;252:139-142.24.
15. Hicks J, Flaitz C, Hawkins E. Mucoepidermoid carcinoma of salivary glands in childhood with clinical correlation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 82:204-207.25.
16. Eisele DW, Johns EM. Salivary gland neoplasms. In: Bayley JB, Harold CP, eds. *Head and Neck Surgery Otolaryngology*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher; 1996. p. 88.26.
17. Shieh YS, Chang LC, Chiu KC, Wu CW, Lee HS. Cadherin and catenin expression in mucoepidermoid carcinoma: correlation with histopathologic grade, clinical stage, and patient outcome. *J Oral Pathol Med* 2003;32:297-304.27.
18. Hocwald E, Korkmaz H, Adsay V. Prognostic factors in major salivary gland cancer. *Laryngoscope* 2001; 111:1434-1439.28.
19. Andersen PE, Saffolds S. Management of cervical metastasis. In: Shah JP, ed. *Cancer of the Head and Neck*. Hamilton, BC: Decker; 2001. pp. 274-287.
20. Schneider AB, Favus MJ, Stachura ME, et al.: Salivary gland neoplasms as a late consequence of head and neck irradiation. *Ann Intern Med* 87 (2): 160-4, 1977.