

Importancia del diagnóstico precoz en el carcinoma mucoepidermoide. Relato de caso clínico

Importance of early diagnosis in mucoepidermoid carcinoma. Case report

Resumen

El carcinoma mucoepidermoide es el tumor maligno más frecuente de las glándulas salivales menores localizándose por lo general en el paladar. El objetivo del presente reporte de caso es evidenciar en la literatura científica la importancia del diagnóstico precoz de carcinomas orales, así como, el rol fundamental que cumple el odontólogo general para identificar, guiar y derivar al paciente a un especialista. Se presenta el caso clínico de un paciente de sexo masculino que acudió a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Asunción, quien fue derivado por su odontóloga tras percibir un pequeño pero perceptible cambio en la coloración normal de la mucosa y molestias ocasionales en la zona del paladar duro. Al examen intraoral se observó en el paladar duro, a la altura de los premolares en la hemiarcada izquierda, una lesión nodular ovoidea, color violáceo, de 1cm de diámetro, depresible a la palpación. Se realizó una biopsia incisional para su estudio histopatológico, reportando un carcinoma mucoepidermoide. El diagnóstico precoz de este tipo de patologías es un desafío para el odontólogo general, quien debe orientar al paciente, ante cualquier cambio de la estructura normal de la cavidad bucal, para que acuda a un especialista.

Palabras clave: Carcinoma mucoepidermoide; Patología oral; Glándulas salivales; Diagnóstico bucal (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Mucoepidermoid carcinoma is the most frequent malignant tumor of the minor salivary glands, usually located in the palate. The objective of this case report is to demonstrate in the Paraguayan scientific literature the importance of early diagnosis of oral carcinomas as well as the fundamental role of the general dentist in identifying, guiding and referring the patient to the corresponding specialist. The clinical case presented is about a male patient who attended the Faculty of Dentistry of the National University of Asuncion. His dentist referred him after noticing a small but perceptible change in the normal coloration of the mucosa and occasional discomfort in the area of the hard palate. In the intraoral examination, an ovoid nodular lesion, purplish in color, 1cm in diameter, depressible on palpation, observed on the hard palate at the level of the premolars in the left hemiarch. An incisional biopsy performed for histopathological study, reporting a mucoepidermoid carcinoma. Regarding the early diagnosis of this type of pathology, the

Angélica Miyuki Moriya Agüero¹, Bianca Patricia Amarilla Cáceres¹, José Miguel Gamarra Insfrán¹, María del Carmen González Galván¹, Osvaldo Vera González², Mirtha Daniela Espínola Duarte¹

¹ Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Odontología. Asunción, Paraguay.

² Instituto Nacional del Cáncer, Aregua, Paraguay.

Correspondencia:

José Miguel Gamarra Insfrán: josemgamarra31@gmail.com
Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Odontología.
Avda. España N° 430 casi Brasil.
ORCID: 0000-0001-8125-3672

Coautores:

Angélica Miyuki Moriya Agüero: angelicamoriya@founa.edu.py
ORCID: 0000-0001-8600-3584
Bianca Patricia Amarilla Cáceres: biancaamarilla211@gmail.com
ORCID: 0000-0003-0472-5829
María del Carmen González Galván: mcarmen.ggalvan@odo.una.py
ORCID: 0000-0002-0860-3960
Osvaldo Vera González: overagon@gmail.com
ORCID: 0000-0003-0701-2656
Mirtha Daniela Espínola Duarte: Dra.mirthaespinola@gmail.com
ORCID: 0000-0003-1236-0321

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

Recibido: 19/01/23

Aceptado: 10/08/23

Publicado: 29/09/23

challenge for the general dentist will continue to be his continuous training in order to be able to successfully guide the patient in seeking care from the right specialist in case of any change in the oral cavity.

Keywords: Mucoepidermoid carcinoma; Oral pathology; Salivary glands; Oral diagnosis (source: MeSH NLM).

Introducción

Los carcinomas de glándulas salivales se encuentran entre las seis neoplasias malignas más comunes de cabeza y cuello. El carcinoma más prevalente es el Carcinoma Mucoepidermoide (CME) ^{1,2}, que representa el 3 a 4% de todos los tumores malignos de la cabeza y el cuello ³.

El CME es el tumor maligno más frecuente de las glándulas salivales menores, localizándose por lo general en el paladar ⁴. Se presenta como una hinchazón indolora a la presión; sin embargo, los síntomas varían según el tamaño y la localización del tumor ⁵.

Las neoplasias de glándulas salivales mayores y menores son un desafío tanto para clínicos como para los histopatólogos, porque son entidades nosológicas poco frecuentes y sus características histológicas, clínicas, epidemiológicas y evolutivas son múltiples y variadas. En las glándulas salivales se originan por lo menos 30 tipos histológicos diferentes de neoplasias ^{6,7}.

Histológicamente se clasifican en tumores de bajo grado (lesiones quísticas, ricas en células mucosas, bien circunscriptas), de grado intermedio (generalmente más sólidos y menos circunscriptas) y de alto grado (anaplasia nuclear, necrosis, índice mitótico aumentado e invasión ósea, perineural y linfovascular) ⁸.

El objetivo del presente reporte de caso es evidenciar en la literatura científica la importancia del diagnóstico precoz de carcinomas orales así como el rol fundamental que cumple el odontólogo general para identificar, guiar y derivar al paciente al especialista correspondiente.

Reporte del caso

Paciente de sexo masculino de 22 años, acude a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Asunción, derivado por su odontóloga, después de percibir un pequeño pero perceptible cambio en la coloración del paladar, cuando comparado con la mucosa adyacente y molestias ocasionales en la zona del paladar duro, después del examen clínico de rutina.

Al realizar la historia clínica el paciente indicó no presentar ningún tipo de antecedentes patológicos de base o toxicomanías. Además, refiere desconocer el tiempo exacto de evolución de la lesión, pero afirma haber percibido un cambio de coloración en la zona hace aproximadamente seis meses, sin otorgarle mayor importancia.

Al examen clínico intraoral, se observó una lesión nodular ovoidea violácea de 1cm de diámetro aproximadamente, en la unión de la parte media y posterior del paladar duro, localizada en la hemiarcada izquierda a la altura de los premolares (Figura 1). A la palpación la lesión tiene la característica de ser depresible. Las piezas



Figura 1. Lesión violácea en el paladar duro

dentarias, así como el tejido periodontal, se encuentran en óptimas condiciones clínicas.

Para el diagnóstico, se realizó una punción-aspiración a la lesión, arrojando una aspiración negativa, descartando en primera instancia el diagnóstico presuntivo de quiste. Correlacionando la historia clínica con las características clínicas de la lesión (coloración, ubicación, ausencia de sintomatología dolorosa) se establece como hipótesis diagnóstica CME por su localización habitual en la cavidad oral.

Se solicitó la radiografía panorámica, en la cual no se observó algún indicio de formación tumoral. Por lo tanto, se solicitó una tomografía computarizada (TC), observándose una pequeña tumoración palatina izquierda de 1cm de diámetro aproximadamente, sin erosión de hueso maxilar.

El paciente fue intervenido bajo anestesia local, realizándole una biopsia incisional (Figura 2) porque era una lesión con alta sospecha clínica de malignidad, obteniéndose así, una muestra de 1cm aproximadamente.

Las muestras fueron remitidas para estudio histopatológico. El informe del estudio histopatológico describió una proliferación de células malignas que forman cavidades quísticas tapizadas por una proporción variable de células tumorales mucinas, la cual es compatible con el diagnóstico de CME de bajo grado (Figura 3), por lo que se le derivó al Instituto Nacional del Cáncer (IN-CAN) para su tratamiento y seguimiento a largo plazo.

En relación al tratamiento, teniendo en cuenta las características del carcinoma: bajo grado de malignidad, el equipo quirúrgico del INCAN optó por una intervención menor, de remoción total de la masa tumoral con márgenes de seguridad (Figura 4). Se observó una excelente evolución y cicatrización a un mes de la intervención (Figura 5).

Discusión

El CME es un tumor maligno que afecta en 53 a 60% a las glándulas salivales mayores y 35% a las glándulas salivales menores⁷. Suelen ser lesiones de crecimiento



Figura 2. Toma de la biopsia de la lesión.

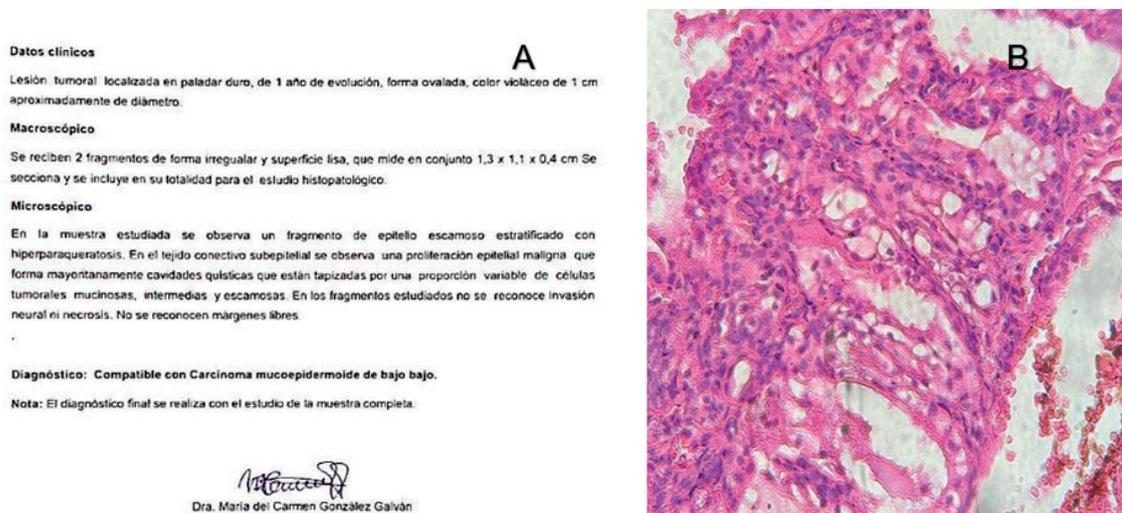


Figura 3. A. Informe histopatológico B. Corte histopatológico (fotomicrográfica teñida con Hematoxilina-Eosina)

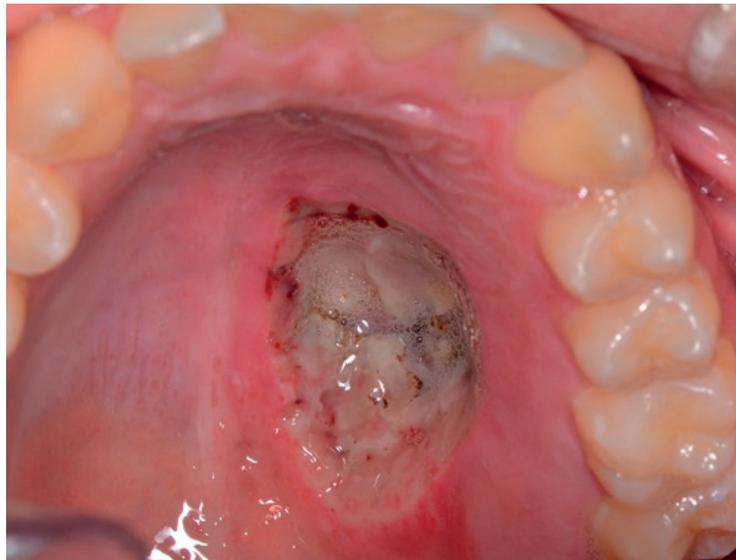


Figura 4. Recesión de lesión tumoral con márgenes de seguridad a los 7 días posquirúrgicos.



Figura 5. Periodo de cicatrización: un mes posquirúrgico

lento que, por lo general, se presentan como masas indoloras de morfología ovoide y tamaño inferior a 4cm de diámetro. Es más frecuente entre los 40 y 60 años y puede afectar a ambos sexos⁹, pero existe una predilección por el sexo femenino, la edad media de aparición es de 55 años^{10,11}.

Suele presentar un buen pronóstico, aunque en ocasiones puede producir metástasis^{11,12}. En cuanto a las tasas de metástasis, recidiva y muerte, en los tumores de bajo grado se ha reportado un porcentaje de 9 a 13% respectivamente y la metástasis a distancia o recidivas locales incluso se han dado décadas después del tratamiento inicial del CME¹³.

La afectación en las glándulas salivares menores, no es tan común en comparación con la frecuencia en las

glándulas salivares mayores¹⁴. Los sitios más comunes, en donde se presenta el CME en las glándulas salivares mayores son: glándula parótida, glándula submandibular y glándula sublingual; en las glándulas salivares menores: paladar duro como así también puede poseer otros sitios de afectación tales como: trígono retromolar, mucosa bucal, lengua¹¹, labios y piso de boca¹⁵.

Cabe destacar que una parte de los odontólogos en el examen clínico no tienden a realizar el examen exhaustivo de todas las estructuras de la cavidad bucal o bien los mismos no están entrenados para la detección del cáncer oral, porque se centran en estructuras específicas como dientes o encías¹⁶. El rol del odontólogo será siempre fundamental y determinante, como en el caso presentado, para encaminar al paciente hacia un seguimiento

adecuado, porque el estadio y el grado histológico del tumor, históricamente han sido factores predictivos importantes para determinar la supervivencia del paciente ⁹.

El tratamiento de predilección sigue siendo la recesión quirúrgica, en lugar del tratamiento farmacológico ¹⁷. La recesión quirúrgica debe ser realizada con márgenes libres minimizando así la morbilidad. En los casos de tumores avanzados, es recomendable la radioterapia luego del tratamiento quirúrgico, no solo la radioterapia es utilizada, la quimiorradioterapia combinada muestra un mejor control regional ¹¹, pero no se reportan diferencias significativas entre la tasa de supervivencia general y los pacientes que reciben radioterapia sola ⁵.

Los dos factores claves para la cirugía radican en la decisión si es necesario incluir hueso en la extirpación y en el grado de distorsión o pérdida del paladar después de la extirpación del tumor ¹⁸. En el caso presentado, no fue necesario extirpar hueso ni la modificación del paladar, por lo que una extirpación con margen de seguridad fue suficiente como tratamiento idóneo.

En el pronóstico de esta patología tanto el grado del tumor como el diagnóstico precoz juegan un papel importante debido a que las tasas de supervivencia de los tumores de alto grado son un 43% más bajas que las de caso bajo y/o intermedio ¹⁹. El pronóstico del paciente por las características clínicas, histopatológicas presentadas y por sobre todo por el diagnóstico y derivación precoz al especialista es óptimo.

Con base en lo expuesto, concluimos que en la actualidad los casos de cáncer oral siguen en aumento. El diagnóstico precoz aún representa un reto en la práctica clínica, porque se puede evitar someter al paciente a intervenciones quirúrgicas que afecten y/o sometan su calidad y estilo de vida, tal como en el caso presentado. Se realizó un control evolutivo del paciente a los 7 días, al mes y se programó control de seguimiento a los 6 meses.

El desafío para el odontólogo general seguirá siendo su capacitación continua para lograr orientar al paciente, ante cualquier cambio de la estructura normal de la cavidad bucal, para que acuda al especialista para una correcta evaluación clínica, porque el cáncer, al ser una patología asintomática los signos de alarma que lo manifiestan podrían ser pasados por alto.

Referencias bibliográficas

1. Fu JY, Wu CX, Shen SK, Zheng Y, Zhang CP, Zhang ZY. Salivary gland carcinoma in Shanghai (2003-2012): an epidemiological study of incidence, site and pathology. *BMC Cancer*. 2019;19(1):350. DOI: 10.1186/s12885-019-5564-x
2. Wagner VP, Martins MD, Amoura E, Zanella VG, Roesler R, de Farias CB, et al. TrkB-Targeted Therapy for Mucoepidermoid Carcinoma. *Biomedicines*. 2020;8(12):531. DOI: 10.3390/biomedicines8120531
3. Lévano S, Yupanqui A. Carcinoma mucoepidermoide intraóseo en mandíbula: Reporte de caso y revisión de la literatura. *Odontología Vital*. 2021;(34):65-72
4. Coca-Pelaz A, Rodrigo JP, Triantafyllou A, Hunt JL, Rinaldo A, Strojjan P, et al. Salivary mucoepidermoid carcinoma revisited. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol*. 2015;272(4):799-819. DOI: 10.1007/s00405-014-3053-z
5. Sama S, Komuya T, Kuma A. Advances in the treatment of Mucoepidermoid Carcinoma. *World J Oncol*. 2022;13(1):1-7.
6. Copelli C, Bianchi B, Ferrari S, Ferri A, Sesenna E. Malignant tumors of intraoral minor salivary glands. *Oral Oncol*. 2008;44(7):658-63. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2007.08.018
7. Ellis GL, Auclair PL. Atlas of tumor pathology: Tumors of the major salivary glands. 4 serie. Fascículo 9. Washington DC. Armed Forces Institute of Pathology (AFIP). 2008.
8. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. WHO Classification of Head and Neck Tumors 4th Edition. IARC, 2017.
9. Garcia-Molina D, Del Castillo JL, Navarro I, Sánchez R, Burgueño M. Carcinoma mucoepidermoide de bajo grado: diagnóstico diferencial de masas palatinas. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac*. 2014;36(3):136-7. DOI: 10.1016/j.maxilo.2014.06.005
10. Peraza A, Gómez R, Beltran J, Amarista FJ. Mucoepidermoid carcinoma. An update and review of the literature. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2020;121(6):713-20.
11. Delesma AFC. Prevalencia del carcinoma epidermoide en el servicio de cirugía cabeza y cuello del Hospital Nacional dos de mayo durante el periodo 2005-2016. *Odontol Sanmarquina*. 2018;21(2):113-8. DOI: 10.15381/os.v21i2.14776.
12. Ta MN, Do TM, Yu AC, Gupta JD, Gupta ND, Palacios E. Mucoepidermid Carcinoma of the Hard Palate in a Middle-aged Man. *Ear Nose Throat J*. 2022;1455613221121042. DOI: 10.1177/01455613221121042.
13. Lee H, Roh J, Choi Y, Choi J, Cho K. High Grade Transformation in Mucoepidermoid Carcinoma of the Minor Salivary Gland with Polyploidy of the Rearranged MAML2 Gene. *Head Neck Pathol*. 2020;14(3):822-7.
14. Vergara G, Valentina, Sabelle H, Nicole, Espinoza S, Iris, Mardones M, Marcelo, Araya S, Cristóbal, Maturana R, Andrea. Desafío diagnóstico y terapéutico de carcinoma mucoepidermoide palatino: reporte de un caso. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2021;81(2):226-31. DOI: 10.4067/s0718-48162021000200226.
15. Maymone MBC, Greer RO, Kesecker J, Sahitya PC, Burdine LK, Cheng AD, et al. Premalignant and malignant oral mucosal lesions: Clinical and pathological findings. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81(1):59-71. DOI: 10.1016/j.jaad.2018.09.060.
16. Rocha Buelvas A. Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2009;21(1):112-21. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2009000200011&lng=en.
17. De Ridder M, Balm AJM, Smeele LE, Wouters MWJM, Van Dijk BAC. An epidemiological evaluation of salivary

gland cancer in the Netherlands (1989-2010). *Cancer Epidemiol.* 2015;39(1):14-20. DOI: 10.1016/j.cane.2014.10.007.

18. Ord RA, Salama AR. Is it necessary to resect bone for low-grade mucoepidermoid carcinoma of the palate?. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2012;50:712-4. DOI: 10.1016/j.bjoms.2012.01.007.
19. McHugh CH, Roberts DB, El-Naggar AK, Hanna EY, Garden AS, Kies MS, et al. Prognostic factors in mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands. *Cancer.* 2012;118(16):3928-36. DOI: 10.1002/cncr.26697.

Contribución de los autores:

Redacción – Borrador original: AMM, BPAC

Redacción – Revisión y edición: AMM, BPAC, JMGI

Visualización: JMGI

Supervisión: MDCGG, MDED; OVG

Administración del proyecto: JMGI

Adquisición de fondos: JMGI