

Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial

www.elsevier.es/recom



Página del residente. Soluciones

Carcinoma mucoepidermoide de bajo grado. Diagnóstico diferencial de masas palatinas



Low grade mucoepidermoid carcinoma. Differential diagnosis of masses in palate

Daniel Garcia-Molina^{a,*}, José Luis del Castillo^a, Ignacio Navarro^b,
Rocío Sánchez^c y Miguel Burgueño^a

^a Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

^c Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España

Introducción

El resultado de la biopsia fue de carcinoma mucoepidermoide (CME) de bajo grado.

El CME es el tumor maligno más frecuente de glándula salival menor, localizándose el 35% en el paladar. En esta localización, los CME de bajo grado cursan como masas indoloras de morfología ovoide y tamaño inferior a 4 cm. En los adultos, el CME es más frecuente entre la cuarta y la sexta décadas de la vida, y afecta de forma similar a ambos sexos. Crecen lentamente y tienen buen pronóstico, aunque pueden producir metástasis. La supervivencia a los 5 años es del 90% y solo presenta recurrencias el 6%. Su tratamiento de elección es quirúrgico¹⁻³.

Material y métodos

Tras el resultado de la biopsia, se solicitó una tomografía computarizada (TC), que informó de tumoración palatina derecha de 3 cm de diámetro, sin erosión de hueso palatino ni maxilar (fig. 1). Adenopatías inespecíficas bilaterales, una adenopatía submandibular derecha ligeramente aumentada de tamaño.

En el estudio de extensión (PET-TC) no se observaron metástasis a distancia.

Ante estos datos, se realizó bajo anestesia general e intubación nasotraqueal izquierda, la extirpación del tumor con margen de 1 cm, incluyendo proceso alveolar maxilar y exodoncia de 15, 16, 17 y 18. Fresado del hueso palatino remanente (fig. 2). Reconstrucción con colgajo de bola de Bichat derecha (figs. 3 y 4). Además, mediante abordaje de cervicotomía transversa derecha, se extirpó una adenopatía submandibular derecha.

El resultado anatomopatológico de las piezas fue de carcinoma mucoepidermoide de bajo grado que respetaba todos los bordes quirúrgicos y adenopatía libre de células tumorales.

Discusión

En nuestro caso, la mala evolución indica que el diagnóstico inicial era incorrecto. Los tumores de glándulas salivares menores son tumores infrecuentes en la cavidad oral. Se encuentran mayoritariamente en el paladar duro, como en nuestro caso, pero también en la lengua, la mucosa vestibular y el paladar blando, entre otras localizaciones⁴.

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.12.002>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dr.garciamolina@gmail.com (D. Garcia-Molina).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.06.005>

1130-0558/© 2014 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



Figura 1 – Tumoración palatina derecha.

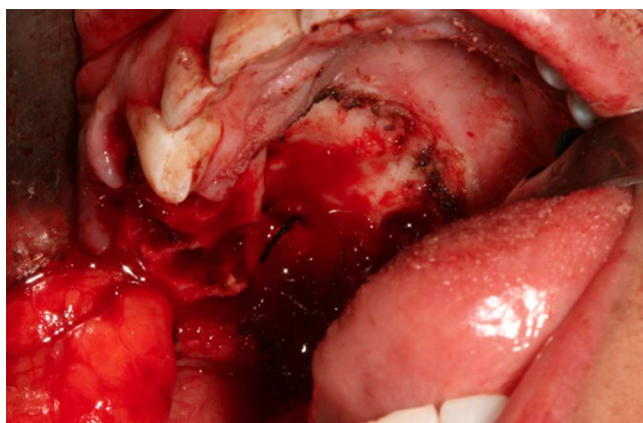


Figura 2 – Lecho quirúrgico tras la resección.

La gran cantidad de procesos que cursan de forma similar puede resultar confusa, en orden de frecuencia son:

1. El absceso odontógeno. Constituye la causa más frecuente de aumento de volumen en el paladar duro, originándose en aquellos dientes con raíces palatinas. Normalmente, cursa con dolor y en la OPG se suele observar foco odontógeno.
2. Quistes maxilares. Visibles radiológicamente como imágenes osteolíticas. La etiología es variable: radicales (los

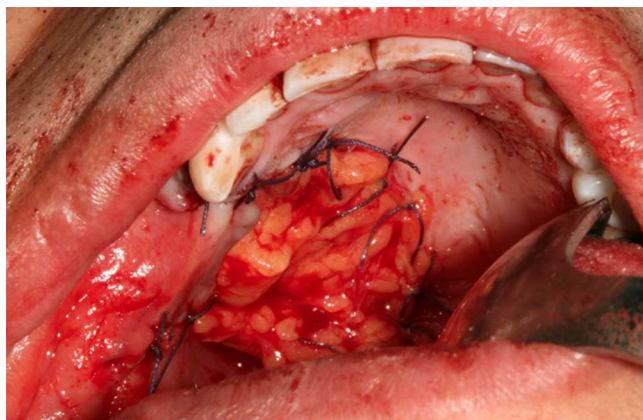


Figura 3 – Colgajo de bola de Bichat.

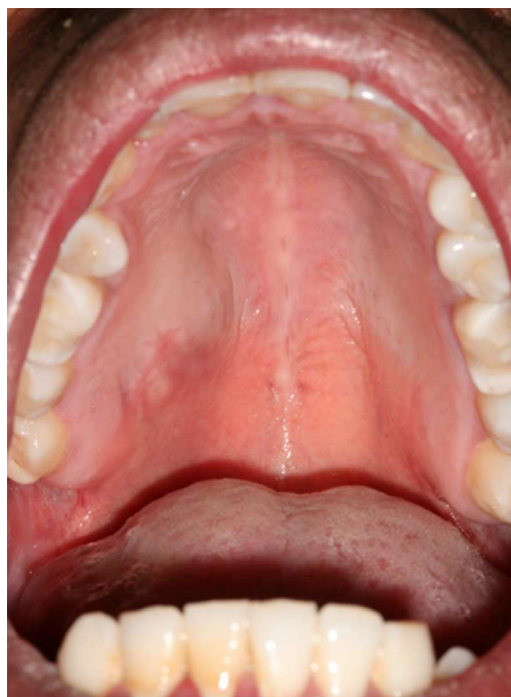


Figura 4 – Postoperatorio a los 6 meses.

más frecuentes), foliculares, queratoquistes, quistes del conducto nasopalatino, globulomaxilares...

3. Patología tumoral. Pueden tratarse de lesiones benignas o malignas.

En nuestro centro, los tumores de glándula salival menor de localización palatina son mayoritariamente benignos, en contraste con otros estudios⁵. En general, las lesiones benignas crecen lentamente, no son dolorosas y no se ulceran, mientras que las malignas crecen más rápidamente y se ulceran en su superficie, produciendo dolor. La lesión benigna más frecuente es el adenoma pleomorfo, presentándose como una masa indolora de lento crecimiento y de consistencia elástica. También es frecuente el mioepitelioma, tumoración infradiagnosticada, pues se incluye en muchas ocasiones en el mismo grupo que el adenoma pleomorfo⁶. Ambos suelen presentarse en pacientes entre la quinta y la sexta décadas de vida, con predominancia en el sexo femenino. Las lesiones malignas más frecuentes son el CME y el carcinoma adenoide quístico (CAQ). El CAQ cursa como una masa de lento crecimiento, ulcerada, con un dolor crónico asociado, afectando principalmente a pacientes en la sexta década de vida⁷.

El linfoma y el plasmocitoma afectan a pacientes de avanzada edad y se presentan como unas lesiones asintomáticas radiolúcidas. Los linfomas en el paladar son muy infrecuentes y se originan desde el tejido linfoide asociado a la mucosa (MALT) localizado en el paladar duro⁸.

El carcinoma epidermoide primario intraóseo es más frecuente en pacientes de edad más avanzada que el CME. Ambos pueden producirse por una transformación maligna de quistes foliculares, periapicales, residuales o queratoquistes⁹.

La gran variedad de entidades que cursan como masas palatinas hace necesario el establecimiento de un protocolo diagnóstico. En nuestro centro, a los pacientes que acuden

consultando por masa localizada en el paladar se les realiza una OPG. Así podemos descartar origen odontógeno o quístico. Si la OPG no nos da información, se procede a una punción con aguja fina (PAAF) en caso de lesiones de características benignas (indolora, lento crecimiento...) o biopsia en caso de lesiones de características malignas (dolorosa, crecimiento rápido, ulcerada...). Si se confirma una tumoración de glándulas salivales menores, se realiza una TC para valorar la afectación del hueso del paladar.

En cuanto al tratamiento, los 2 factores clave para la cirugía radican en la decisión de si es necesario incluir hueso en la extirpación¹⁰ y en el grado de distorsión o pérdida del paladar blando esperado tras la extirpación del tumor. En nuestro caso, no es preciso extirpar hueso ni se va a modificar el paladar blando, por lo que una extirpación con margen suficiente y reconstrucción con bola de Bichat es el tratamiento idóneo.

Conclusión

Ante una masa palatina, hay que tener en cuenta una amplia variedad de posibilidades diagnósticas. Cuando la presentación clínica no cumple todos los criterios de patología infecciosa, debemos pensar en patología quística y tumoral. Es importante descartar la presencia de un tumor de glándula salival menor por las graves consecuencias de un tratamiento tardío. Por ello, tenemos que ser cuidadosos en la anamnesis y la exploración, y solicitar las pruebas necesarias que nos permitan diagnosticar una masa palatina de origen tumoral.

Financiación

El estudio no ha recibido financiación

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Li L-J, Li Y, Wen Y-M, Liu H, Zhao H-W. Clinical analysis of salivary gland tumor cases in West China in past 50 years. *Oral Oncol.* 2008;44:187-92.
2. Kokemueller H, Brueggemann N, Swennen G, Eckardt A. Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands —clinical review of 42 cases. *Oral Oncol.* 2005;41:3-10.
3. Ézsiás A, Sugar A, Milling A, Ashley K. Central mucoepidermoid carcinoma in a child. *J Oral Maxillofac Surg.* 1994;52:512-5.
4. Lopes MA, Santos GC, Kowalski LP. Multivariate survival analysis of 128 cases of oral cavity minor salivary gland carcinomas. *Head Neck.* 1998;20:699-706.
5. García-Molina D, Barba P, Gomez E, Mirada E, Guñales J, Burgueño M. Tumores palatinos de glándula salival menor. Revisión de 30 casos. Comunicación oral el 31 de mayo de 2012 en el 14 Congreso de Cirugía Oral e Implantología, Badajoz.
6. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of intra-oral minor salivary gland tumors: A study of 380 cases from northern California and comparison to reports from other parts of the world. *J Oral Pathol Med.* 2007;36: 207-14.
7. Ruíz-Godoy LM, Mosqueda-Taylor A, Suárez-Roa L, Poitevin A, Bandala-Sánchez E, Meneses-García A. Hybrid tumours of the salivary glands. A report of two cases involving the palate and a review of the literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2003;260:312-5.
8. Tauber S, Nerlich A, Lang S. MALT lymphoma of the paranasal sinuses and the hard palate: Report of two cases and review of the literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2006;263: 19-22.
9. Yasuoka T, Yonemoto K, Kato Y, Tatematsu N. Squamous cell carcinoma arising in a dentigerous cyst. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000;58:900-5.
10. 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.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.06.005>