

Tumor mucoepidermoide de glándula salival.

Informe de un caso

Por los Dres.:

JUAN RODRÍGUEZ-LOECHES Y FERNÁNDEZ,* RUBÉN PÉREZ DE LEÓN,**
MARCOS TACHÉ JALAK,** ROBERTO HERNÁNDEZ HUERTA***
Y JOSÉ E. FERNÁNDEZ-BRITTO RODRÍGUEZ****

Rodríguez-Loeches y Fernández, J., et al. *Tumor mucoepidermoide de glándula salival. Informe de un caso.* Rev. Cub. Ped. 11: 3, 1972.

Se presenta un tumor mucoepidermoide en la región parotídea, de aproximadamente cinco meses de evolución que presentaba en su superficie áreas quísticas. Se destaca que histológicamente la lesión se caracterizaba por presentar pocos elementos epidermoides y abundantes células intermedias. Se comprobó durante la intervención que dicho tumor no se acompañaba de adenopatías satélites y se extendía en profundidad hasta la vecindad de la glándula parótida, pudiendo realizarse la exéresis completa del mismo. Se señala que la enferma recibió radioterapia posoperatoria y que la evolución ha sido favorable hasta su último chequeo.

INTRODUCCION

Los tumores mucoepidermoides de las glándulas salivales son lesiones raras que tienen su origen en las células mucosas y basales.⁸

De tipo epidermoide con producción de mucus asientan de preferencia en la glándula parótida.

En las series publicadas esta lesión se ve en edades medias, siendo excepcional en los niños, en quienes los tumores de dichas glándulas son muy raros, viéndose sólo con alguna frecuencia el *hemangioma*.¹⁰

Este tipo de lesión fue descrito por primera vez en 1945 por *Steward, Foote*

y *Becker*, y hasta ese momento en que quedó establecido como entidad, la literatura sólo recogía 196 casos.

En un tiempo se consideró que podían tener carácter benigno o maligno.^{9,11} Pero más recientemente se ha considerado que el carácter de esta lesión es siempre maligno.^{3,4}

Se clasifican según se distribuyan sus tres tipos de células en: epidermoide, mucosecretor e intermedios.

Entre el grupo de tumores de células de bajo grado de malignidad, las células epidermoides y las células mucosas se ven con igual frecuencia; entre los tumores de células de alto grado de malignidad predominan las células epidermoides e intermedias.⁴

En adición a estos tres tipos de células predominantes, ciertos autores¹ han señalado el de células claras hidrópicas que recuerdan al hipernefroma.

Células conteniendo grasa y células sebáceas han sido descritas también.⁷

La frecuencia de esta lesión es muy baja, constituyendo del 2 al 9% de to-

* Profesor auxiliar de Cirugía, Escuela de Medicina de la Universidad de la Habana, Hosp. Militar Docente "Carlos J. Finlay".

** Residente de Cirugía 3er. año, Hospital Militar Docente C. J. F.

*** Especialista de Pediatría, Hosp. Militar Docente C. J. F.

**** Instructor de Patología, JDpto. Anatomía Patológica Hospital Militar Docente C. J. F.

dos los tumores que se ven en las glándulas salivales.^{1,4,7}

De 101 neoplasias de glándulas salivales diagnosticadas como malignas en la clínica Lahey, 6 eran de este tipo, siendo la parótida la glándula más afectada en cuatro casos.⁵

Se les observa con mayor frecuencia en la 4ta. y 5ta. décadas de la vida.^{4,12} Algunos han señalado que las formas más benignas ocurren en los pacientes jóvenes.⁴

Estadísticamente no parece que esta lesión tenga preferencia por algún sexo, aunque es ligeramente más frecuente en el femenino.⁴

Clinicamente se presentan estos tumores como una inflamación indolora, generalmente de la glándula parótida, que puede variar desde algunos milímetros hasta unos cuantos centímetros; las lesiones de más baja malignidad son más pequeñas, menos firmes, más móviles y más propensas a la formación de quistes que casi no se ven en lesiones de alto grado de malignidad.²

El tiempo de evolución puede variar desde algunas semanas hasta 10 o más años,¹² señalándose por algunos como tiempo promedio de evolución la de 14 meses para lesiones de alto grado de malignidad.⁴

La lesión puede ser encapsulada, circunscrita o difusa; puede acompañarse de dolor y en ocasiones descubrirse por parálisis del nervio facial.

La evolución de los tumores de bajo grado de malignidad recuerdan al tumor mixto; mientras que los más malignos recuerdan en su evolución al carcinoma.² Las metástasis varían de acuerdo al tipo de lesión. *Frazell* señala para las lesiones de alto grado de malignidad un 66% de metástasis a los linfáticos locales y 33% a piel, huesos, pulmón y cerebro; además, recurrencias en el 60% de los enfermos; con una

sobrevivencia de 30.4% después de 5 años; para lesiones de menor grado de malignidad sólo ofrece un 15% de recurrencias y una sobrevivencia de un 93.1% después de 5 años. Otros autores señalan sobrevivencias de 25% para todos los tipos de lesiones después de los 5 años.⁶

El tratamiento de esta lesión es quirúrgico, debiendo practicarse resecciones amplias complementadas con radioterapia.

Informe del caso

M. R. H. H.C. 525337. Niña blanca. 8 años.

M.I. Tumor por debajo y detrás del lóbulo auricular derecho.

Historia. Cinco meses antes de ingresar observó la aparición de una pelotita algo detrás del ángulo maxilar, de aspecto inflamatorio; fue llevada a un policlínico, donde le indicaron tratamiento médico y al no mejorar fue consultada de nuevo por un cirujano, quien juzgó la lesión como un absceso incidiéndola pero sin obtener pus.

Una semana después de ser operada y al notar la madre que la lesión seguía sin modificarse, la trajo a este hospital "Carlos J. Finlay", quedando ingresada en el servicio de Pediatría el día 12 de marzo de 1971.

Los datos recogidos en el interrogatorio fueron de poco interés; la niña nació a término por parto eutócico, pesó 8 1/2 libras; se sentó antes del año, caminando a los 11 meses; en la actualidad cursa 3er. grado.

No ha padecido enfermedades respiratorias de importancia ni tiene familiares tuberculosos.

Pe:ó al ingreso 54 libras, con una talla de 131 cm.

El examen físico general era el de una niña bien nutrida, sin síntomas aparentes de enfermedad, salvo la lesión que presentaba en la vecindad de la oreja derecha.

Al examen regional del área afectada se encontró una lesión de unos 2 ó 3 cm de diámetro de forma redondeada, de color violáceo, de consistencia dura que no fluctuaba ni dolía cuando se palpaba, exhibiendo en su superficie áreas quísticas y una cicatriz de intervención reciente; dicha lesión desplazaba hacia adelante el lóbulo inferior de la oreja derecha. La epidermis ha sido invadida y se presentan quistes de aspecto mucoso.

A la enferma se le hicieron los análisis habituales, resultando todos normales.

El día 18 de marzo se tomó una muestra de la secreción para estudio y cultivo de la misma, informándose el 24 de marzo de 1971 la presencia de *Staphylococcus aureus*. En el informe recibido en marzo 31 de 1971 no se obtuvo crecimiento de hongo ni de B.A.A.R.

El día 21 de marzo de 1971 se tomó un fragmento de la lesión por punción para biopsia, resultando insuficiente el material obtenido para el diagnóstico histológico.

En marzo 22 de 1971 se le hicieron radiografías de cráneo, mastoides, tórax y un survey óseo, informándose todos dichos estudios como normales.

Después de las investigaciones practicadas se decidió la intervención el día 31 de marzo de 1971. Bajo anestesia general se practicó una incisión elíptica de unos 6 cm que, rebasando ampliamente la lesión, abarcaba una parte de la cara posterior del lóbulo inferior de la oreja; se comprobó que la lesión, aunque encapsulada, rechazaba la aponeurosis del esternocleidomastoideo, profundizando dicha incisión hasta la mastoidea, la que no estaba infiltrada y pudiendo así, mediante disección, identificar la glándula parótida por su extremidad inferior, hasta donde parecía extenderse el tumor. Se procedió a la exéresis en bloque del proceso sin tener necesidad de incluir tejido glandular, ya que había un buen plano de clivaje entre el tumor y la glándula.

Una vez terminada la intervención quedó expuesta una amplia zona cruenta que se empaquetó con gasa vaselinada para un cierre por segunda intención.

La evolución posoperatoria inmediata fue favorable, habiendo recibido penicilina y eritromicina durante los primeros seis días; las curas locales se hicieron cada 3er. día y a las dos semanas de intervenida se le inició la irradiación del área tumoral hasta 5 000 RAD en 36 sesiones. Se le dio el alta el día 15 de abril de 1971 y en los hemogramas seriados practicados por consulta externa se observó una caída de la cifra de hematíes, que en agosto 18 de 1971 llegó a ser de $3\ 300\ 000 \times \text{mm}^3$.

En septiembre 8/1971 la niña reingresó para un mejor estudio. En el examen del área quirúrgica ésta aparecía completamente cicatrizada por segunda intención; las radiografías de mastoides y survey óseo practicado en este ingreso eran normales al igual que el medulograma.

La enferma ha seguido siendo chequeada por consulta hasta el mes de marzo del presente año, sin que hasta el momento hayan aparecido adenopatías satélites ni otra manifestación de metástasis de la enfermedad.

COMENTARIO

Esta paciente desarrolló un tumor mucoepidermoide a una edad en la que no suele verse este tipo de lesión.

Clínicamente aparecía con el aspecto de una masa inflamatoria de crecimiento rápido que exhibía en su superficie áreas quísticas.

En el estudio microscópico predominaron las células intermedias, pocos elementos epidermoides, ausencia de mitosis y uniformidad histológica, lo que, unido a la evolución clínica seguida hasta el presente permite plantear un buen pronóstico.



Fig. 1.—Obsérvase una masa tumoral a nivel del ángulo posteroinferior de la oreja derecha que la desplaza. La epidermis ha sido invadida y se presentan quistes de aspecto mucoso.



Fig. 2.—Obsérvese la lesión ovoide, irregular, de bordes imprecisos que infiltra la epidermis y crece hacia el dermis profundo, blanquecino con pequeñas áreas de hemorragia.



Fig. 3.—Obsérvese un conducto glandular de epitelio estratificado con numerosas células mucosas en su interior.

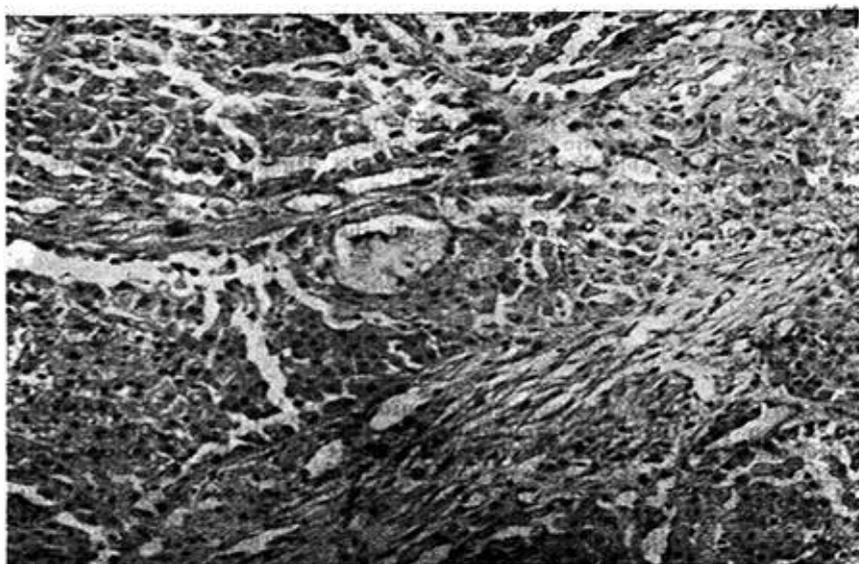


Fig. 4.—Masa tumoral destacándose al centro una cavidad llena de mucus. Obsérvese la gran celularidad y la distribución en sábana de las células tumorales.

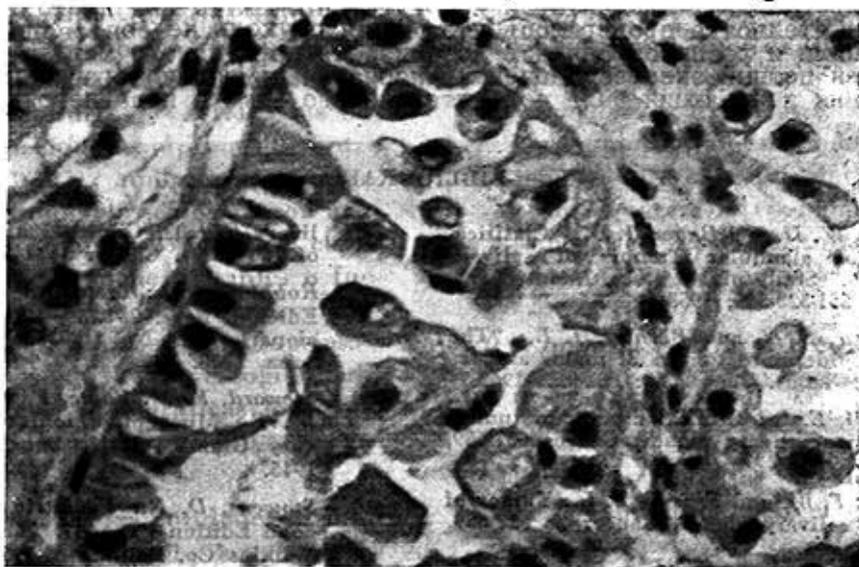


Fig. 5.—Obsérvese una estructura glandular revestida por numerosas células intermedias que presentan vacuolas mucosas en su interior.

SUMMARY

Rodríguez-Loeches, J., et al. *Mucoepidermoid tumor of salivary gland. A one-case report.* Rev. Cub. Ped. 44: 3, 1972.

A mucoepidermoid tumor in the parotid region of approximately five months of evolution which presented its surface cystic areas is presented. Histologically, the lesion featured few epidermoid elements and abundant intermediary cells. During operation it was verified that this tumor was not accompanied of satellite adenopathies and extended in deepness up to the vicinity of the parotid gland, performing a total exeresis of it. It is suggested that the patient received postoperative radiotherapy and that evolution has been favourable until the last check.

RESUME

Rodríguez-Loeches J., et al. *Tumeur mucoépidermoïde de la glande salivaire. A propos d'un cas.* Rev. Cub. Ped. 44: 3, 1972.

On présente un cas de tumeur muco-épidermoïde dans la région parotidienne de 5 mois d'évolution à peu près, laquelle avait dans la surface d'aires kystiques. Histologiquement la lésion présentait peu d'éléments épidermoïdiens et beaucoup de cellules intermédiaires. Au cours de l'intervention on a constaté que cette tumeur n'était pas associée aux adénopathies satellites et qu'elle s'étendait en profondeur jusque les environnements de la glande parotide, pouvant pratiquer l'exérèse complète de celle-ci. On souligne que la patiente a reçu radiothérapie post-opératoire et que l'évolution a été favorable jusqu'au dernier examen.

РЕЗЮМЕ

Родригез-Лоэчес и Фернандез, Х., и др. Мукоэпидермоидная опухоль слюнного железа. Сообщение одного случая. Rev. Cub. Ped. 44: 3, 1972.

Представляется мукоэпидермоидная опухоль паротидной области, примерно пятимесячной эволюции с кистозными поверхностными участками. Гистологически отмечается, что поражение характеризовалось небольшим наличием эпидермоидных элементов и изобилием промежуточных клеток. Во время вмешательства проверилось, что данная опухоль не сопровождалась аденопатиями и распространилась до близости паротидного железа. Был произведен полный экзерец. Пациентке назначилась послеоперационная радиотерапия и эволюция была положительной до самого недавнего контроля.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Bauer, W. H. and Bauer, J. D.: "Classification of glandular Tumors of salivary Glands." Study of 143 cases. A.M.A. Arch. Path. 551-328-346, 1953.
- 2.—Bhaskar, S. N. and Bernier, J. L.: "The Mucoepidermoid tumors of major and Salivary Glands. Cancer 15: 801-817, 1962.
- 3.—Frazell, E. L.: Clinical aspects of tumors of major salivary glands. Cancer 637-659, 1954.
- 4.—Foote, F. W. and Frazell, E. L.: Tumor of major salivary glands. Cancer 7: 637-659, 1954.
- 5.—Lathrop, F. D.: Malignant disease of the salivary glands.: A follow survey surgical clinics of North America. 39: 605-619, 1959.
- 6.—Pathology Anderson: W. A. D. Fifth Edition Vol. II Pag. 832 Saint Louis, 1966.
- 7.—Rawson, A. J.; Howard, J. M.; Royster, H. P. and Horn, R. C. Jr. Tumors of Salivary Glands. Clinico Pathological Study of 160 cases. Cancer 3: 445-458, 1950.
- 8.—Robbins, S. L.: Tratado de Patología. 3ra. Edición, Págs. 734-739, Ediciones Revolucionarias. 19 No. 1002, Vedado La Habana, 1968.
- 9.—Steward, F. W., Foote, F. N. and Becker, W. F.: Mucoepidermoid tumors of Salivary Glands. ANN. Surg. 122: 820-844, 1945.
- 10.—Stowens, D. R.: Pediatric Pathology. Second Edition Pag. 447. The Williams and Wilkins Co. Baltimore, 1966.
- 11.—Smith, A. G.; Broadbent, T. R. and Zauleta, A. A.: Tumors of orce Mucous Glands. Cancer 7: 224-233, 1954.
- 12.—Woolner, L. B., Pettet, T. R. and Kirklin, J. W.: Mucoepidermoid tumors of major salivary glands. Am. J. Clin. Path. 24: 1350-1362, 1954.