

Carcinoma parotídeo epitelial-mioepitelial: Presentación de un caso y revisión de la literatura

Parotid epithelial-myoepithelial carcinoma: Case presentation and literature review

Carlos Morales A¹, Rodrigo Arregui V¹, Andrés Merino G¹, Cecilia Sedano M¹,
Pilar Contreras R¹.

RESUMEN

Se presenta caso de paciente de sexo femenino de 53 años de edad con tumor parotídeo izquierdo de larvada evolución, con crecimiento progresivo y otalgia ipsilateral en los últimos meses, estudiado previamente con tomografía de cuello con contraste y resonancia magnética que destacan masa del lóbulo profundo de la parótida de características imagenológicas benignas. Se realizó parotidectomía del lóbulo profundo con resección tumoral preservando el nervio facial casi en su totalidad con excepción de rama marginal, la biopsia de la pieza quirúrgica fue informada como carcinoma epitelial-mioepitelial de bajo grado, un tumor infrecuente de las glándulas salivales. Se decidió completar la parotidectomía superficial y realizar vaciamiento ganglionar selectivo lateral ipsilateral, complementando el tratamiento con radioterapia. Además se presenta una revisión de la literatura correspondiente.

Palabras clave: Epitelial, mioepitelial, carcinoma, parótida.

ABSTRACT

We present a case of a 53 years old female patient with a left parotid tumor, with slow evolution, progressive growth and ipsilateral otalgia during later months. She was previously studied by tomography of the neck with contrast and magnetic resonance, which showed the mass of the deep lobe to have benign imaging characteristics.

A parotidectomy of deep lobe was performed, with tumoral resection, preserving the facial nerve with the exception of the marginal branch.

The biopsy was informed as epithelial-myoepithelial carcinoma, a rare salivary gland tumor. We completed the parotidectomy with neck dissection and Radiotherapy complementary was made. Besides we presented a literature review.

Key words: Epithelial, myoepithelial, carcinoma, parotid.

¹ Médico del Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Barros Luco Trudeau. Universidad de Chile.

INTRODUCCION

El carcinoma epitelial-mioepitelial (CEM) es una variante histológica infrecuente de los tumores de glándulas salivales representando el 1% de todos los tumores malignos de las glándulas salivales. La glándula parótida constituye la mayoría de los casos, seguidos de las submaxilares y las glándulas salivales menores^{1,2}. Debido a su heterogeneidad morfológica previamente era conocido como "tumor maligno mixto" o "carcinoma ex adenoma pleomorfo", actualmente el término correcto para el CEM está dado por los criterios de diferenciación mioepitelial (morfológica e inmunohistoquímica) y la capacidad para invadir el parénquima glandular o los tejidos adyacentes³. Son tumores de buen pronóstico debido a su bajo grado histológico, aun cuando tienen una alta tasa de recurrencia local cercana al 30%⁴, sin embargo con un bajo riesgo de metástasis a distancia que alcanza aproximadamente el 4%⁵.

CASO CLINICO

Se presenta el caso clínico de paciente de sexo femenino de 53 años de edad con antecedentes

de tabaquismo que consulta por cuadro clínico de 6 años de evolución caracterizado por masa en región del ángulo mandibular izquierdo en relación a la cola de la parótida izquierda, de aproximadamente 5 x 4 cm de diámetro céfalo-caudal y anteroposterior respectivamente asociada a otalgia ipsilateral en los últimos 6 meses. Al momento de la consulta no se evidenciaba compromiso cutáneo ni de la musculatura facial. Se realizó estudio inicial con tomografía y resonancia magnética complementaria que evidencian masa parotídea de aspecto heterogéneo que compromete el lóbulo profundo de la parótida izquierda y que fue interpretado inicialmente como un tumor de Whartin, sin descartar infiltración del nervio facial en las imágenes (Figuras 1 y 2). Se realizó punción aspirativa con aguja fina con muestra no concluyente. Se realizó resección tumoral con parotidectomía del lóbulo profundo con resección tumoral, preservando el nervio facial tras su identificación, a excepción de ramas distales del tracto marginal que se encontraba infiltrada por el tumor (Figura 3). Se revisó biopsia de la pieza quirúrgica confirmada con estudio de inmunohistoquímica, siendo informada como carcinoma epitelial-mioepitelial de bajo grado (Figura 4).



Figura 1. Resonancia magnética: Masa de aspecto heterogéneo hipointenso en T1 e hiperintensa en T2 con extensión a lóbulo profundo de parótida izquierda, con dimensiones que alcanzan 53 x 47 mm en sus diámetros longitudinal y anteroposterior respectivamente.



Figura 2: Resonancia magnética. Corte axial en T1 y T2, se observa masa en lóbulo profundo de parótida izquierda sin precisar con claridad infiltración del nervio facial.

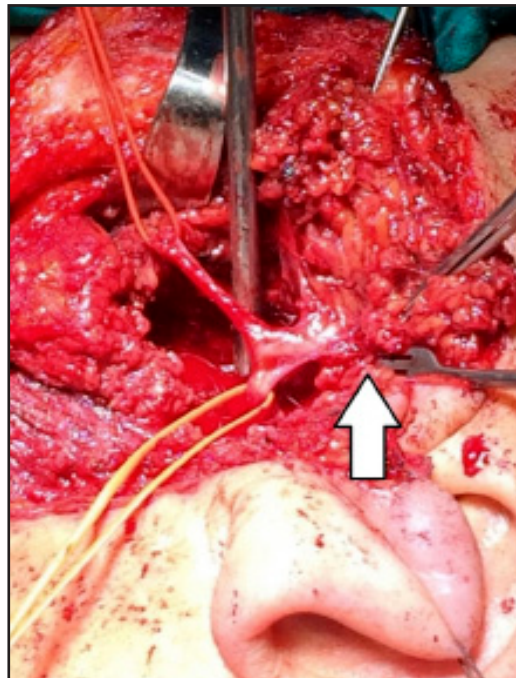


Figura 3. Resección tumoral en lóbulo profundo de parótida izquierda, se observa la identificación del tronco del facial emergiendo por el agujero estilomastoideo (flecha blanca) y la identificación de sus distintas ramas. Nótese el defecto posresección de la masa.

Se decidió completar la parotidectomía del lóbulo superficial en un segundo tiempo quirúrgico además de realizar vaciamiento ganglionar selectivo de grupos II, III y IV ipsilateral, resultando negativo para metástasis en el informe biopsico

posterior, presentando buena evolución clínica del punto de vista de la musculatura facial en el posoperatorio tardío (Figura 5).

Tras su presentación en comité oncológico y con el propósito de disminuir la recurrencia local

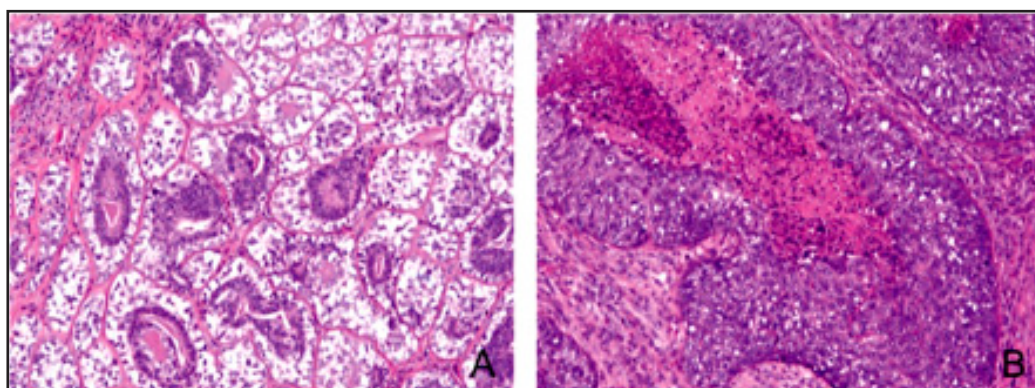


Figura 4. A. Características típicas de carcinoma epitelial-mioepitelial a la tinción con hematoxilina-eosina. Se observa capa de células epiteliales internas y células claras mioepiteliales en capa externa (200X). B. Diferenciación epitelial manifestada como anaplasia y necrosis en ducto salival (200X).



Figura 5.

se inició tratamiento complementario con radioterapia con esquema fraccionado para completar dosis total de 60 Gy.

DISCUSION

El CEM es una entidad infrecuente, representando entre el 0,2% al 1% de los tumores malignos

de las glándulas salivales, se presenta principalmente en parótida, aun cuando se han reportado casos excepcionales en sitios como piso de la boca, paladar, orofaringe, laringe e incluso en mama^{6,7}.

Recientemente Vásquez⁴, publicó la mayor revisión de casos de la literatura con 246 casos documentados en USA, siendo 320 los publicados alrededor del mundo. El sexo femenino fue prevalente en 57% de los casos, por lo que existe la sospecha de una teoría hormonal, además de una relación a la influencia genética en la patogénesis de estas lesiones. El promedio de edad de presentación es de 63 años y un factor pronóstico negativo es la edad por sobre los 75 años.

El promedio de sobrevida a 60 meses es de 91,3%, mientras que a 120 y 180 meses corresponde a 90,2% y 80,7%, respectivamente.

Como fue mencionado con anterioridad, la glándula parótida es el tejido más frecuentemente comprometido, seguido de la glándula submaxilar, sin embargo, no existen diferencias significativas en la recurrencia aun cuando se pudiera inferir mayor recurrencia en parótida dado la dificultad de su resección por el posible compromiso del nervio facial.

Del punto de vista histológico, los estudios confirman la diferenciación mioepitelial con una expresión de vimentina, S-100 proteína y calponina en 80% de los casos, estos marcado-

res no están presentes generalmente en células mioepiteliales sanas y son muy sensibles (pero no específicas) para transformación neoplásica mioepitelial⁸.

Existe una relación entre el tamaño tumoral y la sobrevida, siendo los tumores menores de 2 cm de mejor pronóstico con una sobrevida de 96% a los 180 meses de seguimiento, mientras que aquellos mayores a 4 cm alcanzan sobrevidas cercanas al 58%.

El tratamiento de estas neoplasias es fundamentalmente quirúrgico, resección tumoral con el propósito de lograr márgenes negativos. La radioterapia aun cuando es empleada en algunos pacientes sin criterios establecidos claramente, no ha mostrado un aumento de la sobrevida a 5 años, sin embargo en algunos estudios se ha reportado una mejoría en la recurrencia local⁹.

La quimioterapia ha sido empleada en escasos casos sin mostrar beneficio ni en sobrevida ni en recurrencia local.

Las metástasis son infrecuentes, cercanas al 4% como se mencionó con anterioridad y generalmente se presentan en los grupos ganglionares del cuello, aunque se han reportado casos de diseminación pulmonar¹⁰.

CONCLUSION

El CEM es una neoplasia maligna infrecuente de las glándulas salivales, de buen pronóstico, con una alta tasa de recurrencia local, y bajo riesgo de diseminación a distancia. Su tratamiento es la extirpación quirúrgica de la lesión. La radioterapia podría realizarse de acuerdo a la presencia de bordes quirúrgicos positivos, tamaño tumoral y compromiso ganglionar, sin demostrar una mejoría en la sobrevida, sin embargo puede disminuir la recurrencia local.

BIBLIOGRAFIA

1. HUSSAINI H, ANGEL C, SPEIGHT P, FIRTH N, RICH A. A double clear variant of epithelial-myoepithelial carcinoma of the parotid gland. *Head and neck pathol* 2012; 6: 471-5.
2. DEERE H, HORE I, McDERMOTT N, LEVINE T. Epithelial-myoepithelial carcinoma of the parotid gland: a case report and review of the cytological and histological features. *J Laryngol Otol* 2001; 115: 434-6.
3. KANE S, BAGWAN I. Myoepithelial carcinoma of the salivary glands. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2010; 136:702-712.
4. VÁSQUEZ A, PATEL T, D'AGUILLO C, ABDU R. Epithelial-Myoepithelial carcinoma of the salivary glands: An analysis of 246 cases. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2015; 153:569-574.
5. SENIS-SEGARRA L, SAHUQUILLO-ARCE E, DAVO R, HAMAD-ARCIS P, FLORIA-GARCIA LM, BAQUERO MC. Salivary gland epithelial-myoepithelial carcinoma: behaviour, diagnosis and treatment. *Med Oral* 2002; 7: 391-5.
6. ESPÓSITO E, CASSIANO B, CINQUEGRANI F. Salivary glands: report of a rare case of myoepithelial carcinoma involving tongue base treated by CO2 laser. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2009; 29: 156-9.
7. TEPPD H, PARONEN I. Epithelial-myoepithelial carcinoma in minor salivary gland of the hard palate. *J Craniofac Surg* 2008; 19: 1689-91.
8. SEETHALA R, BARNES E, HUNT J. Epithelial-Myoepithelial Carcinoma: A review of the clinicopathologic spectrum and immunophenotypic characteristics in 61 tumors of the salivary glands and upper aerodigestive tract. *Am J Surg Pathol* 2007; 31: 44-57.
9. DEERE H, HORE I, McDERMOTT N, LEVINE T. Epithelial-myoepithelial carcinoma of the parotid gland: a case report and review of the cytological and histological features. *J Laryngol Otol* 2001; 115: 434-6.
10. YAMASAKI H, OTA Y, AOKI T, KANEKO A. Lung metastases of epithelial-myoepithelial carcinoma of the parotid gland successfully treated with chemotherapy: A case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2013; 71: 220-6.