

# Carcinoma mucoepidermoide central

## Central mucoepidermoid carcinoma

Victor Argueta Sandoval<sup>(1)</sup>, Alvaro Forno Noriega<sup>(2)</sup>, Jhohan Vásquez<sup>(3)</sup>, Juan Carlos Mérida<sup>(2)</sup>, Mario Flores<sup>(1)</sup>.

1. Departamento de Patología, Hospital General San Juan de Dios, Guatemala.
2. Departamento de Cirugía, Instituto de Cancerología, Guatemala. Guatemala.
3. Unidad de Hemato-oncología, Hospital General San Juan de Dios, Guatemala.

**Correspondencia:** Dr. Victor Argueta, [arguetasandoval@yahoo.com](mailto:arguetasandoval@yahoo.com)

**DOI:** <https://doi.org/10.36109/rmg.v161i3.512>

**Recibido:** 3 de Mayo 2022 - **Aceptado:** 20 de Junio 2022 - **Publicado:** Septiembre 2022

## Resumen

*El carcinoma mucoepidermoide central es poco frecuente, se presenta dentro de la mandíbula y rara vez dentro del maxilar, representa de 2% a 4% de los carcinomas mucoepidermoides. Se ha considerado como mejor tratamiento quirúrgico el tratamiento radical, porque los tratamientos conservadores han tenido muchas recidivas.*

**Palabras clave:** Carcinoma mucoepidermoide, carcinoma mucoepidermoide central, mandíbula.

## Abstract

*Central mucoepidermoid carcinoma is rare, it occurs within the mandible and rarely within the maxilla, it represents 2% to 4% of mucoepidermoid carcinomas. Radical treatment has been considered the best surgical treatment, because conservative treatments have had many recurrences.*

**Keywords:** Mucoepidermoid carcinoma, central mucoepidermoid carcinoma, mandible.

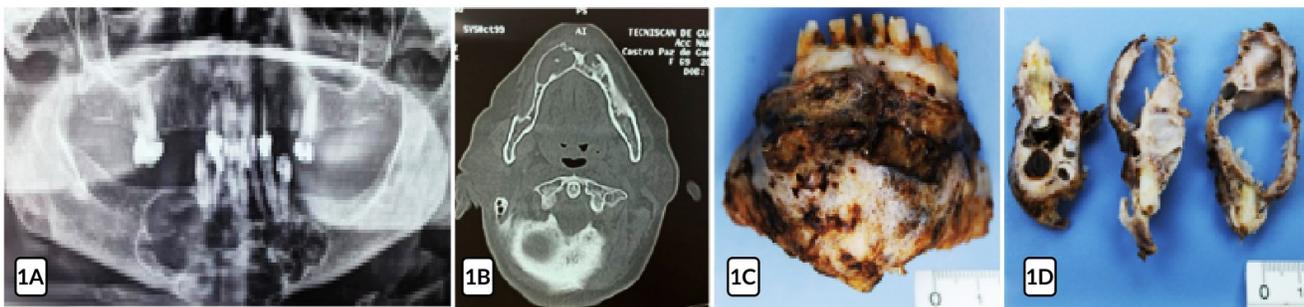
## Introducción

El carcinoma mucoepidermoide (CME) es la neoplasia maligna que se presenta con más frecuencia en las glándulas salivales [1,2]. Esta neoplasia se presenta hasta en un 86% en la glándula parótida, seguido de glándula submandibular y sublingual [1]; representa el 30% de los tumores malignos de glándulas salivales y el 12% de todas las neoplasias de estas glándulas [2]. El CME rara vez ocurre dentro de la mandíbula y se llama CME central (CMEC), representa de 2% a 4% de los CME, puede presentarse también en maxilar, pero con menor frecuencia [1,2,3]. Existe una revisión de la literatura, que informa 133 casos de enero 2,000 hasta julio 2018 [2]; sin embargo, se ha considerado, que por su poca frecuencia e inconsistencia de informes de casos individuales, se dispone de información limitada en relación a su evolución clínica, patogenia, tratamiento y pronóstico [3]. Presentamos el caso de una mujer de 70 años de edad, con diagnóstico de CMEC.

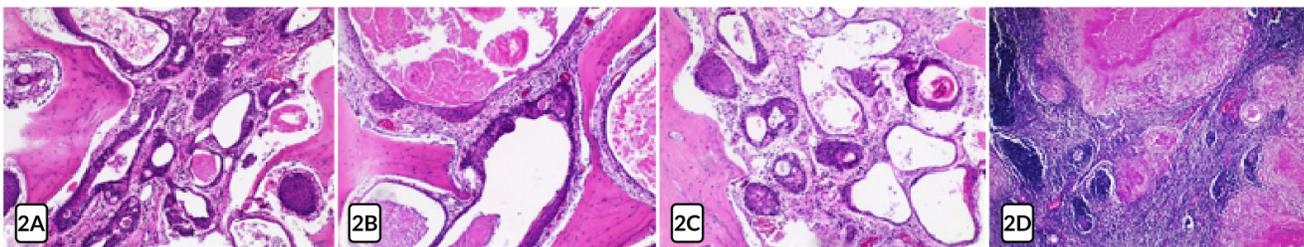
## Presentación de caso

Paciente de sexo femenino de 70 años de edad, que consultó por dolor y molestias dentales, a nivel de mandíbula, de varios meses de evolución. En la evaluación clínica tenía induración en el mentón y dolor a la palpación, así como inestabilidad de algunos dientes. Se realizó estudio de imagen panorámica de mandíbula que reveló lesión intraósea multilobulada, radioluciente, bilateral, que expandía cortical (Figs 1A y 1B). La biopsia fue interpretada por el doctor Román Carlos como CMEC. Se realizó mandibulectomía segmentaria central (márgenes quirúrgicos libres) y reconstrucción con placa de titanio y tornillos; además disección radical modificada tipo III de cuello, bilateral, debido a presencia de adenopatía, por clínica e imágenes.

En el estudio de anatomía patológica, se recibió hueso mandibular que midió 11x5.5 cm, con un grosor de 1 a 1.5cm (Fig. 1C). Al corte se observó lesión quística multiloculada, que midió 4x3.7 cm, con cavidades que medían de 0.1cm a 2cm (Fig. 1D). También se recibieron 14 ganglios linfáticos cervicales derechos y 15 izquierdos, así como ambas glándulas salivales submaxilares. En el estudio histológico se apreció neoplasia formada por cavidades recubiertas por epitelio plano estratificado y epitelio cilíndrico mucoproducente; además células de apariencia intermedia, más focos de epitelio de apariencia basal. Se observaron focos de neoplasia con patrón sólido y quístico que invadían el tejido óseo (Figs. 2A, 2B y 2C). Los ganglios linfáticos de ambos lados fueron negativos, pero mostraban inflamación crónica con formación de granulomas, necrosis caseosa y células gigantes tipo Langhans (Fig. 2D). Las tinciones de PAS y Kinyoun fueron negativas. Las glándulas salivales estaban libres de neoplasia.



**Figura 1:** 1A y 1B: imágenes con lesión quística. 1C: pieza quirúrgica. 1D: lesión quística.



**Figura 2:** 2A, 2B y 2C: carcinoma con invasión. 2D: ganglio linfático con granulomas, células gigantes y necrosis caseosa.

## *Discusión*

El CMEC es una neoplasia poco frecuente. En la literatura revisada no encontramos informe de esta neoplasia en Guatemala. El origen es controvertido, considerándose muchas posibilidades, entre ellas, metaplasia de quistes odontogénicos, atrapamiento de tejidos de glándulas salivales durante el desarrollo embrionario, epitelio del seno maxilar [1,3].

El diagnóstico clínico del CMEC es muy difícil, puede confundirse con entidades más frecuentes, como queratoquiste odontogénico, ameloblastoma, quiste dentígero y quiste odontogénico glandular [1,2], por lo que es necesario realizar el diagnóstico histopatológico [2].

Los tratamientos conservadores tienen recurrencias hasta de un 40% [2,4], por lo que la cirugía radical, se debe considerar como tratamiento de primera línea [2]). En el presente caso se realizó mandibulectomía segmentaria central y disección radical bilateral de cuello, porque paciente tenía adenopatía bilateral. Se conoce que estas neoplasias dan metástasis, principalmente a ganglios linfáticos locales [2], por lo que la disección de cuello y la radioterapia adyuvante son parte del tratamiento, cuando hay ganglios linfáticos involucrados [2]. Los ganglios linfáticos de paciente fueron negativos para neoplasia, pero muchos tenían inflamación crónica con formación de granulomas, necrosis caseosa y células gigantes tipo Langhans, sugestivos de tuberculosis. La tinción de Kinyoun fue negativa, por lo que se sugirió diagnóstico por otras técnicas diagnósticas.

El pronóstico es difícil de establecer, porque varios tratamientos pueden producir resultados diferentes. Se han informado varios factores que pueden estar asociados con el pronóstico, como el sexo, el grado histológico, el abordaje quirúrgico y el estado de los ganglios linfáticos regionales, considerando el tratamiento como un factor pronóstico significativo [2]. El CMEC se caracteriza por recurrencias y metástasis tardías; por lo que se debe realizar seguimiento a largo plazo [2,3].

10.1186/1477-7819-1-1.

## *Agradecimiento*

En memoria del doctor Román Carlos Bregni.

## Referencias bibliográficas / References

1. Singh H, Kumar A, Chand Sh, Singh A, Shukla B. Central mucoepidermoid carcinoma: Case report with review of literatura. *Natl J Maxillofac Surg.* 2019; 10(1): 109–113. Doi: 10.4103/0975-5950.259843.
2. Li X, Wang f, Wang Y, Sun Sh, Yang H. An unusual case of intraosseous mucoepidermoid carcinoma of the mandible: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore).* 2018; 97(51): e13691. Doi: 10.1097/MD.00000000000013691.
3. Isshiki-Murakami M, Tachinami H, Tomihara K, Noguchi A, Sekido K, et al. Central mucoepidermoid carcinoma of the maxilla developing from a calcifying odontogenic cyst: A rare case report. *Clin Case Rep.* 2021; 9(10): e04928. Doi: 10.1002/ccr3.4928.
4. Simon D, Somanathan T, Ramdas K, Pandey M. Central mucoepidermoid carcinoma of mandible - a case report and review of the literature. *World J Surg Oncol* 2003;1:1. Doi: 10.1186/1477-7819-1-1.