

Mioepitelioma como diagnóstico diferencial de tumores de cara

Myoepithelioma as a differential diagnosis of facial tumors

**Stefania Toso-Díaz de la Vega,¹ Rodrigo Loubies-Muñoz,²
Alfredo Cardemil-Balari,¹ Alfredo Cardemil-van der Schraft,²
Laura Segovia-González³**

RESUMEN

Los mioepiteliomas son tumores derivados de la glándula parótida, son poco comunes y representa entre el 1% y el 1,5% de todas las neoplasias salivales. Los tumores de cabeza y cuello se pueden manifestar clínicamente como masas palpables o por producir síntomas neurológicos, en la vía aérea o digestiva superior. Representan un gran número de enfermedades tanto benignas como malignas. Los mioepiteliomas son los tumores a tener en consideración frente a un aumento de volumen facial. Se presenta el caso de una mujer de 68 años con una masa de crecimiento lento en la mejilla derecha. Se realizó la extirpación del tumor y se confirmó el diagnóstico de mioepitelioma por histología. Se analiza y discuten los posibles diagnósticos diferenciales, analizando la literatura existente.

PALABRAS CLAVE: Mioepitelioma, tumor parótida, glándula salival.

ABSTRACT

Myoepitheliomas are tumors derived from the parotid gland, they are very uncommon and represent between the 1% and 1.5% of all salivary neoplasm. Head and neck tumors can manifest clinically as palpable masses, with neurological, or by superior airway – digestive symptoms. They represent numerous benign or malign diseases. Therefore myoepitheliomas have to be considered by health practitioners when a facial mass is being evaluated. We present a clinical case of a woman of 68 years old with a slow growing mass in her right cheek. Surgery and extirpation of the mass was performed and diagnostic confirmation was made by histopathology. We analyze and discuss the possible differential diagnosis and a brief review of the literature.

KEY WORD: Myoepithelioma, parotid tumors, salivary gland.

1. Médico residente de Dermatología. Universidad de Santiago de Chile. Servicio de Dermatología, Hospital El Pino. Santiago, Chile.
2. Dermatólogo, servicio de Dermatología, Hospital El Pino.
3. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Barros Luco Trudeau. Santiago, Chile.

CASO CLÍNICO

Mujer de 68 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes *mellitus* 2 bien controlada. Consulta por lesión tumoral de tres años de evolución en la mejilla derecha de crecimiento lento e indoloro.

Al examen físico no se observaba lesión pero a la palpación se constató una masa tumoral bien definida de 1,5 cm x 1 cm de diámetro de consistencia media, no adherida a planos profundos y sin alteración motora o sensitiva.

La ecotomografía muestra una lesión con imagen quística de aspecto celular de 14 mm x 11 mm localizada a 2,5 mm bajo la piel, sin alteración cortical ósea y planos musculares adyacentes homogéneos, informándose como quiste epidérmico. Durante la cirugía se aprecia una lesión tumoral sólida bajo la piel de 3 cm x 2 cm de tamaño, profunda color blanquecino-grisáceo bien delimitada sin infiltración de estructuras, localizada bajo el hueso cigomático y en contacto con la glándula parótida por su cara inferolateral.

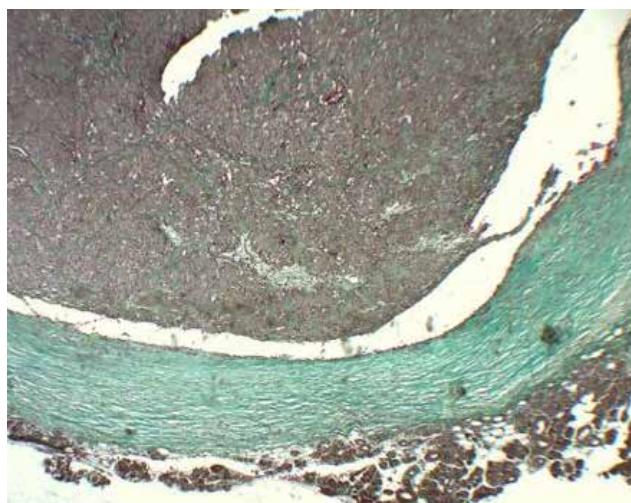


Figura 1. Tumor bien delimitado con capsula fibrosa, tricrómico de Masson positivo, en contacto por bode inferior con glándula salival.

En el estudio histológico, se aprecia un tumor bien delimitado rodeado de una cápsula fibrosa, la cual era positiva para tricrómico de Masson (Figura 1). A mayor aumento se aprecian células plasmocitoides y fusiformes entre haces de colágeno. Se realizaron tinciones y el tumor fue positivo para citoqueratinas, S100 y actina específica para músculo liso (Figura 2). Con este resultado histológico, se realiza el diagnóstico de mioepitelioma.

La paciente evolucionó de buena manera y fue derivada al servicio de Cirugía Maxilofacial para evaluación multidisciplinaria.

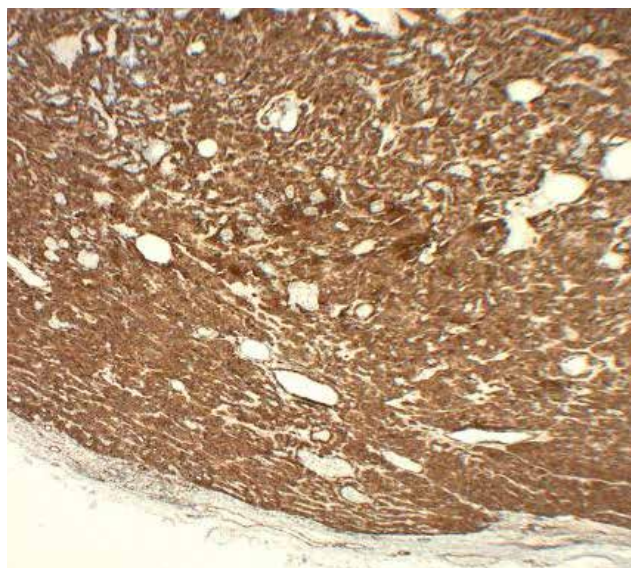


Figura 2. Tumor positivo para actina específica para músculo liso.

DISCUSIÓN

Los tumores de glándulas salivales, representan alrededor de 5 % de las neoplasias de cabeza y cuello. Se manifiestan, en la mayoría de los casos como aumentos de volumen asintomáticos de lento crecimiento, siendo su localización más frecuente la glándula parótida, donde en 80% corresponden a tumores benignos.¹

Sheldon, en 1943, fue el primero en identificar que en las glándulas salivales existía una entidad tumoral diferente, estos eran los tumores mioepiteliales. Siendo reconocidos como una entidad histológica diferente por la Organización Mundial de Salud en el año 1991.²

Las células mioepiteliales son células que tienen un fenotipo de célula muscular lisa y al mismo tiempo de célula epitelial. Se pueden encontrar en variados órganos secretores como son las glándulas salivales. En estas se encuentran generalmente en el ácino y en los ductos intercalados.³ Estas células están descritas en diferentes tumores, el mioepitelioma, carcinoma mioepitelial, carcinoma epitelio-mioepitelial y el adenoma pleomórfico mioepitelial.⁴

El mioepitelioma es un tumor benigno, de crecimiento lento, poco común, entre 1% y 1,5% de todas las neoplasias salivales, con una distribución parecida para ambos sexos,⁵ aunque se reportó una preponderancia en el sexo femenino cuando se analizaron casos que derivaban de glándulas salivales menores. La ubicación más frecuente es la glándula parótida, seguida de las glándulas menores salivales ubicadas en el paladar.^{6,7} Está compuesto por células mioepiteliales con diferente morfología y un componente estromal variable. Estas células pueden ser fusiformes (más común), epitelioideas, plasmocitoides o de células claras. En el tumor pueden presentarse uno o varios tipos de células.

El pronóstico es bueno, aunque se han descrito recurrencias cuando no son extirpados por completo, incluso las recurrencias se presentan como tumores malignos. Esto podría ser debido a que el tumor extirpado tenía células malignas o por transformación maligna de los restos.⁸

Es importante el manejo de los posibles diagnósticos diferenciales como el adenoma pleomorfo de glándula parótida, tumor mixto benigno o adenoma pleomórfico, aparece entre los 20 y 40 años, es de crecimiento lento y tiene una pseudocápsula que puede ser atravesada por prolongaciones del tumor, de ahí que su resección por enucleación o con márgenes estrechos puede significar una recidiva. Son móviles y 85% se presentan en la glándula parótida.^{9,10}

Quiste epidérmico, siendo los quistes cutáneos más frecuentes, pueden aparecer en cualquier parte de la piel, siendo más frecuentes en la cara y tronco superior. Se

caracterizan por ser lesiones bien demarcadas, color piel, en la mayor parte de los casos con un opérculo central en su superficie que representa el folículo del cual derivó el quiste.

Quiste dermoide, típicamente en los niños en zonas de planos de fusión embrionaria. Se caracteriza por ser un nódulo subcutáneo discreto usualmente de 1 cm a 4 cm de diámetro. Su localización más habitual es alrededor de los ojos. En la histología se muestra un quiste delineado por un epitelio escamoso estratificado con una capa granular. Algunas veces se observa músculo liso, pelos, lóbulos sebáceos y glándulas ecrinas y apocrinas.

Pilomatrixoma, neoplasia benigna frecuente en la niñez o adolescencia, presentándose como nódulo solitario de color piel o azulado, de consistencia firme secundario a la calcificación y fibrosis. Generalmente se presentan en la cabeza y el tronco superior.

CONCLUSIÓN

Se concluye que a pesar de que las imágenes muchas veces ayudan a determinar un diagnóstico, pueden generar confusión y hacer dudar de la clínica, sin embargo, siempre debe primar la clínica. En ubicaciones como la cabeza y el cuello, ricas en componentes anatómicos, existen numerosas patologías de diferentes especialidades, por lo que la sospecha de posibilidades diagnósticas fuera del área de la dermatología permitirá diagnosticar otras patologías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llorente JL, Nazar G. Cirugía reconstructiva en cabeza y cuello. En: Suárez C. Oncología de cabeza y cuello. Barcelona: Ars Médica; 2002. p. 247-257.
2. Sheldon WH. So-called mixed tumors of the salivary glands. Arch Pathol. 1943;35:1-20.
3. Dardick I, van Nostrand AW, Phillips MJ. Histogenesis of salivary gland pleomorphic adenoma (mixed tumor) with an evaluation of the role of the myoepithelial cell. Hum Pathol. 1982;13(1):62-75.
4. Seifert G, Sobin LH. Myoepithelioma. World Health Organization International Histological Classification of Tumours: Histological typing of salivary gland tumours. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1991. p. 20-1.
5. Cuadra Zelaya F, Quezada Rivera D, Tapia Vazquez JL, Paez Valencia C, Gaitán Cepeda LA. Plasmacytoid myoepithelioma of the palate. Report of one case and review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007;12(8):E552-5.
6. Bhaskar SN, Weinmann JP. Tumors of the minor salivary glands: a study of twenty-three cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1955;8(12):1278-97.
7. Kawashima Y, Kobayashi D, Ishikawa N, Kishimoto S. A case of myoepithelioma arising in an accessory parotid gland. J Laryngol Otol. 2002;116:474-6.
8. Harish K. Management of primary malignant epithelial parotid tumors. Surg Oncol. 2004;13:7-16.
9. Chen L, Ray N, He H, Hoschar A. Cytopathologic analysis of stroma-poor salivary gland epithelial/myoepithelial neoplasms on fine needle aspiration. Acta Cytol. 2012;56(1):25-33.
10. Matsuyama A, Hisaoka M, Hashimoto H. PLAG1 expression in mesenchymal tumors: an immunohistochemical study with special emphasis on the pathogenetical distinction between soft tissue myoepithelioma and pleomorphic adenoma of the salivary gland. Pathol Int. 2012;62(1):1-7.

Correspondencia: Dra. Stefania Carolina Toso Díaz de la Vega
drastefania_toso@gmail.com

Recibido por Comité Editor: 27 de diciembre de 2015.

Aceptado por Comité Editor: 10 de enero de 2016.