

3. Suzuki H, Nishizawa S, Hohchi N, Wakasugi T, Shibata M, Ohkubo J, et al. Langerhans cell histiocytosis of the petrous bone with sudden sensorineural hearing loss. Case report *Neurol Med Chir.* 2010;50:693-7.
4. Das JK, Soibam R, Tiwary BK, Magdalene D, Paul SB, Bhuyan C. Orbital manifestations of Langerhans Cell Histiocytosis: a report of three cases. *Oman J Ophthalmol.* 2009;2:137-40.
5. Aricò M, Girschikofsky M, Génereau T, Klersy C, McClain K, Grois N, et al. Langerhans cell histiocytosis in adults, Report from the International Registry of the Histiocyte Society. *Eur J Cancer.* 2003;39:2341-8.
6. O'Hare TJ. Granulomatous and lymphoproliferative diseases of the Head and Neck. En: Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Lindberg RD, editores. *Comprehensive management of Head and Neck Tumors.* Second edition Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1999. p. 1966-8.
7. Gadner H, Grois N, Arico M, Broadbent V, Ceci A, Jakobson A, et al. A randomized trial of treatment for multisystem Langerhans' cell histiocytosis. *J Pediatr.* 2001;138:728-34.
8. Hicks J, Flaitz CM. Langerhans cell histiocytosis: Current insights in a molecular age with emphasis on clinical oral and maxillofacial pathology practice. *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;100:S42-66.
9. Key SJ, O'Brien CJ, Silvester KC, Crean SJ. Eosinophilic granuloma: resolution of maxillofacial bony lesions following minimal intervention. Report of three cases and a review of the literature. *J Cranio Maxillofac Surg.* 2004;32:170-5.

doi:10.1016/j.maxilo.2011.08.002

Carcinoma mucoepidermoide glándula sublingual

Mucoepidermoid carcinoma of the sublingual gland: presentation of a case

Irene Vila Masana*, Cristina Maza Muela, Ana María López López, José Ignacio Salmerón Escobar y Carlos Navarro Vila

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

El diagnóstico definitivo es anatomopatológico y es informado como carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad, con márgenes libres de infiltración tumoral.

En el examen macroscópico (fig. 1) se observa una tumoración de 3 × 2,3 × 1,5 cm bien circunscrita, de coloración blanquecina y consistencia firme, sólida al corte y con pequeñas formaciones quísticas de contenido mucoide.

En el examen microscópico (fig. 2), la tumoración está constituida por una proliferación de células con citoplasma eosinófilo y núcleos centrales de escaso pleomorfismo, dispuestos en láminas y cordones en los que se encuentran formaciones quísticas, algunas de ellas revestidas por un epitelio columnar de citoplasma vacuolado secretor.

Se presentó al comité de tumores de cabeza y cuello decidiéndose realizar vigilancia del caso, no aplicando por lo tanto tratamiento adyuvante.

Discusión

Los tumores de la glándula sublingual son muy poco frecuentes pero en su gran mayoría malignos, por lo que hay que tenerlos en cuenta en el diagnóstico diferencial ante una masa localizada en el suelo de boca.

El carcinoma mucoepidermoide es, junto con el carcinoma adenoide quístico, la neoplasia maligna más frecuente de las glándulas salivales mayores y menores¹⁻³. Es mucho menos frecuente el hallazgo de otros tipos histológicos como el carcinoma de células acinares, el carcinoma de células escamosas⁴, el carcinoma de células claras, el carcinosarcoma, el adenocarcinoma de células basales o los tumores mixtos malignos^{5,6}.

Los tumores de la glándula sublingual representan del 0,5-1% de todos los tumores salivares epiteliales y aproximadamente un 1,5% de todos los tumores de las glándulas salivales mayores⁷. Generalmente cuanto más pequeña sea la glándula salival afectada, más alta será la posibilidad de que la neoplasia sea maligna. Así encontramos que un 15-32% de los tumores parotídeos, un 41-45% de los de la glándula submandibular, y un 70-90% de los de la sublingual son malignos⁶.

En su estadio primario se presentan como una tumoración generalmente asintomática en el suelo de boca⁷, indistinguible clínicamente de las tumoraciones benignas, requiriendo para ello el estudio anatomopatológico. Suelen ser diagnosticados conforme avanza la enfermedad y se manifiestan clínicamente, con frecuencia en forma de dolor regional o entumecimiento lingual⁶.

Véase contenido relacionado en DOI:

10.1016/j.maxilo.2011.10.001.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dravilamasana@gmail.com (I. Vila Masana).



Figura 1 - Examen macroscópico.

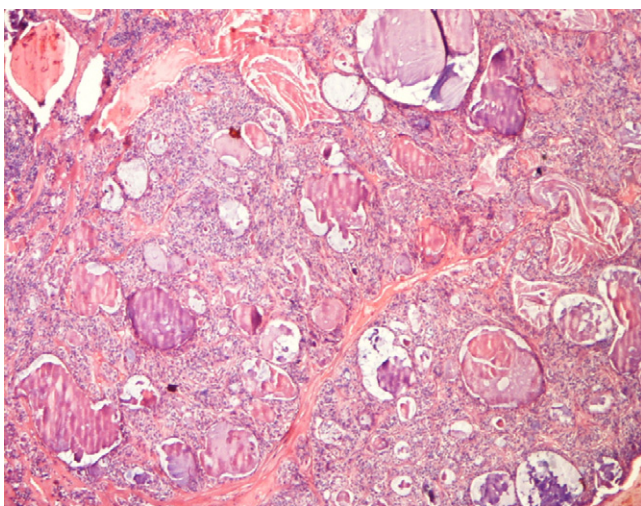


Figura 2 - Examen microscópico.

Es importante la correlación de los hallazgos clínicos, quirúrgicos, radiográficos, y microscópicos para establecer el correcto diagnóstico⁵.

Los hallazgos clínicos del carcinoma mucoepidermoide que se correlacionan con un pronóstico desfavorable son la edad del paciente, el tamaño tumoral, y la presencia de síntomas como el dolor o las parestesias¹.

Diferentes factores histológicos como el patrón de invasión celular, el índice mitótico, la anaplasia, la invasión perineural, la necrosis intralesional, o el grado de componente quístico de forma indirectamente proporcional, se han descrito importantes para determinar el grado de la enfermedad tumoral¹.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica amplia con márgenes de seguridad, con variación de la técnica quirúrgica de acuerdo a la extensión de la enfermedad primaria. En caso de enfermedad localmente avanzada se debe incluir

la glándula sublingual implicada y la glándula submandibular ipsilateral, ya que el sistema ductal frecuentemente está infiltrado⁶.

La resección quirúrgica con márgenes de seguridad, además del vaciamiento ganglionar cervical y la radioterapia postoperatoria en el caso de adenopatías clínicas o radiológicamente positivas, se considera el tratamiento de elección para conseguir el control local y regional de la enfermedad avanzada⁸.

Aunque el riesgo de metástasis linfáticas es bajo, en algunos casos se considera adecuado la realización preventiva del vaciamiento ganglionar cervical incluyendo los niveles I-II, y con posterior extensión al nivel V ante el hallazgo de infiltración tumoral⁸.

La radioterapia postoperatoria es apropiada en casos de tumores de alto grado, con márgenes positivos o con infiltración linfática regional⁶. La recidiva local es relativamente poco frecuente pero en todo caso siempre se llevará a cabo un seguimiento del caso.

Las metástasis a distancia parecen estar relacionadas con el tipo histológico del tumor, siendo más frecuentemente asociadas con casos de carcinoma adenoide quístico⁵.

En el caso de presentarse un carcinoma de bajo grado de malignidad, como el presentado en nuestro artículo, podemos optar por el seguimiento periódico y siempre exhaustivo del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goode R, Auclair PL, Ellis GL. Mucoepidermoid Carcinoma of the Major Salivary Glands. Clinical and Histopathologic Analysis of 234 Cases with Evaluation of Grading Criteria. *Cancer*. 1998;82-7:1217-24.
2. Kokemueller H, Brueggemann N, Swenner G, Eckardt A. Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands, clinical review of 42 cases. *Oral Oncol*. 2005;41:3-10.
3. Auclair PL, Ellis GL. Mucoepidermoid carcinoma. En: Ellis GL, Auclair PL, Gnepp DR, editores. *Surgical pathology of the salivary glands*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1991. p. 269-98.
4. Bhatt V, Evans M, Malins TJ. Squamous cell carcinoma arising in the lining of an epidermoid cyst within the sublingual gland-a case report. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2008;46:683-5.
5. Da Cruz Perez DE, Ramôa Pires F, De Abreu Alves F, De Almeida OP, Kowalski LP. Sublingual salivary gland tumors: Clinicopathologic study of six cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005;100-4:449-53.
6. Sun G, Yang X, Tang E, Wen J, Lu M, Hu Q. The treatment of sublingual gland tumors. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2010;39:863-8.
7. Rinaldo A, Shaha A, Pellitteri P, Bradley P, Ferlito A. Management of malignant sublingual salivary gland tumors. *Oral Oncol*. 2004;40:2-5.
8. Yu T, Gao QH, Wang XY, Wen YM. Malignant sublingual gland tumors: a retrospective clinicopathologic study of 28 cases. *Oncology*. 2007;72:39-44.

doi:10.1016/j.maxilo.2011.09.003