

# MIOEPITELIOMA PAROTÍDEO A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Orbe Najera Felkin<sup>1</sup>, Sánchez Urresta Carlos<sup>2\*</sup>, Jaramillo Calvas Oscar<sup>2</sup>, Palacios Cortes Christian<sup>2</sup>.*

DOI: 10.48018/rmv.v32.i2.4



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International.

1 Hospital Vicente Corral Moscoso, Médico del Servicio de Otorrinolaringología. Cuenca - Ecuador.  
2 Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín - HECAM, Médico del Servicio de Cirugía Oncológica. Quito - Ecuador

**ORCID ID:**

Orbe Najera Felkin  
orcid.org/0000-0002-7856-3108  
Sánchez Urresta Carlos  
orcid.org/0000-0002-7332-9435  
Jaramillo Calvas Oscar  
orcid.org/0000-0002-9735-2306  
Palacios Cortes Christian  
orcid.org/0000-0003-2114-7637

**\*Corresponding author:** Sánchez Urresta Carlos  
**E-mail:** carlogsg797@gmail.com

**Received:** 08 - Mar - 2021  
**Accepted:** 25 - Ago - 2021  
**Publish:** 20 - Dic - 2021

**CARE 2017 Check List statement:** The authors have read the CARE 2017 Check List and the manuscript was prepared and revised according to the CARE 2017 Checklist.

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest.

**Financial disclosure:** The authors have no financial relationships relevant to this article to disclose.

**Authors' contribution:** All the authors reviewed and approved the final manuscript.

**Forma de citar este artículo:** Orbe NF, Sánchez UC, Jaramillo CO, Palacios CC. MIOEPITELIOMA PAROTÍDEO A PROPÓSITO DE UN CASO. Rev Med Vozandes. 2021; 32 (2): 31 - 34

## Resumen

Los tumores de la glándula parótida afectan a una de cada 100.000 personas a nivel mundial, representando de 2 a 3 % de los tumores de cabeza y cuello y el 80% de los tumores de glándulas salivales<sup>(1)</sup>, los mismos catalogados en su mayoría como benignos desde 1991 por la organización mundial de la salud la cual además clasifico a los mismos en 30 subtipos<sup>(1,2)</sup>.

De todos los tumores benignos de la glándula parótida (GP), en primer lugar, en prevalencia se encuentra el adenoma pleomorfo (AP) con una incidencia de 2,4 a 4,9 por cada 100.000 personas por año representado así entre el 40 al 60% de los tumores que afectan esta glándula<sup>(3,4)</sup>. El tumor de Warthin es el segundo más común abarcando un 30% de los casos, aunque en los últimos años su incidencia ha aumentado probablemente debido al incremento a su vez de la esperanza de vida<sup>(4,5)</sup>. El resto de tumores benignos registrados son extremadamente raros, y entre ellos el Mioepitelioma que nos compete en este caso<sup>(4)</sup>.

**Palabras clave:** Glándula parótida, Neoplasias de Parótida, Adenoma Pleomorfo, Mioepitelioma, Tumor de Warthin

## Abstract

### PAROTID MYOEPITHELIOMA ABOUT A CASE.

Tumors of the parotid gland affect one in 100,000 people worldwide, representing 2 to 3% of head and neck tumors and 80% of salivary gland tumors<sup>(1)</sup>, most of which are cataloged as benign since 1991 by the world health organization which also classified them into 30 subtypes<sup>(1,2)</sup>.

Of all benign tumors of the parotid gland (GP), in first place in prevalence is pleomorphic adenoma (PA) with an incidence of 2.4 to 4.9 per 100,000 people per year, thus represented between 40 and 60 % of tumors affecting this gland<sup>(3,4)</sup>. Warthin's tumor is the second most common, covering 30% of cases, although in recent years its incidence has probably increased due to the increase in life expectancy<sup>(4,5)</sup>. The rest of registered benign tumors are extremely rare, and among them the myoepithelioma that concerns us in this case<sup>(4)</sup>.

**Keywords:** Parotid gland, Parotid neoplasms, Pleomorphic adenoma, Myoepithelioma, Warthin tumor

## INTRODUCCIÓN

El Mioepitelioma de las glándulas salivales fue descrito por primera vez en 1943 por Sheldon y colaboradores, en inicio considerado como una variante del AP <sup>(6,7)</sup>. En 1991 la Organización Mundial de la Salud la distingue como una entidad independiente en su clasificación histológica de tumores de las glándulas salivales <sup>(8)</sup>.

Los mioepiteliomas son poco comunes, se presentan en aproximadamente el 1,5% de los tumores de glándulas salivales <sup>(4,9)</sup>. Se distribuyen en un 50% en la glándula parótida, 33% en la glándula sublingual y 13% en la glándula submandibular <sup>(10)</sup>.

Clínicamente se trata de una masa asintomática de crecimiento lento al igual que el adenoma pleomorfo, lo que dificulta notablemente el diferenciarlos, no existe predilección por sexo, la edad promedio de presentación es alrededor de los 40 años <sup>(4,11)</sup>.

Macroscópicamente, es un tumor de superficie lisa homogénea y blanca, histológicamente se trata de un tumor mixto en el cual las estructuras ductales son extremadamente raras o inexistentes, predominantemente consta de células mioepiteliales, plasmocíticas o fusiformes, células epitelioides y claras también pueden estar presentes en este tumor <sup>(4)</sup>.

## DIAGNÓSTICO

Los estudios de imagen comprenden el primer método de diagnóstico siendo en ocasiones suficiente con un estudio ecográfico con rastreo cervical, y ocasionalmente suele ser necesario complementar con un estudio tomográfico o una resonancia magnética para poder determinar extensión o delimitación prequirúrgica de ser el caso, o la relación del tumor con los tejidos adyacentes <sup>(1,2)</sup>.

El papel de la punción por aguja fina ecográficamente guiada (PAAF) ha tomado un rol fundamental con el fin de descartar que el tumor en estudio sea un adenoma pleomorfo el cual es el principal diagnóstico diferencial, o ante la sospecha de malignidad. Este papel es preponderante, incluso por encima de la biopsia incisional, la misma que puede generar extensión de células tumorales conllevando recidivas posteriores de tumores malignos y adenomas pleomorfos, cabe recalcar que el diagnóstico citológico mediante PAAF no suele especificar el subtipo de tumor <sup>(1,12)</sup>.

### Manejo.

El manejo es principalmente quirúrgico, al igual que en la mayoría de los tumores benignos de la GP. Se realiza una resección del tumor con márgenes de seguridad, pudiendo ser esa una parotidectomía superficial o total, dependiendo de la localización del tumor, así como de su extensión. Cualquiera que sea el caso se deberá de tener siempre en cuenta durante el acto quirúrgico la importancia de visualizar e identificar el tronco común del nervio facial y así mismo sus ramas principales como secundarias <sup>(1,2)</sup>.

Al ser un tumor relativamente raro en su presentación, describimos el caso a continuación, según las directrices CARE (**Consensus-based clinical case reporting guideline**) <sup>(16)</sup>. El cual trata de un paciente masculino, diagnosticado inicialmente con adenoma pleomorfo de la glándula parótida según la biopsia por aguja fina (PAAF) y en el análisis histopatológico definitivo confirma un mioepitelioma de parótida.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

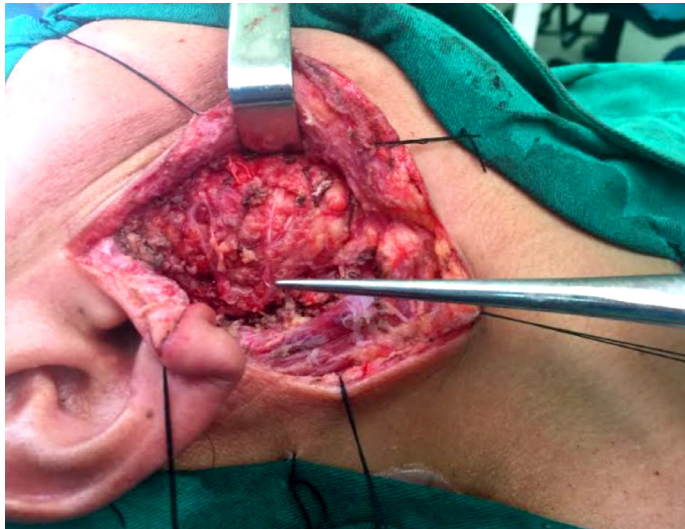
El caso trata de un paciente masculino de 73 años, proveniente de Santo Domingo de los Tsáchilas - Ecuador, el cual es referido a la unidad de Cirugía Oncológica (Cirugía de Cabeza y Cuello) por presentar una masa en región parotídea izquierda de 15 años de evolución, de crecimiento lento, sin sintomatología asociada, sin dolor ni alteraciones somato motoras en la región afectada. Como único antecedente de importancia el paciente presenta hiperplasia prostática benigna, y niega otros antecedentes clínicos o quirúrgicos de importancia. No refiere antecedentes patológicos familiares relacionados con su cuadro actual.

Al examen físico se evidencia una masa de aproximadamente 5 x 3 cm en región parotídea izquierda de consistencia dura, bordes regulares, sin adhesión a planos superficiales o profundos, además se presenta con limitación funcional en la comisura labial ipsilateral y una parálisis leve grado II en la escala de *House Brackman*, no se aprecian más alteraciones a la evaluación de cabeza y cuello

Se solicitó estudio de imagen, reportándose en la ecografía de región parotídea izquierda: un aumento en el volumen parotídeo a expensas de su lóbulo superficial de 25x23x40mm y además de la presencia de 4 ganglios hiperplásicos con degeneración quística el más representativo con unas medidas de 26x24x25mm.

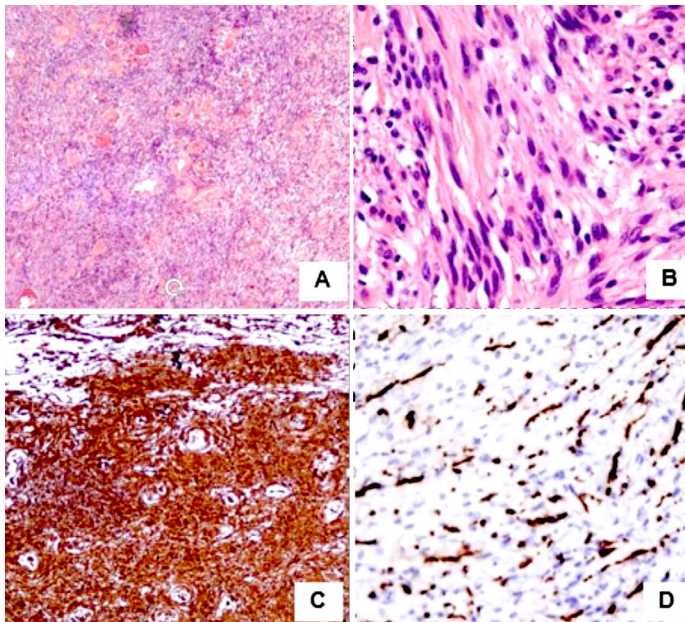
Se complementa estudios con una PAAF eco dirigida, la cual en su estudio citológico reporta: presencia de unos grupos de células de aspecto fusiforme bien delimitadas además de células de aspecto mioepitelial, algunas vacuoladas y escaso material de aspecto condromixoide, se sugiere un aparente adenoma pleomorfo de parótida a espera de obtención de la pieza quirúrgica para la confirmación diagnóstica.

Ante la sospecha de un tumor venido de GP izquierda, se planifica y decide realizar una parotidectomía superficial izquierda.



**Figura 1 .** Exposición quirúrgica de la glándula parótida mediante cervicotomía (Incisión de Blair modificada) en la que se observa el lóbulo superficial de la GP izquierda y la presencia de un tumor de color amarillento, liso, irregular adherido a ramas del nervio facial, que mide 3cm en el diámetro mayor.

**Fuente:** Elaborado por los autores.



**Figura 2 .** A. proliferación de células mioepiteliales fusiformes, sin áreas de necrosis ni invasión del parénquima circundante; B. ampliación se evidencia morfología celular fusiforme sin evidencia de procesos mitóticos; C. inmunoreactividad a vimectina en las células fusiformes tumorales; D. inmunoreactividad en células fusiformes a ki67.

**Fuente:** Elaborado por los autores.

Los hallazgos transquirúrgico revelan la presencia de un tumor el cual crece dependiente del polo inferior del lóbulo

superficial parotídeo, redondeado, de bordes lisos que se adhiere firmemente al nervio facial a nivel de su tronco principal, se realiza la exeresis del lóbulo parotídeo descrito incluyendo a la masa tumoral y respetando las ramas del facial.

El reporte del estudio histopatológico revela, fragmento irregular de tejido blando de 30 gr. que mide 6 x4 x 2,3 cm, superficie externa parcialmente encapsulada amarillenta, al corte superficie multilocular amarillenta compacta. Al estudio microscopio neoplasia constituida por una proliferación de células diferenciadas mioepiteliales de morfología fusiforme, sin necrosis, figuras mitóticas sin invasión del parénquima circundante.

A la inmunohistoquímica: ckpan: focalmente positivo en células tumorales, ck5/6: negativo en células tumorales, sma: focalmente positivo en células tumorales, s100: positivo en células tumorales, gfap: positivo en células tumorales, vimentina: positivo en células tumorales, ki67: índice de proliferación 2%.

Con todo lo antes expuesto clínica e histológicamente se realiza el diagnóstico definitivo de un mioepitelioma parotídeo.

En el postoperatorio presenta una evolución favorable, con recuperación de la movilidad de la comisura labial izquierda y sin secuelas derivadas del procedimiento quirúrgico y es dado de alta al segundo día post quirúrgico. En los controles subsecuentes paciente presenta estabilidad clínica con evolución favorable sin evidencia de recidivas ni secuelas en la movilidad del nervio facial.

## DISCUSIÓN

Los tumores derivados de las glándulas salivales derivan de alguno de los grupos celulares conformantes de las mismas, para esto se han desarrollado dos teorías de origen: a) teoría multicelular y b) la de reserva bicelular<sup>(4)</sup>.

La teoría multicelular indica que cada unidad celular generará su tumor en específico es así que de los ductos intercalados tenemos la posibilidad de crecimiento de tumores mixtos mioepiteliales y ductales (AP) que es lo más común, pero en ciertas ocasiones el crecimiento puede depender exclusivamente de las células mioepiteliales y en este caso se formara un mioepitelioma puro<sup>(13)</sup>.

La teoría bicelular determina que las células basales pluripotenciales de los ductos intercalares y excretorios puede derivar en cualquier línea celular en este caso la línea mioepitelial<sup>(4,13)</sup>.

Cualquiera que sea su etiología su comportamiento es francamente benigno y tanto su evolución como pronóstico son prácticamente similares a las del adenoma pleomorfo (AP) (4).

Dados estos antecedentes en el caso clínico que aquí en el presente artículo se presenta, la sospecha diagnóstica inicial fue siempre la de un adenoma pleomorfo, debido a que la punción indicó la presencia de células mioepiteliales, lo cual no es raro en los tumores pleomorfos pues es uno de los grupos celulares contenidos en el mismo.

En los pocos casos descritos de mioepiteliomas parotídeos el tratamiento es la parotidectomía superficial o total con márgenes de seguridad como fue el caso de este paciente. Siendo que el potencial de recidivas cercano al 10% posterior al procedimiento, con un pronóstico bueno por lo cual se mantendrá al paciente en observación periódica (14,15).

## CONCLUSIÓN

El mioepitelioma parotídeo es una entidad rara muy escasamente reportada en la literatura médica, su comportamiento y manejo es similar a la del adenoma pleomorfo, su pronóstico es bueno, pero requiere un seguimiento para evitar amplias resecciones subsecuentes con los riesgos de efectos colaterales que esto conlleva, como la parálisis del nervio facial.

## Referencias

1. Maahs G., Oppermann P., Maahs L., Machado F., Ronchi A.. Parotid gland tumors: A retrospective study of 154 patients. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology (Braz J Otorhinolaryngol)*. 2015;81(3):301–6.
2. Sungur N., Akan I., Ulusoy M., Ozdemir R., Kilinc. Clinicopathological evaluation of parotid gland tumors: a retrospective study. *Journal of Craniofacial surgery (J Craniofacial Surg)*. 2002;13:26–30.
3. Thielker J., Grosheva M., Ihrler S., Wittig A., Guntinas-Lichius O. Contemporary Management of Benign and Malignant Parotid Tumors. *Frontiers in Surgery Journal (Front Surg)*. 2018;5(11):5-39.
4. Flint P., Howard F., Bruce H., Marcy L., Cummings Otolaryngology, head and neck surgery 7th edition. Philadelphia: Elsevier; 2021.
5. Bradley P. Incidence of salivary gland neoplasms in a defined UK population. *British Journal of Oral Maxillofacial Surgery (Br J Oral Maxillofac Surg)*. 2013;51(5):399–403.
6. Report C., Mochizuki Y., Omura K., Tanaka K., Sakamoto K. Myoepithelioma of the Parotid Gland Presenting as a Retroauricular Cutaneous nodule : A Case Report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research for Doctors (J Clin Diagn Res)*. 2013;7(6):1165–8.
7. Forman B. THE SO-CALLED "MIXED TUMORS "OF THE SALIVARY GLANDS. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine (Arch pathol)*. 1946; 35:67–70.
8. Seifert G., Brocheriou C. WHO International Histological Classification of Tumours. Tentative Histological Classification of Salivary Gland Tumours. *Pathology Research and Practice Journal (Pathol Res Pr)*. 1991;186(5):55–81.
9. Sugano I., Ishida Y., Tajima Y., Matsuzaki O., Konno A., Kondo Y., et al. Salivary Gland Malignant Myoepithelioma A Clinicopathologic and Immunohistochemical Study of Ten Cases. *Cancer*. 1998 1;83(7):1292-9.
10. Rieko I., Akira K., Kengo U., Yoshinori A., Tadahi T. Myoepithelioma Possibly Originating from the Accessory Parotid Gland. *Dermatology*. 2004;208:74–78.
11. Dardick I. Myoepithelial cells in salivary gland tumors. *Journal of Otolaryngology Head and Neck Surgery (Head Neck Surg)*. 1985;7(5):395–408.
12. Lin C., Tsai M., Huang C., Hua C., Tseng H. Parotid tumors: a 10 year experience. *American Journal of Otolaryngology (Am J Otolaryngol)*. 2008;29(4):94–100.
13. Mounting I. Evidence against current histogenetic concepts for salivary gland tumorigenesis. *European Journal of Morphology (Eur J Morphol)*. 1998; 36:257–61.
14. Weitzel M., Cohn J. Myoepitheliomas are rare tumors of the parotid gland: a case report and review of the literature. *Universal Journal of Dentistry and medicine (Univers J Med Dent)*. 2017; 12:1–4.
15. Gesichtschrir M. Salivary gland diseases in Germany. *Journal of Otolaryngology Head and Neck Surgery (Otorhinolaryngol Head Neck Surg)*. 2000;4(40):1–5.
16. Gagnier J, Kienle G, Altman D, Moher D, Sox H, Riley D. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *Journal of Medical Case Reports*. 2013;7(1).