

# MIOEPITELIOMA DE PALADAR DURO

DRA. MATA FERRÓN M, CASTELLANO GARCÍA P. | HOSPITAL SAN JUAN DE LA CRUZ DE ÚBEDA (JAÉN).

**El mioepitelioma es definido por la OMS como una neoplasia benigna de glándula salival, compuesto por islas o cordones de células con diferenciación mioepitelial, siendo la parótida el primer sitio de localización (40%), seguido de paladar duro y blando (21%).**

Es importante mencionar que la localización intrabucal más frecuente de las neoplasias salivales es la parte posterior del paladar duro. El término mioepitelioma fue usado por primera vez por Sheldon W.H. (1943) como neoplasia epitelial benigna que se caracteriza por estar compuesta principalmente por células mioepiteliales y fue en 1991 cuando el término fue incluido en la revisión de la clasificación de la OMS. Las neoplasias compuestas, casi exclusivamente, por células mioepiteliales son poco comunes, representan menos del 1% de las neoplasias de glándulas salivales. La edad va desde los 6 a 85 años, con preferencia en la cuarta década de vida, sin diferencia en género. Los mioepiteliomas descritos en la literatura tienen un comportamiento benigno; sin embargo, ha sido descrito con comportamiento maligno el carcinoma mioepitelial o mioepitelioma maligno. Las células mioepiteliales son positivas a citoqueratina CK7 y CK14; por lo que para su diagnóstico se realizan técnicas inmunohistoquímicas (citoqueratina (CK)), proteína S-100, proteína glial fibrilar (GFAP) y calponina, lo cual no solo es importante para diferenciarlo, sino también para conocer su grado de agresividad y así estimar un pronóstico. El mioepitelioma tiene una estrecha relación con el adenoma pleomorfo, ya que ambos presentan en su conformación diferentes cantidades de células mioepiteliales, limitación periférica entre los componentes celulares y del estroma mixovascular; sin embargo, la primera se caracteriza por ausencia de diferenciación ductual, núcleos excéntricos y pérdida de aspecto fusiforme presentando o no células mioepiteliales poligonales. El mioepitelioma compuesto por patrón celular ahusado es común en parótida, mientras que el plasmocitoide es característico del paladar; estos forman parte de neoplasias que se desarrollan en glándulas menores; sin



embargo, es importante realizar las técnicas de inmunohistoquímica para diferenciarlo de manera específica. Como en el adenoma pleomorfo, en los mioepiteliomas el tratamiento es la extirpación quirúrgica aunque la mayoría presenta un comportamiento benigno con poca tendencia a la recurrencia.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 73 años de edad que acude a consulta por lesión en paladar duro. Antecedente de cáncer de colon y metástasis pulmonares intervenido en 2008. Niega molestias en la zona, solo dos episodios de sangrado autolimitado en los últimos días. No ha perdido peso ni presenta otra clínica. En la exploración de faringolaringe y cuello no se observan hallazgos salvo dicha lesión que se encuentra en paladar duro medial al último molar superior izquierdo de un cm, aproximadamente, redondeada bien delimitada, ulcerada en el centro de donde se toma biopsia que se envía para estudio de anatomía patológica que informa de material ulcerado con agrupaciones celulares de arquitectura trabecular, de aspecto epitelial, con citoplasma eosinófilo. Núcleos con cromatina homogénea, con presencia de discretos nucleolos en zonas próximas a ulceración. Ausencia de atipia celular significativa o mitosis compatibles, todo ello compatible con mioepitelioma plasmocitoide. En las técnicas de inmunohistoquímica se obtiene CK AE1/AE3 (+), P63 (+), S-100 (+), P53 (-), Actina (-). Se realiza TAC de cuello sin contraste intravenoso por ser el paciente alérgico al yodo que informa que en la pared medial ósea de paladar duro (cara interna bucal) se halla un engrosamiento con diámetro anteroposterior de 6,2

**EL TÉRMINO MIOEPITELIOMA FUE USADO POR PRIMERA VEZ POR SHELDON W.H. (1943), COMO NEOPLASIA EPITELIAL BENIGNA QUE SE CARACTERIZA POR ESTAR COMPUESTA PRINCIPALMENTE POR CELULAS MIOEPITELIALES.**

## Mioepitelioma de paladar duro

mm sin otras alteraciones a nivel de cabeza y cuello. Se decide realizar resección quirúrgica de la misma sin incidencias, confirmándose el diagnóstico anatomopatológico con la pieza completa.

### CONCLUSIONES

Menos del 1% del total de neoplasias de glándulas salivales son mioepiteliomas. A pesar de su predilección en la cuarta década de vida, presentamos el caso de un paciente masculino que debuta en la séptima década de vida y con localización en paladar, que es la localización más frecuente de las glándulas salivales menores, siendo la localización más frecuente en la parótida. Su hallazgo en la parte posterior del paladar también es el sitio de preferencia de los mioepiteliomas plasmocitoides. Este caso de mioepitelioma con diferenciación plasmocitoide, presenta un crecimiento lento y sin sintomatología que es característico de esta entidad. Es importante valorar e identificar el patrón citológico y fenotípico basado en técnica inmunohistoquímica para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico diferencial con el adenoma pleomorfo, carcinoma adenoideo quístico, mioepitelioma maligno, leiomioma, así como leiomiosarcoma son imprescindibles para el tratamiento. El tratamiento es quirúrgico en la mayoría de los casos aunque su comportamiento sea benigno. En este caso, además se hace más recomendable por encontrarse en la anatomía patológica material ulcerado aunque no existan atipias celulares.



### Bibliografía

1. Barnes L, Evenson J. Head and neck tumours. Pathology and genetics. World Health Organization Classification of Tumours. IARC Press. Lyon, 2005: 259-260.
2. Cesta GM, Bucci T, Navarro CC. Intraosseous myoepithelioma of the maxilla: Clinicopathologic features and therapeutic considerations. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2008; 66: 800-803.
3. Ellis LG, Auclair LP, Gnepp DR. Surgical pathology of the salivary glands. W.B. Saunders Company. USA. 1991: 132, 133, 165, 182-184.
4. Douglas P, Gnepp MD. Diagnostic surgical pathology of the head and neck. Saunders Company. USA. 2001: 357.
5. Kanazawa H, Furuya T. Plasmocytoid myoepithelioma of the palate. Journal of Oral Maxillofacial Surgery 1999; 57: 857-860.
6. Bruce M, Wenig MA. Atlas of head and neck pathology. W.B. Saunders Company. USA. 1993: 297-298.
7. Politi M, Toro C, Zerman N. Myoepithelioma of the parotid gland: Case report and review of literature. Oral Oncology Elsevier 2005; 41: 104-108.
8. Yang S, Zong M. Clear cell myoepithelial carcinoma of minor salivary gland: a case report. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2010; 39: 292-307.
9. Yang S, Li Lu, Zeng M. Myoepithelial carcinoma of intraoral minor salivary glands: a clinicopathological study of 7 cases and review of the literature. Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod 2010; 110: 85-93.
10. Gómez ME, Campos A. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. Médica Panamericana México, D.F.
11. Yaman H, Gerek M. Myoepithelioma of the parotid gland in a child: a case report. Journal of Pediatric Surgery 2010; 45: E5-E7.
12. Simpson W. Myoepithelial tumours of the salivary glands. Current Diagnosis Pathology 2002; 8: 328-337.
13. Nikitakis GN, Argyris P. Oral myoepithelioma of soft tissue origin: Report of a new case and literature review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2010; 110: e48-e51.
14. Raspall G. Patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello. Panamericana. Madrid 1997: 456.
15. Cardesa A, Slootweg PJ. Pathology of the head and neck. Springer. Alemania. 2006: 140.

**ES IMPORTANTE VALORAR E IDENTIFICAR EL PATRÓN CITOLÓGICO Y FENOTÍPICO BASADO EN TÉCNICA INMUNOHISTOQUÍMICA PARA REALIZAR UN CORRECTO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.**