



CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE LA RAÍZ LINGUAL

Mariel AQUINO¹, Martín Daniel GÓMEZ LASTRA¹, Fernando Martín FERRARO², Adrián CAMERON³, Teresa Adriana GARCÍA⁴.

¹ Residentes del servicio de Diagnóstico por imágenes.

² Médico Staff de Neuroradiología del servicio de Diagnóstico por imágenes.

³ Jefe de Servicio de Neurología.

⁴ Jefe de Servicio de Diagnóstico por imágenes.

Correspondencia: marielaquino.r@gmail.com

Los autores no tienen conflicto de intereses.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 62 años de edad, sin antecedentes de relevancia, consulta a nuestro centro por referir **odinofagia** localizada en la **base de la lengua** y **disfagia**. Al examen físico **no se evidencian lesiones mucosas** ni se palpan adenopatías. Se realiza nasofibrolaringoscopia sin identificar alteraciones y por persistencia de los síntomas se solicita RM de cuello con contraste endovenoso.

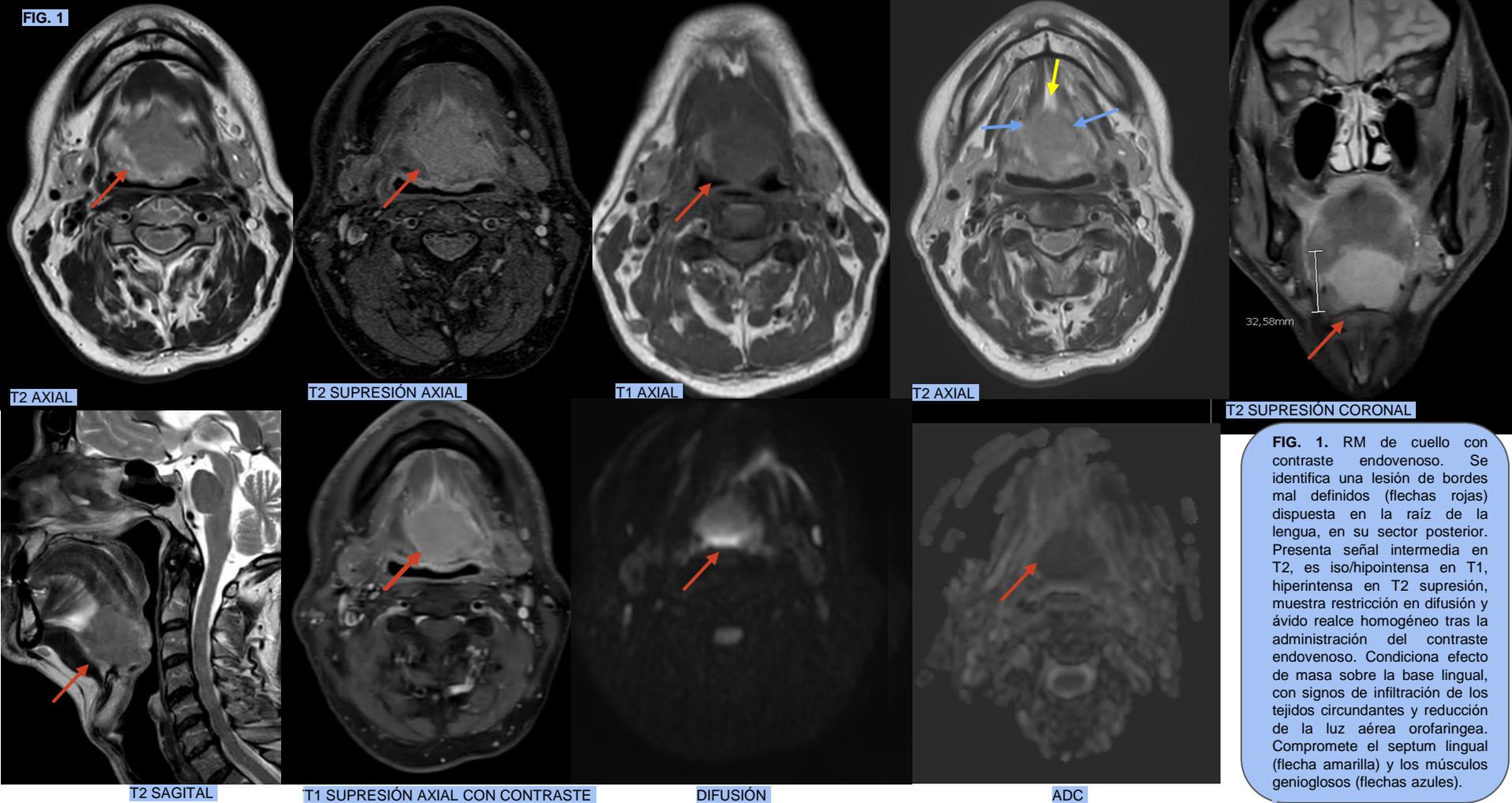
FIG. 1

FIG. 1. RM de cuello con contraste endovenoso. Se identifica una lesión de bordes mal definidos (flechas rojas) dispuesta en la raíz de la lengua, en su sector posterior. Presenta señal intermedia en T2, es iso/hipointensa en T1, hiperintensa en T2 supresión, muestra restricción en difusión y ávido realce homogéneo tras la administración del contraste endovenoso. Condiciona efecto de masa sobre la base lingual, con signos de infiltración de los tejidos circundantes y reducción de la luz aérea orofaríngea. Compromete el septum lingual (flecha amarilla) y los músculos genioglosos (flechas azules).



FIG. 2. Macroscopía de lengua (A y D), laringe (B y C) y tiroides (E). Microscopía de la pieza tumoral (F).

HALLAZGOS

En la RM se identifica una **lesión de bordes mal definidos** dispuesta en la **raíz de la lengua**. Presenta señal intermedia en T2, es iso/hipointensa en T1, hiperintensa en STIR, muestra restricción en difusión/mapa de ADC y ávido realce homogéneo tras la administración del contraste endovenoso. Condiciona efecto de masa sobre la base lingual, con signos de infiltración de los tejidos circundantes y con reducción de la luz aérea orofaríngea.

Se realiza una biopsia por vía endo-oral, la cual es no concluyente pero evidencia lesión de tipo “mucocele”, sin poder descartar mayor patología. Se decide realizar glosectomía total, durante la cual se identifica compromiso de epiglotis y hueso hioides, por lo que se realiza laringectomía total y cierre con colgajo, finalizando con traqueostomía definitiva.

La anatomía patológica reveló **carcinoma mucoepidermoide de alto grado**, con 95 % de componente sólido, invasión linfovascular e infiltración perineural. Ausencia de neoplasia en ganglios linfáticos y laringe.

DISCUSIÓN

Los tumores mucoepidermoides son neoplasias epiteliales malignas que se originan de las glándulas salivales, compuestas histológicamente por una mezcla de células mucosas, células epidermoides escamosas y células intermedias o pobremente diferenciadas, que tienen la capacidad de diferenciarse a mucosas o epidermoides.

Es el tumor maligno más frecuente de las glándulas salivales, afectando en la mayoría de los casos a glándulas salivales mayores, principalmente parótida. Cuando ocurre en las glándulas salivales menores puede localizarse en mucosa bucal, piso de la boca, labios, lengua (infrecuente).

Se clasifican en bajo, intermedio y alto grado según la proporción de los distintos tipos celulares. Cuando predomina el componente epidermoide la apariencia histológica es similar a la de un carcinoma escamoso y se clasifica como alto grado. En cambio, cuando predominan las células mucosas con componente quístico se clasifican como bajo grado. Los tumores de grado intermedio presentan componente mucoso y epidermoide, y suelen evidenciar alta proporción de células intermedias.

El aspecto en los estudios por imágenes depende del grado histológico. Los tumores de bajo grado se presentan como lesiones bien delimitadas, generalmente hipointensos en T1 y de señal heterogénea en T2. Los tumores de alto grado son lesiones mal delimitadas, invasivas, que suelen tener señal intermedia en T1 y T2. Pueden mostrar compromiso de ganglios linfáticos e invasión perineural. Ambos muestran restricción en las secuencias de difusión/ADC y realce tras la administración del contraste endovenoso.

El tratamiento de elección es la cirugía, que puede asociarse a quimioterapia y radioterapia en los casos de alto grado histológico.

Es frecuente la recaída y metástasis a distancia por lo que se debe realizar un control estricto.

CONCLUSIÓN

Los **tumores mucoepidermoides** son **neoplasias malignas** que se originan de las **glándulas salivales**, siendo infrecuente su localización en las glándulas salivales menores de la lengua. Se clasifican en grados según la proporción de los distintos tipos celulares, y según el grado histológico varía su aspecto en los estudios por imágenes. Es importante **considerarlos** dentro de los diagnósticos diferenciales de tumores de lengua, sobre todo **en pacientes sin lesiones mucosas** en el examen físico.

BIBLIOGRAFÍA

- Mucoepidermoid carcinoma of the base of tongue. Mesolella, M; Iengo, M; Testa, D; Di Lullo, A; Salzano, G; Salzano, F. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2015.
- Mucoepidermoid carcinoma of the base of tongue. Zain-ul-Abedeem Sobani, Montasir Junaid, Shehzad Ghaffar, Anwar Suhail. J Pak Med Assoc. 2011.
- Mucoepidermoid carcinoma of the tongue. S C L Leong, E Pinder, R Sasae, S Mortimore. Singapore Med J. 2007.