

Κεντρικό (ενδοοστικό) βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα: περιγραφή περίπτωσης και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Α. Ζήζη-Σερμπετζόγλου, Δ. Μωωτέρη, Ε. Αρκουμάνη

Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα κεντρικά βλεννοεπιδερμοειδή καρκινώματα (ΚΒΚ) είναι σπάνιοι όγκοι και αποτελούν το 2-3% όλων των βλεννοεπιδερμοειδών καρκινωμάτων. Παρατηρούνται σε ασθενείς κάθε ηλικίας, με το ηλικιακό εύρος να κυμαίνεται από 1 έως 78 έτη. Η συντριπτική πλειοψηφία ωστόσο εμφανίζεται μεταξύ 4ης και 5ης δεκαετίας. Ιστολογικά πρόκειται για όγκους χαμηλής κακοηθείας, που συνήθως αναπτύσσονται στην κάτω γνάθο, ως μονόχωρες ή πολύχωρες βλάβες στον απεικονιστικό έλεγχο. Η προέλευση του όγκου είναι αμφιλεγόμενη. Η ριζική χειρουργική εκτομή συνδέεται με καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, σε σχέση με συντηρητικές τεχνικές. Οι συγγραφείς παρουσιάζουν μια περίπτωση κεντρικού βλεννοεπιδερμοειδούς καρκινώματος της κάτω γνάθου με μακροχρόνια εξέλιξη και ιδιαίτερη κλινική και μακροσκοπική εμφάνιση που σχετίζονται με τη μακρά πορεία της νόσου. Άνδρας ασθενής 53 ετών, προσήλθε με από ζετίας διόγκωση της κάτω γνάθου δεξιά και εξέλκωση του υπερκείμενου βλεννογόνου μεταξύ γλώσσας και σύστοιχης παρειάς. Διενεργήθηκε βιοψία εκτομής και η ιστολογική εξέταση τους δείγματος ανέδειξε βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα χαμηλού βαθμού κακοηθείας. Λόγω του μεγέθους του όγκου, ακολούθησε εκτομή της κάτω γνάθου με διατήρηση των κονδύλων σε συνδυασμό με υπερωμοϋοειδικό λεμφαδενικό καθαρισμό. Σε τακτική παρακολούθηση και 24 μήνες μετά ο ασθενής παραμένει ελεύθερος νόσου, χωρίς τοπική υποτροπή ή παρουσία μεταστάσεων.

Λέξεις ευρετηρίου: βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα, κεντρικό, ενδοοστικό, κάτω γνάθος

Παραπομπή:

Α. Ζήζη-Σερμπετζόγλου, Δ. Μωωτέρη, Ε. Αρκουμάνη. Κεντρικό (ενδοοστικό) βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα: περιγραφή περίπτωσης και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2014;19(1): 67-73

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το 90% περίπου των καρκίνων της στοματικής κοιλότητας είναι καρκινώματα εκ πλακώδους επιθηλίου, τα οποία αναπτύσσονται από τον βλεννογόνο του στόματος. Το υπόλοιπο 10% αφορά σε κακοήγη μελανώματα, καρκινώματα των σιελογόνων αδένων, σαρκώματα μαλακών μορίων και οστών, οδοντογενείς όγκους, μη-Hodgkin λεμφώματα και μεταστάσεις από όγκους εκτός στοματικής κοιλότητας [1].

Τα καρκινώματα των σιελογόνων αδένων αποτελούν ένα σημαντικό κεφάλαιο της

Παθολογικής Ανατομικής και αντιπροσωπεύουν το 3-5% όλων των νεοπλασμάτων κεφαλής-τραχήλου. Το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα είναι ένας όγκος που σχετίζεται συνήθως με τους σιελογόνους αδένες και αποτελεί το 5-10% των όγκων που αναπτύσσονται σε αυτούς [2-4]. Το 1945, οι Stewart και συνεργάτες περιέγραψαν τα βλεννο-εκκριτικά και επιδερμοειδή κυτταρικά στοιχεία αυτού του όγκου, ο οποίος και καθιερώθηκε ως διακριτή ιστοπαθολογική οντότητα [5].

Τα κεντρικά βλεννοεπιδερμοειδή καρκινώματα είναι εξαιρετικά σπάνιοι

όγκοι με λίγες σχετικά αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία [6, 7].

Παρατηρούνται σε ασθενείς κάθε ηλικίας, με το ηλικιακό εύρος να κυμαίνεται από 1 έως 78 έτη. Η συντριπτική πλειοψηφία ωστόσο εμφανίζεται μεταξύ 4^{ης} και 5^{ης} δεκαετίας. Ιστολογικά πρόκειται για όγκους χαμηλής κακοηθείας, που συνήθως αναπτύσσονται στην κάτω γνάθο, ως μονόχωρες ή πολύχωρες βλάβες στον απεικονιστικό έλεγχο.

Αν και η προέλευση και η αιτιολογία του δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί, το κεντρικό βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα είναι μια ευρέως αποδεκτή κλινική και ιστοπαθολογική οντότητα.

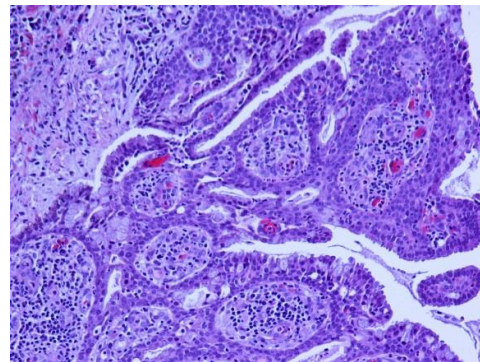
Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός κεντρικού βλεννοεπιδερμοειδούς καρκινώματος κάτω γνάθου και παραθέτουμε μια σύντομη ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Άνδρας ασθενής 53 ετών, προσήλθε στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία για διερεύνηση μιας από ζετίας βλάβης στην κάτω γνάθο, η οποία τον τελευταίο μήνα παρουσίασε απότομη αύξηση του μεγέθους της. Το λοιπό ατομικό και οικογενειακό ιστορικό του ήταν ελεύθερο. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε διόγκωση της κάτω γνάθου δεξιά και εξέγκωση του υπερκείμενου βλεννογόνου μεταξύ γλώσσας και σύστοιχης παρειάς. Δεν ανευρέθησαν διογκωμένοι τραχηλικοί λεμφαδένες. Ακολούθησε απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία, ο οποίος και ανέδειξε, αντίστοιχα στα κλινικά ευρήματα, μια λοβωτή, οστεολυτική, με ασαφή όρια, βλάβη εντός του σώματος της κάτω γνάθου, η οποία εστιακά προκαλούσε ρήξη του οστικού φλοιού της τελευταίας.

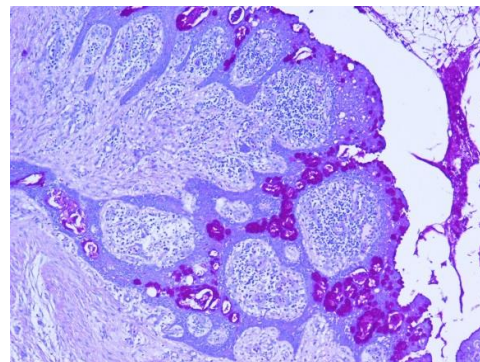
Διενεργήθηκε βιοψία εκτομής και η ιστολογική εξέταση τους δείγματος

ανέδειξε ένα νεόπλασμα αποτελούμενο κατά κύριο λόγο από κυστικούς χώρους, πληρούμενους από μυξοειδές υλικό και επενδύμενους από βλεννοπαραγωγά και διαυγή κύτταρα. Εντός του νεοπλασματος αναγνωρίστηκαν φωλεές πλακωδών κυττάρων αλλά και κύτταρα με ενδιάμεση διαφοροποίηση. Δεν παρατηρήθηκαν νεκρώσεις ούτε σοβαρή κυτταρική ατυπία.



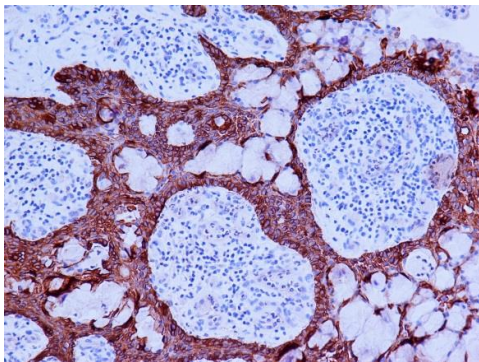
Εικόνα 1. Κεντρικό βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα χαμηλής κακοηθείας (H-E x 200)

Ο αριθμός των μιτώσεων ήταν <4/10 ΜΟΠ. Τέθηκε η διάγνωση βλεννοεπιδερμοειδούς καρκινώματος χαμηλού βαθμού κακοηθείας (Εικόνες 1-3) και λόγω του μεγέθους του όγκου αποφασίστηκε εκτομή της κάτω γνάθου με διατήρηση των κονδύλων.



Εικόνα 2. Κεντρικό βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα (PAS stain x 200)

Κατά τη μακροσκοπική εξέταση του παρασκευάσματος, αναγνωρίστηκε μια καστανόφαιη μάζα η οποία καταλάμβανε σχεδόν όλο το σώμα της κάτω γνάθου, τις παρειακές και γλωσσικές επιφάνειες αυτής από τους αριστερούς έως τους δεξιούς γομφίους. Κατά τις διατομές αναγνωρίστηκαν ψευδοκυστικοί χώροι από τους οποίους εξήλθαν περίπου 10ml βλενώδους υγρού. Η ιστοπαθολογική εξέταση επιβεβαίωσε την αρχική διάγνωση.



Εικόνα 3. Κεντρικό βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα (CK14 x 400)

Ο ασθενής μπήκε σε πρόγραμμα παρακολούθησης και 2 χρόνια μετά παραμένει ελεύθερος νόσου.

ΣΧΟΛΙΟ

Τα πρωτοπαθή, κεντρικά, εκ σιελογόνων αδένων, καρκινώματα της κάτω γνάθου είναι σπάνια νεοπλασμάτα [8]. Το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα εμφανίζεται κατά κύριο λόγο στους σιελογόνους αδένες και μόνο σπάνια αναπτύσσεται στα οστά της γνάθου. [9].

Τα κεντρικά βλεννοεπιδερμοειδή καρκινώματα έχουν αναφερθεί σε όλες τις ηλικίες, με τη συντριπτική πλειοψηφία μεταξύ 4^{ης} και 5^{ης} δεκαετίας. Σπανίως εμφανίζονται σε εφήβους και παιδιά, και

μέχρι σήμερα έχουν αναφερθεί 11 τέτοιες περιπτώσεις [10]. Το κεντρικό βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα προσβάλλει τις γυναίκες σχεδόν με διπλάσια συχνότητα σε σχέση με τους άνδρες ενώ σε ποσοστό 60-85% εμφανίζεται στην κάτω γνάθο και ειδικότερα στο προγομφιακό-γομφιακό τμήμα αυτής, στη γωνία και τον κλάδο [10]. Η προέλευση από την άνω γνάθο είναι συχνά αμφισβητήσιμη, καθώς τέτοιοι όγκοι μπορεί να προέρχονται από τα υποβλεννογόνια βλεννοπαραγωγά αδένια του άντρου ή από ενδοοστική επέκταση όγκων των ελάσσωνων σιελογόνων αδένων του βλεννογόνου των παραρρινίων κόλπων. Σύμφωνα με τους Pires και συνεργάτες [11], η διάκριση μεταξύ αυτών των καταστάσεων είναι σημαντική γιατί τα επιβεβαιωμένα κεντρικά βλεννοεπιδερμοειδή καρκινώματα της άνω γνάθου έχουν χειρότερη πρόγνωση από αυτά της κάτω γνάθου αλλά καλύτερη από τα βλεννοεπιδερμοειδή καρκινώματα του βλεννογόνου των παραρρινίων κόλπων [10].

Η παθογένεια των κεντρικών αδενοκαρκινωμάτων παραμένει άγνωστη και τέσσερις είναι οι επικρατέστερες θεωρίες [12]: (α) εγκλωβισμός οπισθογόμφιων βλενώδων αδένων στο σώμα της άνω γνάθου, οι οποίοι εν συνεχεία υπόκεινται σε νεοπλασματική εξαλλαγή, (β) εμβρυικά υπολείμματα υπογνάθιων σιελογόνων αδένων στην κάτω γνάθο, (γ) νεοπλασματική εξαλλαγή βλεννοεκκριτικών κυττάρων, τα οποία βρίσκονται συχνά στα πολυδύναμα επιθήλια οδοντογενών κόστων που συνδέονται με έγκλειστους τρίτους γομφίους και (δ) διήθηση του οστού από νεόπλασμα με προέλευση από τον βλεννογόνο των ιγμορείων άντρων.

Κλινικά, στις περισσότερες περιπτώσεις, τα κεντρικά βλεννο-επιδερμοειδή καρκινώματα εκδηλώνονται με ανώδυνο οίδημα της περιοχής καλυπτόμενο από

φυσιολογικό βλεννογόνο, ενώ σπάνια συνοδεύονται από πόνο, τριγμό ή παραισθησία [13]. Σε πολλά περιστατικά που αναφέρονται στη βιβλιογραφία, περιγράφονται σαν ασυμπτωματικές βλάβες που αποτέλεσαν τυχαίο εύρημα σε απεικονιστικό έλεγχο που έγινε για άλλη αιτία [12]. Απεικονιστικά, τα κεντρικά βλεννοεπιδερμοειδή καρκινώματα εμφανίζονται συνήθως ως πολύχωρες και σπανιότερα μονόχωρες βλάβες με σαφή όρια [13]. Στη δική μας περίπτωση υπήρχε ανώδυνη διόγκωση στην πρόσθια δεξιά περιοχή της κάτω γνάθου καλυπτόμενη από εξελκωμένο βλεννογόνο λόγω της μακροχρόνιας εξέλιξης του όγκου ο οποίος είχε αρχίσει να γίνεται τοπικά επιθετικός, διηθώντας και καταστρέφοντας τους γύρω ιστούς. Το γεγονός αυτό εξηγεί επίσης τα ασαφή όρια της βλάβης και την εστιακή ρήξη του φλοιώδους πετάλου της κάτω γνάθου στον απεικονιστικό έλεγχο.

Όπως υποδεικνύει το όνομά του, το κεντρικό βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα συντίθεται από τρία κύρια είδη κυττάρων: τα επιδερμοειδή, τα βλεννοπαραγωγά και τα ενδιάμεσα κύτταρα. Άλλα είδη κυττάρων που σπανιώς συναντώνται είναι τα διαυγή κύτταρα και τα λιπώδη κύτταρα [14]. Τα τρία κύρια είδη κυττάρων διατάσσονται σχηματίζοντας δέσμες ή νησίδια, τα οποία μπορεί να αναπτύσσονται συμπαγώς ή να περιέχουν κυστικούς χώρους, πληρούμενους από βλεννώδες υλικό. Ο βαθμός κακοήθειας του όγκου εξαρτάται πρωτίστως από την αναλογία των τύπων των κυττάρων που αποτελούν τον όγκο, αν και τόσο το πρότυπο ανάπτυξης όσο και ο βαθμός κυτταρικής ατυπίας παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο. Οι όγκοι χαμηλού ιστολογικού βαθμού κακοήθειας χαρακτηρίζονται από προέχοντα σχηματισμό κύστεων, ελάχιστη κυτταρική ατυπία και σχετικά υψηλό ποσοστό βλεννώδων κυττάρων. Οι υψηλού ιστολογικού βαθμού κακοήθειας όγκοι σχηματίζουν συμπαγή νησίδια πλακωδών

και ενδιάμεσων κυττάρων, τα οποία μπορεί να εμφανίζουν ικανό πλειομορφισμό και μιτωτική δραστηριότητα. Τα βλεννοπαραγωγά κύτταρα ενδέχεται να είναι ελάχιστα. Οι όγκοι ενδιάμεσου βαθμού κακοήθειας έχουν χαρακτηριστικά ενδιάμεσα μεταξύ των δύο προηγούμενων. Συγκεκριμένα, στους όγκους αυτούς παρατηρείται σχηματισμός κύστεων αλλά σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με τους όγκους χαμηλής κακοήθειας. Αναγνωρίζονται και τα τρία κύρια είδη κυττάρων αλλά τα ενδιάμεσα κύτταρα υπερέχουν. Κυτταρική ατυπία μπορεί να υπάρχει ή και όχι. Η πλειοψηφία των κεντρικών βλεννοεπιδερμοειδών καρκινωμάτων είναι όγκοι χαμηλής κακοήθειας.

Τα διαγνωστικά κριτήρια του κεντρικού βλεννοεπιδερμοειδούς καρκινώματος έχουν καθοριστεί ως εξής: (α) παρουσία μιας ή περισσότερων οστεολυτικών βλαβών στον απεικονιστικό έλεγχο, (β) θετική χρώση βλεννοκαρμίνης στον ανοσοϊστοχημικό έλεγχο, (γ) απουσία ρήξης του φλοιώδους πετάλου του οστού, (δ) κλινικός και ιστολογικός αποκλεισμός μεταστατικής βλάβης ή βλάβης οδοντογενούς προέλευσης και (ε) αποκλεισμός προέλευσης της βλάβης από σιελογόνο αδένα της περιοχής. Η τελική διάγνωση τίθεται αποκλειστικά με την ιστοπαθολογική εξέταση [15]. Σημειώνουμε ότι στη δική μας περίπτωση, υπήρχε ρήξη του φλοιώδους πετάλου της κάτω γνάθου. Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία, έχει αποδειχθεί ότι το ακέραιο φλοιώδες πέταλο είναι στοιχείο ικανό αλλά όχι και αναγκαίο για τη διάγνωση του κεντρικού βλεννοεπιδερμοειδούς καρκινώματος [15]. Επιπλέον αποκλείσαμε αλλά ενδεχόμενα όπως αυτό της μετάστασης ή της οδοντογενούς βλάβης.

Το 1992, οι Bookstone και συν [10] πρότειναν ένα σύστημα σταδιοποίησης αυτών των όγκων, βασισμένο στην κατάσταση του υπερκείμενου οστού.

Βλάβες με ακέραιο φλοιώδες πέταλο και απουσία διάτασης του οστού ανήκουν στο στάδιο I. Όγκοι με ακέραιο φλοιώδες πέταλο αλλά παρουσία ενδοοστικής διάτασης ανήκουν στο στάδιο II. Τέλος ως σταδίου III θεωρούνται βλάβες με ρήξη του οστικού φλοιού ή λεμφαδενική νόσο. Με βάση τα παραπάνω η δική μας περίπτωση ανήκει στο στάδιο III, καθώς συνοδεύεται από ρήξη του φλοιώδους πετάλου της κάτω γνάθου.

Τα βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές και την αποτελεσματικότητα τους είναι περιορισμένα. Επιπλέον ελάχιστες είναι προς το παρόν και οι σειρές με μακροχρόνια παρακολούθηση των μετεγχειρητικών ασθενών. Γι' αυτό το λόγο δεν είναι δυνατόν να βγουν εκ του ασφαλούς συμπεράσματα για την πορεία και την πρόγνωση της νόσου. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες τα ποσοστά υποτροπών κυμαίνονται μεταξύ 10% και 50% και σχετίζονται τόσο με τη βιολογική συμπεριφορά του νεοπλάσματος όσο και με τη χειρουργική προσέγγιση. Τοπικές μεταστάσεις αναφέρονται στο 10-15% των περιπτώσεων ενώ σε δύο μόλις περιπτώσεις έχουν αναφερθεί απομακρυσμένες μεταστάσεις από κεντρικό βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα [10]. Η μία περίπτωση αφορούσε μετάσταση στην

κλείδα και η δεύτερη στους πνεύμονες. Σε ότι αφορά το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την αρχική διάγνωση της νόσου έως την εκδήλωση των μεταστάσεων, έχουν περιγραφεί περιπτώσεις μετάστασης έως και μετά από 20 χρόνια από την αρχική θεραπεία, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την επί μακρόν παρακολούθηση όλων των ασθενών. Περίπου 10% των ασθενών καταλήγουν από τη νόσο τους και γενικά οι όγκοι αυτοί θεωρείται ότι έχουν καλή πρόγνωση. Οι κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν να αντιμετωπίζονται με ευρεία τοπική εκτομή. Η περίπτωσή μας δείχνει ότι το κεντρικό βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα μπορεί μακροπρόθεσμα να γίνει τοπικά επιθετικό απαιτώντας ευρεία en block εκτομή του όγκου μαζί με το οστό.

Συμπερασματικά το κεντρικό βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα είναι μια σπάνια οντότητα. Παρόλο που δεν προκαλεί κλινικά συμπτώματα και έχει καλή πρόγνωση, ενδέχεται να παρουσιάσει μακροπρόθεσμα, τοπική διήθηση, εξέλκωση και καταστροφή των γύρω ιστών. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ευρεία εκτομή και η τακτική παρακολούθηση είναι απαραίτητες για την επιτυχή θεραπεία και την μακροχρόνια, ελεύθερη νόσου, επιβίωση του ασθενούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Van der Waal R, Van der Waal I. Oral non-squamous malignant tumors; diagnosis and treatment. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007;12:E486-91.
2. Ledesma-Montes C, Garcés-Ortiz M. Salivary gland tumours in a Mexican sample. A retrospective study. *Med Oral*. 2002;7:324-30.
3. Pons Vicente O, Almendros Marqués N, Berini Aytés L et al. Minor salivary gland tumors: A clinicopathological study of 18 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13:E582-8.
4. Goldfarb D, Mikaelian D, Keane WM. Mucoepidermoid carcinoma of the mandible. *Am J Otolaryngol*. 1994;15:54-7.
5. De Mello-Filho FV, Brigato RR, Mamede RC et al. Central mucoepidermoid carcinoma: report of 2 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2008;46:239-41.

6. Simon D, Somanathan T, Ramdas K et al. Central Mucoepidermoid carcinoma of mandible - A case report and review of the literature. *World J Surg Oncol.* 2003;1:1.
7. Browand BC, Waldron CA. Central mucoepidermoid tumors of the jaws. Report of nine cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1975;40:631-43.
8. Martinez-Madrigal F, Pineda-Daboi K, Casiraghi O et al. Salivary gland tumors of the mandible. *Ann Diagn Pathol.* 2000;4:347-53.
9. Waldron CA, Koh ML. Central Mucoepidermoid carcinoma of the jaws: report of four cases with analysis of the literature and discussion of the relationship to mucoepidermoid, sialodontogenic and glandular odontogenic cysts. *J Oral Maxillofac Surg.* 1990;48:871-7.
10. Bookstone MS, Huvos AG. Central salivary gland tumors of the maxilla and mandible: a clinicopathologic study of 11 cases with an analysis of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 1992;50:229-36.
11. Pires FR, Paes de Almeida O, Lopes MA et al. Central mucoepidermoid carcinoma of the mandible: report of four cases with long-term follow-up. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2003;32:378-82.
12. Bouquot JE, Gnepp DR, Dardick I et al. Intraosseous salivary tissue jawbone examples of choristomas, hamartomas, embryonic rests, and inflammatory entrapment: another histogenetic source for intraosseous adenocarcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000;90:205-17.
13. Simon D, Somanathan T, Ramdas K et al. Central mucoepidermoid carcinoma of mandible - A case report and review of the literature. *World J Surg Oncol.* 2003;25:1-5.
14. Auclair PL, Goode RK, Ellis GL. Mucoepidermoid carcinoma of intraoral salivary glands. Evaluation and application of grading criteria in 143 cases. *Cancer.* 1992;69:2021-30
15. Browand BC, Waldron CA. Central mucoepidermoid tumors of the jaws. Report of nine cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1975;40:631-43.

CASE REPORT

Central (intraosseous) Mucoepidermoid Carcinoma: a case report and review of the literature**A Zizi-Sermpetzoglou, D. Myoteri, E. Arkoumani**

Department of Pathology, "Tzaneio" General Hospital, Piraeus, Greece

ABSTRACT

Central mucoepidermoid carcinomas (CMC) are uncommon tumours, comprising 2-3% of all mucoepidermoid carcinomas reported. They have been reported in patients of all ages, ranging from 1 to 78-years, with the overwhelming majority occurring in the 4th and 5th decades of life. They are histologically low-grade cancers, usually affecting the mandible as unilocular or multilocular radiographic lesions. The authors report a case of CMC of the mandible with a long evolution, and peculiar clinical and macroscopical features related with the long term evolution of the disease. A 53-year-old male patient had expansion of buccal and lingual cortices of the anterior region of the mandible, covered by ulcerated mucosa, with 3 years evolution. An incisional biopsy was performed, and the histopathological findings confirm low-grade mucoepidermoid carcinoma. The patient was treated with a mandibulectomy, followed by supraomohyoid neck dissection. There was no evidence of local recurrence, regional or distant metastasis revealed; and the patient was alive and without disease after a follow-up interval of 24 months.

Key words: mucoepidermoid carcinomas, central, intraosseous, mandible

Citation:

A Zizi-Sermpetzoglou, D. Myoteri, E. Arkoumani. Central (intraosseous) Mucoepidermoid Carcinoma: a case report and review of the literature. Scientific Chronicles 2014;19(1): 67-73