

Adenoma pleomorfo del paladar:

Reporte de un caso y revisión de la literatura.

Pleomorphic adenoma of the palate: A case report and review of the literature.

Miguel Barrientos Velázquez,* Luis Alberto Montoya Pérez,** Carlos Juan Liceaga Escalera***

RESUMEN

El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales. Su localización principalmente es en la glándula parótida, pero cuando aparece en una glándula salival menor, el paladar es su localización más común. Presenta un crecimiento lento y continuo; clínicamente se presenta como un nódulo o tumor asintomático, firme y bien delimitado. El diagnóstico se realiza mediante biopsia por aspiración con aguja fina o biopsia escisional de la lesión, siendo de gran importancia debido a que a pesar de ser una tumoración benigna, en ocasiones puede presentar transformación maligna. El tratamiento consiste en la exéresis completa de la lesión con márgenes sanos. Se presenta el caso de un paciente masculino de 40 años, con una masa en el paladar duro y blando de seis años de evolución. Tras la exéresis completa de la lesión, el estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de adenoma pleomorfo.

Palabras clave: Adenoma pleomorfo, paladar, tumor benigno, glándula salival

ABSTRACT

Pleomorphic adenomas are the most common benign tumor of the minor salivary glands. They are primarily found in the parotid gland, except when they appear in a minor salivary gland, in which case the palate is the most common site. They display a slow, steady growth. Clinically the adenoma appears as a firm, well-defined, asymptomatic nodule or tumor. Diagnosis is confirmed by means of fine-needle aspiration biopsy or excisional biopsy of the lesion. It is extremely important that they are tested given that, despite their being a benign tumor, they can sometimes become malignant. Treatment consists of the complete excision of the lesion with clean surgical margins. We report the case of a 40-year-old male patient with a mass in the hard and soft palate that had evolved over a period of six years. Following the complete excision of the lesion, histopathology confirmed the diagnosis of pleomorphic adenoma.

Key words: Pleomorphic adenoma, palate, benign tumor, salivary gland.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias salivales constituyen alrededor del 3% de todos los tumores y son responsables entre el 2 y 7% de los cánceres de cabeza y cuello.¹ Alrededor del 80% se localizan en la parótida, el 10% en la glándula submandibular y el 10% en la glándula sublingual y en las glándulas salivales menores.² Los tumores de las glándulas salivales menores son poco frecuentes, comprendiendo del 15 al 23% de todas las neoplasias de glándulas salivales.³

El adenoma pleomorfo, o también llamado tumor benigno mixto, es la neoplasia de glándulas salivales más común^{4,5} tanto de las glándulas salivales mayores como de las menores.⁵ Comprende el 60% de las neoplasias de parótida, el 50% de las neoplasias de la glándula submandibular y el 40% de las glándulas salivales menores, siendo infrecuente en la glándula sublingual.² Intraoralmente, las glándulas palatinas son las más afectadas;⁶ otros sitios incluyen los labios superior e inferior, mucosa bucal, encía y lengua.⁷

El adenoma pleomorfo puede aparecer en cualquier edad, siendo más común entre la tercera y sexta década de la vida con una media de 45 años y predominio principalmente en mujeres (3:1);⁸ a pesar de su elevada frecuencia, este tumor es poco común en niños.¹

La histogénesis de estas lesiones se relaciona con la proliferación de células que poseen características mioepiteliales, ductales o ambas.⁹

* Residente del cuarto año de Cirugía Maxilofacial.

** Médico adscrito a Cirugía Maxilofacial.

*** Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial.

Hospital Juárez de México, México, D.F.

Recibido: Septiembre 2013. Aceptado para publicación: Diciembre 2013.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 40 años de edad, quien acudió a consulta por presentar una lesión asintomática en el paladar duro y blando de seis años de evolución. Durante este tiempo no presentó antecedentes de relevancia relacionados con el padecimiento. A la exploración intraoral se pudo apreciar una lesión nodular de 4 por 5 centímetros aproximadamente, de base pediculada, que abarcaba el paladar duro y blando, con un recubrimiento de mucosa sana de coloración similar a la mucosa palatina (Figura 1A). A la palpación presentaba una consistencia firme, no desplazable y de superficie lisa, estando adherida a planos profundos.

La exploración periodontal no presentó alteraciones. La vitalidad dental era positiva en los dientes involucrados. En la exploración extraoral no se encontraron adenopatías en cadenas ganglionares cervicales.

Los estudios de imagenología mediante tomografía computarizada no demostraron afección dental ni ósea

(Figura 1B). El diagnóstico presuntivo fue adenoma pleomorfo palatino, por lo que se procedió a la exéresis completa de la lesión con margen de tejido sano circundante (Figuras 2A y 2B); en el hueso palatino se realizó osteotomía periférica y se colocó apósito quirúrgico sostenido con una guarda de acetato.

Se envió la muestra quirúrgica para estudio histopatológico (Figura 2B). El resultado describió microscópicamente el espécimen examinado, el cual se encontró formado por áreas mucoepiteliales sólidas, glándulas salivales mucosas, músculo estriado y tejido adiposo, por lo que se confirmó el diagnóstico de adenoma pleomorfo.

La evolución postoperatoria inmediata fue favorable, por lo que se decidió su alta hospitalaria a las 24 horas de la intervención. En el control a una semana se realizó lavando la herida cruenta y se cambió el apósito quirúrgico, mismo que se retiró una semana después. El control a cuatro meses fue satisfactorio con la herida cicatrizada

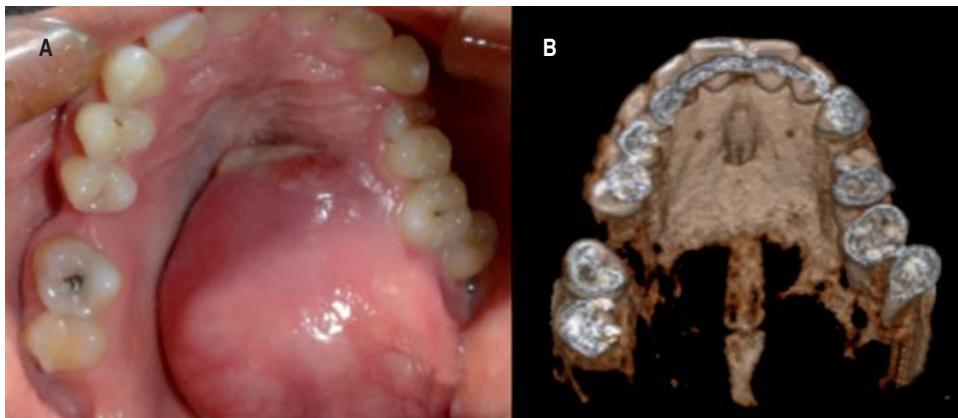


Figura 1.

A. Se observa una masa bien definida en el paladar. B. Reconstrucción en 3D del paladar duro.



Figura 2.

A. Escisión de la lesión con márgenes de seguridad. B. Pieza quirúrgica obtenida de la biopsia escisional.



Figura 3. Control postoperatorio a seis meses.

por segunda intención (*Figura 3*), por lo que actualmente se da seguimiento cada seis meses para control clínico.

DISCUSIÓN

Las neoplasias salivales constituyen alrededor del 3% de todos los tumores y son responsables entre el 2 y 7% de los cánceres de cabeza y cuello.¹ Los tumores de glándulas salivales menores son infrecuentes y representan el 15-23% de todas las neoplasias de glándulas salivales.¹⁰

Los tumores del paladar pueden corresponder a múltiples enfermedades subyacentes. La más frecuente es el absceso palatino (diagnosticado por los signos clínicos agudos), seguido de los fibromas por prótesis mal ajustadas y tumores de glándulas salivales (principalmente adenoma pleomorfo, seguido de cistadenoma, mioepiteloma, sialoadenoma y adenoma de células basales). Otras causas menos comunes son sarcoma de Kaposi, quistes del conducto nasopalatino, quistes mucosos, linfomas, nevos o melanomas.³

El adenoma pleomorfo es la neoplasia de glándulas salivales más común. La localización más frecuente es en la glándula parótida.¹¹ En las glándulas menores son las del paladar duro, como ocurrió en nuestro caso, seguido de labio, mucosa bucal, suelo de la boca, amígdala, faringe, área retromolar y cavidad nasal.¹² La edad media de aparición se sitúa entre los 40 y 50 años, que de igual manera coincide con la edad de nuestro paciente, con cierta predilección por el sexo femenino.²

El pleomorfismo que exhibe este tumor se debe a la pluralidad morfológica que expresan los componentes

epiteliales y mioepiteliales al producir cantidades variables de mucopolisacáridos e incluso metaplasia condroide y ósea.⁹

La mayoría de estos tumores son sólidos, salvo raros ejemplos que muestran degeneración quística o hemorragia.⁵ Producen escasa sintomatología, lo más frecuente es diagnosticarlos como una masa asintomática, de crecimiento lento, de consistencia firme, móvil y que no está adherida a piel ni a planos profundos, recubierto por mucosa oral normal, que en el caso del paladar puede ulcerarse debido a los traumatismos alimentarios. Cuando adquieren un tamaño considerable pueden ocasionar alteraciones en la deglución o en la fonación.²

La detección de tumores en el paladar duro, referente al grado de afectación de estructuras vecinas, es complejo y no es infrecuente observar la invasión de estructuras profundas del hueso maxilar, seno maxilar o del esfenoides; en nuestro caso se limitaba a los tejidos blandos. Es necesario conocer la extensión de la destrucción ósea y la infiltración tumoral en el paladar para determinar el tratamiento a seguir.¹ Por ello, los exámenes complementarios como la tomografía computarizada nos facilitan la posibilidad de encontrar una afección ósea, y la resonancia magnética nuclear nos permite determinar el grado de encapsulación y la posible infiltración en tejidos blandos adyacentes, apareciendo con hiperintensidad homogénea en T2 y realce rápido, fuerte y heterogéneo en T1, tras la inyección de contraste.¹¹

La biopsia por aspiración con aguja fina es una técnica segura y fácil de realizar que muestra una especificidad del 93%. La biopsia incisional no se recomienda por riesgo de sangrado, rotura de la cápsula y extensión hacia los tejidos vecinos.¹

El tratamiento de elección es la exéresis completa de la tumoración con márgenes de 2-3 milímetros de tejido sano circundante, lo que implica hacer un curetaje o fresado del periostio del hueso subyacente a la lesión, por la posible presencia de células tumorales en la superficie ósea.¹³

Las razones de recurrencia incluyen escisión incompleta, cortar a través de las proyecciones extracapsulares dejando así algo del tumor, o ruptura de la cápsula, inoculando células tumorales, que es como ocurre cuando se diseña cerca de la cápsula.⁷ La radioterapia se reservará para las recidivas y casos inoperables.

Se ha descrito la posibilidad de transformación maligna (2-9%) generalmente a adenocarcinoma o carcinoma exadenoma pleomorfo, aumentando el riesgo con la duración del tumor y la edad media del paciente.¹⁰ Se sugiere realizar controles postoperatorios hasta por 10 años.⁶

CONCLUSIONES

El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales. La anamnesis y el aspecto clínico son fundamentales para el diagnóstico. Los estudios de imagenología son útiles para diagnosticar erosión o perforación ósea del paladar. Se puede realizar una biopsia con aspiración con aguja fina para tener un estudio histopatológico previo. En última instancia, el diagnóstico debe ser histológico para descartar una tumoración maligna.

El tratamiento de elección para el adenoma pleomorfo es una exéresis local con adecuado margen de tejido sano circundante por la posibilidad de recidivar y degenerar en un tumor maligno; su pronóstico es favorable si la escisión quirúrgica es adecuada. Es una de las pocas neoplasias que puede sufrir transformación maligna, por su tendencia a invadir y erosionar el hueso. La recurrencia puede resultar en la diseminación de esta neoplasia, por lo que la cirugía radical y la radioterapia deberían ser consideradas en estos casos. Es importante el seguimiento de estos pacientes, se recomienda a 10 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vasallo F, López A, Aceró J, Hernández G. Adenoma pleomorfo palatino. Caso clínico, revisión de la literatura y puesta al día. Cient Dent. 2010; 7 (3): 203-208.
2. Villar R, Monleón V. Adenoma pleomorfo en paladar duro. Revisión casuística. Gaceta Dental. 2008; 198: 156-162.
3. Bécares C, García F, Pla I, Calvo J y cols. Adenoma pleomorfo en el velo del paladar. An Orl Mex. 2012; 57 (3): 174-176.
4. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Oral and Maxillofacial Pathology. 3a Ed. Philadelphia, WB Elsevier Saunders: 2009.
5. Kurokawa H, Yoshida M, Igawa K, Sakoda S. Extensive necrosis of pleomorphic adenoma in the soft palate: a case report and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg. 2008; 66: 797-800.
6. Bablani D, Bansal S, Shetty S, Desai R et al. Pleomorphic adenoma of the cheek: a case report and review. J Oral Maxillofac Surg. 2009; 67: 1539-1542.
7. Spencer J, Ali I, Mohammed I, Sumangala B. Pleomorphic adenoma of the palate in children and adolescents: a report of 2 cases and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg. 2007; 65: 541-549.
8. Meneses A, Mosqueda A, Ruiz-Godoy L. Patología quirúrgica de cabeza y cuello. México D.F: Edición Trillas; 2006.
9. Regezi J, Sciubba J. Patología bucal. 3a ed. Philadelphia, McGraw-Hill Interamericana; 2007.
10. Agreda B, Urpegui A, Alfonso J, López A y cols. Adenoma pleomorfo de paladar. ORL Aragón. 2008; 13 (1): 8-10.
11. Pérez L, Yoris O, Molina C, Castro B. Adenoma pleomorfo benigno contralateral en glándulas parótida y submandibular. Reporte de un caso. Acta Odontol Venez. 2007; 45: 1.
12. De Paula C, García F, Ramírez J, Orts M y cols. Adenoma pleomorfo gigante de glándula salivar menor. Extirpación a través de un abordaje extraoral. Rev Esp Cir Oral y Maxilofac. 2008; 30 (3): 201-204.
13. Alkan A, Inal S. Closure of palatal defects following excision of palatal pleomorphic adenomas. J Contemp Dent Pract. 2008; 9: 99-107.

Correspondencia:

Dr. Miguel Barrientos Velázquez

13º Poniente Norte Núm. 280,
1er piso, Col. Moctezuma,
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Teléfono: 01 (961) 61 28141
E-mail: drbarrientoscmf@hotmail.com