

Adenoma pleomorfo parotídeo gigante: a propósito de un caso clínico.

Giant parotid pleomorphic adenoma: A case report.

José Edgar Garduño Mejía,* Erick Marciano Salinas García,** Jaime Zuazo Campuzano***

RESUMEN

El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales, con mayor predilección por la glándula parótida. Se presenta un caso clínico de paciente femenino de 53 años de edad, con aumento de volumen en región parotídea y geniana derecha de 15 x 12 centímetros, de ocho años de evolución, la tomografía simple de la región presenta tumoración parotídea bien delimitada, la cual afecta lóbulo superficial y profundo de la glándula parótida derecha, la biopsia incisional confirmó el diagnóstico histopatológico de adenoma pleomorfo por lo cual se realiza parotidectomía total sin preservación del nervio facial.

Palabras clave: Adenoma pleomorfo, parotidectomía, nervio facial.

ABSTRACT

Pleomorphic adenoma is the most common benign tumor of the salivary glands, with greater predilection for the parotid gland. We present the case of a 53-year-old female patient with a 15 x 12 cm increase in volume in the parotid and right genial region with eight years of evolution. A simple CT scan of the region revealed a well-defined parotid tumor affecting the superficial and deep lobe of the right parotid gland. An incisional biopsy confirmed the histopathological diagnosis of pleomorphic adenoma, for which reason a total parotidectomy was performed without preservation of the facial nerve.

Key words: Pleomorphic adenoma, parotidectomy, facial nerve.

INTRODUCCIÓN

El adenoma pleomorfo es también llamado enclavoma, branquioma, endotelioma, encondroma o tumor mixto.¹ Es un tumor benigno que afecta glándulas salivales mayores y menores, la glándula parótida es la más afectada de las glándulas mayores, y el paladar es la región más común de incidencia de estos tumores en glándulas salivales menores.² El término «adenoma pleomorfo» fue sugerido por Willis el cual caracterizó el patrón histológico inusual de la lesión.¹

El adenoma pleomorfo se origina de las glándulas salivales y consiste en la proliferación de células epiteliales y mesenquimales; estas últimas pueden dar lugar a tejido

óseo, cartilaginoso, hialino y los elementos mixoides, de ahí el nombre de «tumor mixto».³ Los tumores de las glándulas salivales representan menos del 3% de los tumores de cabeza y cuello y son más comunes en adultos que en niños. Los tumores que surgen en las glándulas salivales menores representan el 22% de todas las neoplasias de las glándulas salivales. Un punto importante es que la mayoría de ellos son malignos, sólo el 18% del total de tumores de glándulas salivales menores son benignos.⁴

Alrededor del 70% de todos los tumores de las glándulas salivales se presentan en la glándula parótida, y aproximadamente el 85% son benignos.⁵ Spiro et al., en su estudio de 207 pacientes con neoplasia de glándula salival informó que el 20-40% de todos los tumores de las glándulas salivales surgen de las glándulas salivales menores. Los tumores mixtos de glándulas salivales menores afectan principalmente a los pacientes en la cuarta o sexta décadas de vida y con ligera predilección por el sexo femenino.⁶ El paladar es considerado como el sitio intraoral más común (68.8%), seguido por el labio superior (10.1%) y el carrillo (5.5%).⁷

* Profesor titular de Curso de Cirugía Maxilofacial

** Residente Cirugía Maxilofacial de cuarto año.

*** Residente Cirugía Maxilofacial de primer año.

Hospital Adolfo López Mateos. Toluca de Lerdo, Estado de México.

Recibido: Abril 2016. Aceptado para publicación: Septiembre 2016.

En la cavidad nasal, su localización más frecuente es el cartílago cuadrangular, seguido por la pared lateral nasal. En el seno maxilar el adenoma pleomorfo raramente se describe en la literatura.⁸

Los tumores de glándulas salivales son trastornos relativamente poco frecuentes en la población pediátrica, comprenden sólo el 1% del total de los tumores de cabeza y el cuello y menos de 5% del total de los tumores son de las glándulas salivales.⁹

El adenoma pleomorfo se presenta clínicamente como una masa de crecimiento lento, indoloro, bien delimitado, indurada a la palpación, libremente desplazable, no se adhiere a planos profundos, cuyo tamaño oscila entre 2-6 centímetros. Aunque de manera escasa se han reportado casos de adenoma pleomorfo gigante.⁵ Los síntomas dependen de la localización del tumor e incluyen: disfagia, disnea, ronquera, dificultad para masticar y epistaxis. Aunque los adenomas pleomorfos suelen describirse como una sola masa unilateral en la glándula parótida, la presencia bilateral ha sido descrita en 35 casos.¹⁰

Microscópicamente el adenoma pleomorfo es un tumor mixto compuesto por células epiteliales y mioepiteliales ordenadas con varios patrones morfológicos, el cual se encuentra rodeado por una cápsula fibrosa.² Se caracteriza por una gran variedad de diversidad morfológica. Las células epiteliales están dispuestas en líneas e islas que muestran las estructuras ductales típicas de varias características epiteliales y mioepiteliales ensanchadas, claras, escamosas, basaloides, plasmocitoides, oncocíticas y sebáceas. El estroma característicamente está mezclado, con aspectos fibrosos, condroides, mixoides o hialinos.⁵

El diagnóstico diferencial debe incluir adenoma de células basales, el carcinoma mucoepidermoide, adenocarcinoma y linfoma.¹¹ El diagnóstico se basa en la relación de los hallazgos clínicos así como la toma de biopsia incisional o la biopsia aspiradora con aguja fina, comúnmente usadas para el diagnóstico prequirúrgico de lesiones en glándulas salivales, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética son utilizadas para la evaluación de la extensión de la lesión.¹²

El tratamiento de los adenomas pleomorfos es la escisión quirúrgica, es decir, parotidectomía superficial o total, con preservación del nervio facial, sialoadenectomía submandibular o escisión local amplia para una glándula salival menor. La enucleación simple de estos tumores es lo que se cree que ha dado lugar a altas tasas de recurrencia local y debe ser evitado. El rompimiento de la cápsula también se cree que aumenta el riesgo de recurrencia, por lo que la disección meticulosa es

necesaria.¹³ La recurrencia de adenoma pleomorfo de glándulas salivales mayores es del 17%, dependiendo de la técnica quirúrgica utilizada en la escisión primaria.³ Algunos estudios reportan una tasa de recurrencia de 6% en pacientes con adenoma pleomorfo benigno de la glándula salival menor;¹⁴ la mayoría de las recidivas de la enfermedad aparecen durante los primeros 18 meses después de la cirugía, debido a esto, el seguimiento a largo plazo es esencial.¹⁵

Aproximadamente del 3 al 4% de adenomas pleomorfos pueden convertirse en carcinoma de ex-adenomas pleomorfos.¹⁶ El carcinoma ex-adenoma pleomorfo es una neoplasia maligna de la glándula salival poco frecuente, pero agresiva que se desarrolla en asociación con un adenoma pleomorfo benigno primario o recurrente.¹⁷

La incidencia de transformación maligna de los adenomas pleomorfos varía del 1.9 al 23.3%. El riesgo aumenta en los tumores con largo tiempo de evolución, recurrencias y edad avanzada del paciente. Algunos autores postulan que el riesgo de transformación maligna aumenta desde 1.6% en el tumor con menos de cinco años de evolución, a 9.5% para los que presentan más de 15 años.⁵

El carcinoma ex-adenoma pleomorfo predominantemente afecta a la glándula parótida y submandibular, así como a las glándulas salivales menores en la cavidad oral, particularmente en el paladar.¹⁸

El adenoma pleomorfo metastásico de las glándulas salivales, es un grupo de tumores raros que son histológicamente idénticos a los tumores mixtos benignos y que inexplicablemente dan metástasis. Una revisión de la literatura reveló que por lo general se producen después de múltiples recurrencias locales. El sitio más común para la metástasis es óseo, seguido de la cabeza y cuello y el pulmón.¹⁹ El riesgo de complicaciones, particularmente la lesión del séptimo par craneal aumenta después de la cirugía para los tumores recidivantes.¹⁵

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un paciente femenino de 53 años de edad, la cual acude al Servicio de Cirugía Maxilo-facial del Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos» de Toluca de Lerdo, Estado de México; por presentar aumento de volumen en región facial de lado derecho (*Figura 1*), de ocho años de evolución sin tratamiento previo, no cuenta con antecedentes patológicos de importancia para su padecimiento actual.

A la exploración física se observó aumento de volumen en región geniana y parotídea de aproximadamente

15 × 12 centímetros, indurada a la palpación, no dolorosa, multilobulada, móvil, sin linfadenopatías asociadas, coloración análoga al resto de tegumentos, sin afección de nervio facial (Figura 2). A la exploración intraoral presentó mucosa oral de adecuada coloración e hidratación, así



Figura 1. Fotografía frontal con aumento de volumen en región parotídea y geniana derecha.



Figura 2. Fotografía lateral con aumento de volumen en región geniana y parotídea derecha.

como hiposalivación de conducto de Stenon derecho.

Se solicitó tomografía simple de cuello en la cual se observa tumoración parotídea derecha, bien delimitada de 15 × 12 × 12 centímetros, con afección de lóbulo superficial y profundo de la parótida, la cual sugiere un probable diagnóstico de adenoma pleomorfo de glándula parótida derecha (Figura 3).

Se realizó toma de biopsia incisional y se envía muestra a estudio histopatológico con resultado de neoplasia compuesta por células epiteliales que forman conductos



Figura 3. Tomografía con cortes coronales en la cual se observa lesión bien delimitada en región parotídea derecha, la cual afecta glándula parótida de 15 × 12 × 12.

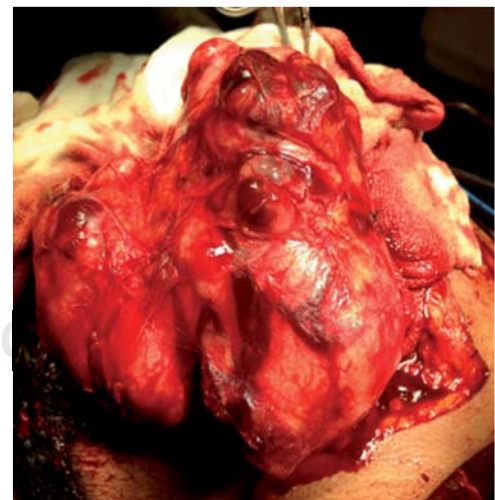


Figura 4. Parotidectomía total sin preservación del nervio facial.

entremezclados con células mioepiteliales de aspecto plasmocitoide con un estroma con áreas hialinizadas y mixoides así como de diferenciación condroide, en la periferia se encuentra cápsula compuesta de tejido conjuntivo fibroso denso bien vascularizado con infiltrado inflamatorio y algunas células neoplásicas, el cual confirma el diagnóstico de adenoma pleomorfo de glándula parótida derecha.

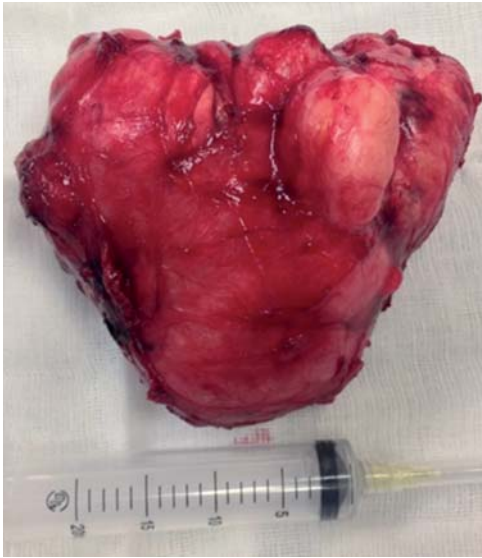


Figura 5. Pieza quirúrgica de 15 x 12 x 12 centímetros para estudio histopatológico.

Se realizó protocolo quirúrgico y bajo anestesia general mediante intubación orotraqueal, se realiza abordaje para ritidectomía de 20 centímetros, se realiza disección por planos hasta tumoración parotídea, la cual se encuentra multilobulada, vascularizada y encapsulada (*Figura 4*), se realiza parotidectomía total sin preservación del nervio facial, obteniendo pieza quirúrgica de 15 x 12 x 12 centímetros de 400 gramos (*Figura 5*).

Se realiza hemostasia y se coloca dren tipo Penrose hacia región parotídea, se sutura con Vicryl 3-0 en plano profundo y nylon 4-0 en plano superficial (*Figura 6*), se termina procedimiento quirúrgico sin complicaciones.

Al tercer día del procedimiento quirúrgico se retira dren tipo Penrose y cinco días después se realiza retiro de puntos de sutura, se envía a terapia física y rehabilitación y es citada en un mes para revisión, seis meses después presenta una adecuada evolución sin recidiva (*Figura 7*), continúa con citas de control cada seis meses.

DISCUSIÓN

El adenoma pleomorfo es la tumoración benigna más frecuente de glándulas salivales, el cual afecta a la glándula parótida.² El tratamiento de elección es la resección quirúrgica mediante parotidectomía superficial.¹³ En este caso, nuestro paciente presentaba un tiempo de evolución de ocho años, con afección del lóbulo superficial y profundo de la glándula parótida, por lo cual se realizó parotidectomía total sin preservación de nervio facial, la



Figura 6. Herida quirúrgica secundaria a ritidectomía.



Figura 7. Control seis meses postquirúrgico.

resección de los tumores parotídeos se complica por la presencia del nervio facial y el tamaño de la tumoración, en el caso presentado no fue posible la preservación del nervio facial debido al tamaño de la tumoración y la afección de lóbulo superficial y profundo de la parótida.

Es de suma importancia una intervención temprana para mejorar el pronóstico y disminuir la probabilidad de recidiva y transformación maligna, ya que ésta se relaciona con el tiempo de evolución y el tamaño de la lesión, así como disminuir las secuelas relacionadas a tumoraciones parotídeas, las cuales se relacionan con el nervio facial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sunil S, Gopakumar D. Pleomorphic adenoma: a case report and review of literature. *Int. J Odontostomat*. 2013; 7 (2): 171-174.
2. Mubeen K, Vijayalakshmi KR, Abhishek RP, Girish BG, Chandravar S. Beningn pleomorphic adenoma of minor salivary. *Journal of Dentistry and Oral Hygiene*. 2011; 3 (6): 82-88.
3. Strub GM, Georgolios A, Graham RS, Powers CN, Coelho DH. Massive transcranial parotid pleomorphic adenoma: recurrence after 30 years. *J Neurol Surg Rep*. 2012; 73 (1): 1-5.
4. Aggarwal A, Singh R, Sheikh S, Pallagatti S, Single I. Pleomorphic adenoma of minor salivary gland: a case report. *RSBO*. 2012; 9 (1): 97-101.
5. Takahama A Jr, da la Cruz PD, Magrin J, de Almeida OP, Kowalski LP. Giant pleomorphic adenoma of the parotid gland. *Med Oral Patol Or Oral Cir Bucal*. 2008; 13 (1): E58-60.
6. Moghe S, Pillai A K, Prabhu S, Nahar S, Kartika U K. Pleomorphic adenoma of the palate report of a case. *International Journal of Scientific Study*. 2014; 2 (1): 54-56.
7. Dalati T, Hussein MR. Juvenile pleomorphic adenoma of the cheek: a case report and review of literature. *Diagnostic Pathology*. 2009; 4 (1): 4-32.
8. Ishikawa CC, Romano FR, Voegels RL, Butugan O. Pleomorphic adenoma of maxillary sinus. A case report. *International Archives of Otorhinolaryngology*. 2008; 12 (3): 459-462.
9. Gani AN, Megat SMAR, Siti AMA, Norazizah M, Mazita A, Sharifah NA. Pleomorphic adenoma originating from submandibular salivary gland in an 8-year-old girl. *Med & Health*. 2007; 2 (2): 164-168.
10. Van Egmond SL, de Leng WW, Morsink FH, Offerhaus GJ, Brosens LA. Monoclonal origin of primary unilateral multifocal pleomorphic adenoma of the parotid gland. *Hum Pathol*. 2013; 44 (5): 923-926.
11. Sachin R, Sodhi SPS, Simarpreet VS. Pleomorphic adenoma of submandibular gland: an uncommon occurrence. *Natl J Maxillofac Surg*. 2011; 2 (1): 66-68.
12. Renuka G, Vijaya S, Nighat H, Chandani K. Pleomorphic adenoma: a diagnostic pitfall in the diagnosis of salivary gland lesions on FNAC: case reports with review of the literature. *Department of Pathology*. 2010; 7 (1): 1-20.
13. Ashwin AJ, Amrish KG, Ravindranath M. Pleomorphic adenoma of parotid gland with extensive bone formation: A rare case report. *Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences*. 2014; 15 (2): 139-142.
14. Nascimento LA, Vilela TG. Pleomorphic adenoma of the tongue base: case report and review. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2014; 18 (3): 328-331.
15. Balakrishna R, Pratap M, Jannu A, Sudarshan, Veena GC. Pleomorphic adenoma of the submandibular gland: A case report. *Journal of Head & Neck physicians ans surgeons*. 2015; 3 (3): 15-20.
16. Mendenhall WM, Mendenhall CM, Werning JW, Malyapa RS, Mendenhall NP. Salivary gland pleomorphic adenoma. *Am J Clin Oncol*. 2008; 31 (1): 95-99.
17. Mohan S, Puram SV, Yarlagaadda B, Nosé V, Deschler DG. Ossifying parotid carcinoma ex pleomorphic adenoma. *Case Reports Otolaryngol*. 2015;2015:395358.
18. Antony J, Gopalan V, Smith RA, Lam AK. Carcinoma ex pleomorphic adenoma: a comprehensive review of clinical, pathological and molecular data. *Head Neck Pathol*. 2012; 6 (1): 1-9.
19. Manucha V, Ioffe OB. Metastasizing pleomorphic adenoma of the salivary gland. *Arch Pathol Lab Med*. 2008; 132 (9): 1445-1447.

Correspondencia:

C.D. Erick Marciano Salinas García
Calle Canaderías Núm. 112,
Fraccionamiento la Estrella interior Núm. 19,
Col. San Lorenzo Tepaltitlán, 50010,
Toluca de Lerdo, Estado de México.
E-mail: marciano_adidas@hotmail.com