

# Diagnóstico y tratamiento de adenoma pleomorfo en paladar.

## Reporte de un caso.

### *Diagnosis and treatment of a pleomorphic adenoma of the palate.*

### *A case report.*

Guillermo Molina Vidal,\* Luis Maldonado Torres,\*\* Penélope Manzano Galindo\*\*\*

#### RESUMEN

El adenoma pleomorfo es la neoplasia más común de las glándulas salivales mayores y menores, representa el 60% de todas las neoplasias de las glándulas salivales. Usualmente se presentan como masas asintomáticas de lento crecimiento. Una característica importante es que es un tumor con una encapsulación variable e incompleta. En el paladar usualmente se presenta en la unión del paladar duro y blando, de forma unilateral. En el paladar duro se sienten fijos debido a la proximidad del mucoperiostio subyacente. A pesar de que el adenoma pleomorfo es un tumor benigno, puede causar problemas en su tratamiento debido a su tendencia a recurrir y el riesgo de transformación maligna. Sin embargo, las recurrencias son raras en las glándulas salivales menores.

**Palabras clave:** Adenoma pleomorfo, paladar, glándula salival, tumor.

#### ABSTRACT

*Pleomorphic adenoma is the most common salivary gland tumour and accounts for about 60% of all salivary neoplasms. Pleomorphic adenomas usually are slow-growing painless masses. An important characteristic is that it is a tumour of variable and incomplete capsulation. In the palate, tumours are usually seen unilaterally at the junction of the hard and soft palate. In the hard palate they feel fixed due to the proximity of the underlying mucoperiosteum. Although pleomorphic adenoma is a benign tumour it can cause problems in clinical management due to its tendency to recur and the risk of malignant transformation. However, recurrences are rare in the minor glands.*

**Key words:** Pleomorphic adenoma, palate, salivary gland, tumour.

#### INTRODUCCIÓN

Las glándulas salivales son órganos exocrinos responsables de la producción y secreción de la saliva. Comprenden a las tres glándulas salivales mayores: parótida, submandibular y sublingual, y a las glándulas salivales menores. Estas últimas son numerosas y están distribuidas ampliamente en la boca y la orofaringe, abundan en la unión del paladar duro y blando, en labios y mucosa bucal. Una característica importante es que carecen de cápsula.<sup>1</sup>

El adenoma pleomorfo es el prototipo de una neoplasia benigna que continuará con su crecimiento o nuevo crecimiento si no es completamente removida, pero no es capaz de producir metástasis.<sup>2</sup>

Entre el 64 y 80% de todos los tumores primarios epiteliales de las glándulas salivales ocurren en la parótida, del 7-11% en la glándula submandibular, poco menos del 1% en la sublingual, y del 9-23% en las glándulas salivales menores.<sup>1,3</sup> Los tumores benignos se representan del 54-79% y los malignos del 21-46%. La proporción de los tumores malignos varía según el sitio. Los tumores malignos comprenden del 15-32% en la parótida, 41-45% en la submandibular, 70-90% de la sublingual y el 50% de las glándulas salivales menores.

El adenoma pleomorfo es el tumor de las glándulas salivales más común y representa aproximadamente el 60% de todas las neoplasias de éstas. La incidencia anual reportada es de 2.4-3.05 por 100,000 habitantes de la población. El promedio de edad en su presentación es de 46 años, pero el rango va de la primera a la quinta década.

\* Cirujano Oral y Maxilofacial. Profesor, División de Cirugía Bucal. Facultad de Estomatología. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

\*\* Cirujano Oral y Maxilofacial. Docente, Instituto Politécnico Nacional.

\*\*\* Cirujano Oral y Maxilofacial. Egresada del Centro Médico Nacional «La Raza».

Práctica Privada.

Recibido: Febrero 2013. Aceptado para publicación: Octubre 2013.

Muestra una ligera predilección por el género femenino. Aproximadamente el 80% de los adenomas pleomorfos se originan en la parótida, 10% en la glándula submandibular y 10% en las glándulas salivales menores de la cavidad oral, cavidad nasal, senos paranasales y tracto respiratorio superior.<sup>1-10</sup> El paladar es el sitio más frecuente para los tumores de glándulas salivales menores, con 42 al 54% de todos los casos encontrados en este sitio. La mayoría de estos ocurren en la región posterior lateral del paladar duro-blando, sitio que concentra una gran cantidad de glándulas salivales menores, mientras que los labios son el segundo sitio más común (21 a 22% de los casos), seguido por la mucosa bucal, con 11 a 15%.<sup>3,7,8</sup>

Aparece típicamente como una masa firme, lisa, en forma de domo, no dolorosa, de crecimiento lento. El paciente puede ser consciente de la lesión por muchos meses o años antes de buscar un diagnóstico. Si el tumor es traumatizado, puede ulcerarse de forma secundaria. Debido a la naturaleza de la mucosa del paladar duro y a la proximidad con el periostio subyacente, los tumores en esta localización no son móviles.<sup>2,6,7</sup> A menudo son encapsulados, pero la cápsula varía en grosor y puede estar completa o parcialmente ausente, particularmente en los tumores de tipo mucoide. Aquellos que se forman en las glándulas salivales menores usualmente tienen un desarrollo incompleto de la cápsula o ésta se encuentra ausente.<sup>1</sup>

Ante una masa en el paladar, el clínico debe considerar en el diagnóstico diferencial, además del adenoma pleomorfo, en orden estadístico de probabilidad: carcinoma adenoideo quístico, carcinoma mucoepidermoide y adenocarcinoma polimorfo de bajo grado. Otro tumor benigno que debe ser considerado es el adenoma canalicular. Existen además otros tumores que pueden tener una apariencia similar, como el linfoma no Hodgkin y el neurofibroma.<sup>2,6</sup>

La tomografía computada (TC) es útil en el diagnóstico, particularmente en los cortes coronales, y es recomendada para determinar la extensión de la neoplasia en la cavidad nasal, seno maxilar, y cualquier grado de erosión en el paladar.<sup>6,7</sup>

La biopsia de los tumores de las glándulas salivales ha sido un tema controversial, debido a que las biopsias incisionales tienen la reputación de dispersar las células del tumor, llevando a una recurrencia local. Es diferente al abordaje que se le da a la glándula parótida, en la cual la biopsia está contraindicada, y en donde la biopsia y la cirugía definitiva se hacen en un mismo tiempo. Sin embargo, la cirugía en los tumores de las glándulas salivales palatinas puede variar considerable-

mente dependiendo de su apariencia microscópica, por lo tanto, el diagnóstico histológico es esencial previo a su tratamiento quirúrgico definitivo. En los tumores de las glándulas salivales en el paladar es importante tomar la biopsia del centro de la lesión y no en el margen. El diagnóstico histológico emplea la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), ya que puede ser de ayuda considerable; se afirma que tiene una precisión superior al 80% y parece no tener riesgo de diseminar las células tumorales con este procedimiento.<sup>2,7</sup>

El tumor está compuesto de epitelio mixto, epitelio glandular y células mioepiteliales dentro de un fondo mesenquimal. El porcentaje entre los elementos epiteliales y mesenquimales es altamente variable. El epitelio a menudo forma ductos y estructuras quísticas o puede encontrarse como islas o cordones de células. También pueden ser vistas células escamosas queratinizantes y células productoras de moco. Las células mioepiteliales a menudo forman un gran porcentaje de las células del tumor y tienen una morfología muy variable. Los cambios en el estroma pueden ir desde mixomatoso a condroide. En muchos tumores el estroma exhibe áreas eosinofílicas, hialinizadas; en ocasiones se encuentra grasa u osteoide.<sup>1</sup>

El tratamiento consiste en su escisión quirúrgica; se debe evitar la enucleación debido a que el tumor entero puede no ser removido o la cápsula puede ser violada, resultando en la dispersión del tumor. Los tumores del paladar usualmente son escindidos con márgenes clínicos de un centímetro por debajo del periostio, incluyendo la mucosa. La escisión o curetaje óseo palatino no es requerida porque el periostio es una barrera anatómica efectiva, ya que el adenoma pleomorfo no elabora factor activador de los osteoclastos, elemento que favorece la invasión al hueso. Si el tumor se extiende al área del paladar blando, la escisión debe incluir la fascia sobre la musculatura del paladar blando. Los músculos del paladar blando no necesitan ser escindidos a menos que las secciones congeladas indiquen tumor en sus márgenes. La pseudocápsula del adenoma pleomorfo da la impresión clínica de una completa remoción de un nódulo o masa encapsulada con esos abordajes, pero las proyecciones extracapsulares del tumor dejadas atrás pueden llevar no solo a la recurrencia sino a recurrencias multicéntricas causadas por las proyecciones del tumor remanente y focos dentro del tejido en la circunferencia de las resecciones.<sup>2,3,6</sup>

Con la cirugía adecuada, el pronóstico es excelente, teniendo una tasa de éxito de más del 95%. El riesgo de recurrencia es bajo para tumores de las glándulas salivales

menores. La transformación maligna es una complicación potencial, que puede generar un carcinoma ex-adenoma pleomorfo. La tasa de transformación maligna es probablemente pequeña, pero puede ocurrir en casi el 5% de los casos. La recurrencia clínica se manifiesta entre los 4 a 6 años del postoperatorio, y a menudo es desconocida para el cirujano original. Por lo tanto, un tratamiento definitivo temprano es altamente recomendado.<sup>2,3</sup>

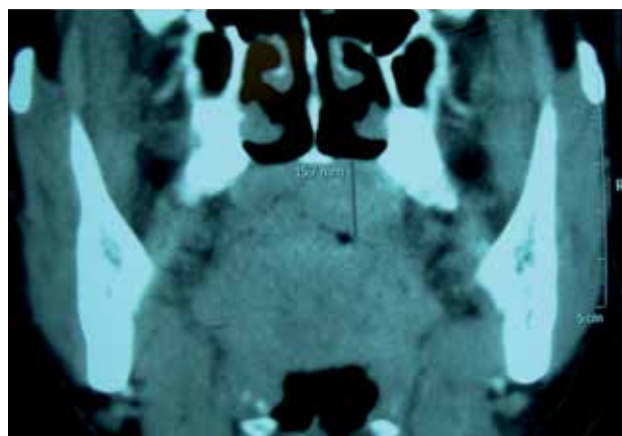
## MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta en este reporte una paciente femenina de 56 años de edad que refiere un aumento de volumen en el paladar, asintomático, de un año y medio de evolución. Se descartan antecedentes personales patológicos.

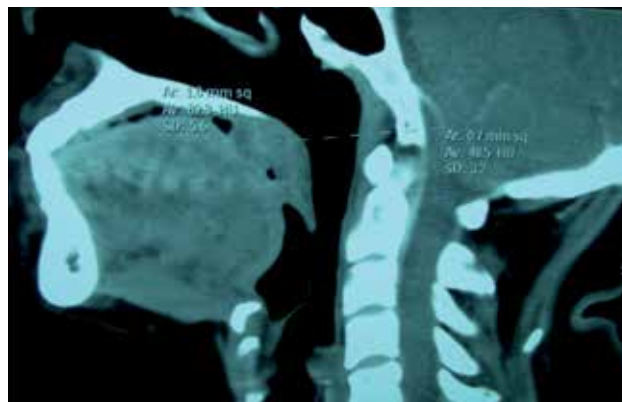
A la exploración física, se observa una paciente de edad aparente similar a la cronológica, sus tercios faciales y cuello se presentan sin anomalías. La exploración intraoral muestra una deficiente higiene oral y enfermedad periodontal. Se observa un aumento de volumen en forma de domo del lado izquierdo, en la unión del paladar duro. Es blando, de coloración similar a la mucosa adyacente, fijo, no desplazable y asintomático (*Figura 1*).

Se realiza una biopsia de aspiración con aguja fina (BAAF), reportándose «adenoma pleomorfo». Así mismo, en la tomografía computada (TC) se observan las dimensiones y extensión de la lesión, como auxiliar para la planeación quirúrgica (*Figuras 2A y 2B*).

Como parte de la planeación, se elabora un obturador palatino de acrílico. Se lleva a cabo bajo anestesia general la escisión de la lesión, dejando márgenes de seguridad (*Figura 3*); se obtiene un espécimen de apro-



**Figura 2. A.** Tomografía computada.



**Figura 2. B.** Otro aspecto de la lesión.



**Figura 1.** Aspecto clínico de la lesión.



**Figura 3.** Lecho quirúrgico.



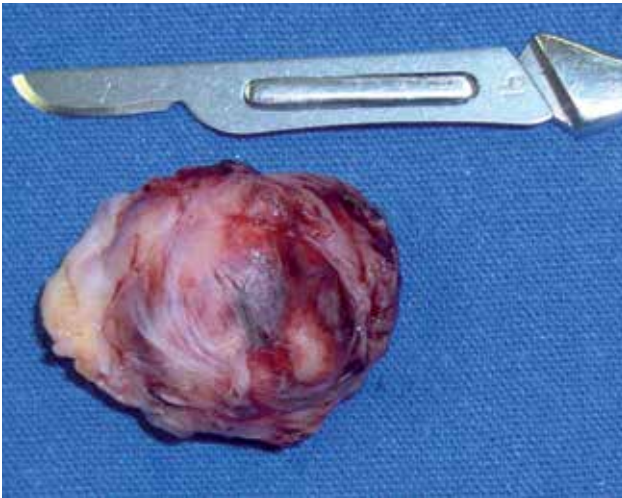


Figura 4. Espécimen.

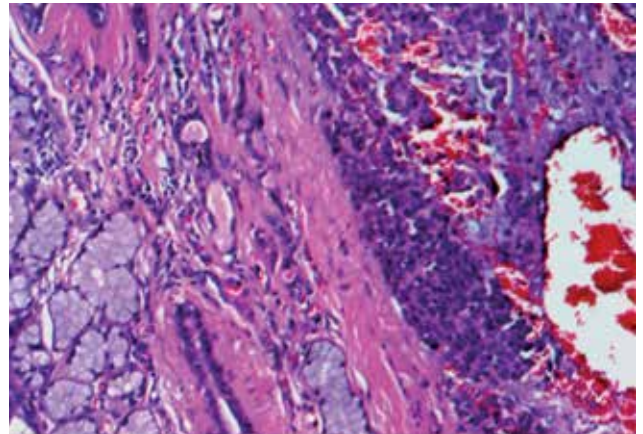


Figura 6. Aspecto histológico de la lesión.



Figura 5. Obturador de acrílico.

ximadamente 3 cm de diámetro (Figura 4), y se procede al afrontamiento directo de los bordes de la herida en su parte posterior, colocándose el obturador en la porción más anterior (Figura 5).

El resultado histopatológico del espécimen confirma el diagnóstico de adenoma pleomorfo (Figura 6). En la figura 7 se muestra el control postquirúrgico a los 12 meses.

### CONCLUSIONES

El adenoma pleomorfo es una de las lesiones más comunes que se encuentran en la región del paladar; su diag-



Figura 7. Control postquirúrgico a 12 meses.

nóstico temprano es necesario para dar un tratamiento eficaz y conservador que conlleve menos morbilidad postoperatoria.

Es necesario que el diagnóstico se realice antes del procedimiento quirúrgico, para evitar la propagación de las células tumorales. Es de gran importancia tomar en cuenta que, debido a que este tipo de tumores no está bien encapsulado, se debe realizar la escisión de la lesión tumoral con márgenes de seguridad.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology & Genetics Head and Neck Tumours. IARC Press; 2007, 254-258.

2. Marx RE, Stern D. Oral and maxillofacial pathology. A rationale for diagnosis and treatment. 1st ed. Quintessence Publishing Co. Inc.; 2003. pp. 528-533.
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 2nd ed. Shangai: Saunders Company; 2002. pp. 406-413.
4. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral pathology: clinical pathologic correlations. 5th ed. Shangai Saunders: Elsevier; 2008. pp. 196-198.
5. Cawson RA, Odell EW, Porter S. Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine. 8th ed. Shangai: Elsevier Science Limited; 2008. pp. 264-265.
6. Miloro MC, Ghali E, Larsen PE, Waite PD. Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery. 2nd ed. Canada: BC Decker Inc.; 2004. pp. 671-674.
7. Pogrel MA. The management of salivary gland tumors of the palate. J Oral Maxillofac Surg. 1994; 52: 454-459.
8. Jansisyanont P, Blanchaert RH Jr. Intraoral minor salivary gland neoplasm: a single institution experience of 80 cases. Int J Oral Maxillofac Surg. 2002; 31: 257-261.
9. Redaelli de Zinis LO, Piccioni M, Antonelli AR, Nicolai P. Management and prognostic factors of recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: personal experience and review of the literature. Springer-Verlag. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2008; 265: 447-452.
10. Ferreira CA, Ribeiro OJ, Meireles A, Gouveia MA, Guimaraes J, Aburad A et al. Pleomorphic multicentric adenoma in the submandibular gland. Head and Neck Pathol. 2007; 1: 178-180.

Correspondencia:

**CMF Guillermo Molina Vidal**

Hospital Angelopolitano,  
Privada 9 C Sur Núm. 4108,  
Col. Gabriel Pastor,  
E-mail: guillermomolv@hotmail.com

[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)