

Adenoma pleomorfo palatino. Presentación de escisión alterna con descenso de colgajo palatino de espesor total.

Pleomorphic adenoma of the palate: Presentation of an alternative surgical excision technique involving the elevation a full-thickness palatal flap.

Carlos Juan Liceaga Escalera,* Oscar Castañeda Sánchez,** Ismael Solano Aquino***

RESUMEN

El adenoma pleomorfo es la neoplasia benigna de glándulas salivales más común, tanto de glándulas mayores como de menores. La localización intraoral más frecuente es entre los límites del paladar duro y paladar blando y puede llegar a impedir una adecuada masticación, fonación, así como a disminuir el libre paso de alimentos. La recurrencia de dichas lesiones es alta si no llevamos a cabo una técnica quirúrgica adecuada, tanto para remover la lesión en su totalidad como para respetar la cápsula que la rodea. En el presente artículo, se presenta un caso clínico realizado en el Hospital Juárez de México, de una paciente con lesión de adenoma pleomorfo palatino de tamaño considerable, en donde se realizó la escisión quirúrgica de manera alterna con un descenso de colgajo palatino de espesor total y remoción completa de la lesión, conservando en todo momento su cápsula. En el seguimiento a largo plazo no se observaron recurrencias, neoformaciones, y encontramos una adecuada remodelación y adaptación del colgajo en su posición original.

Palabras clave: Adenoma pleomorfo, glándulas salivales, paladar, colgajo palatino.

ABSTRACT

Pleomorphic adenoma is the most common benign neoplasm of both the major and minor salivary glands. The most frequently intraoral location is between the boundaries of the soft and hard palates. It can impede proper mastication and phonation, and prevent food from passing freely. The recurrence rate for this kind of lesion is high if a suitable surgical technique is not used, in terms of both removing the entire lesion and ensuring that the capsule that surrounds it is not compromised. In this article, we present a clinical case study carried out at the Juárez Hospital, involving a female patient with a large pleomorphic adenoma lesion. We performed an alternative surgical excision involving the elevation of a full-thickness palatal flap and complete removal of the lesion, whilst preserving its capsule. In the long-term follow up, no recurrences or neoformations were observed and we found an adequate remodeling and adaptation of the flap into its original position.

Key words: Pleomorphic adenoma, salivary gland, palate, palatal flap.

INTRODUCCIÓN

El adenoma pleomorfo ha recibido diversos nombres a través de los años: tumor mixto, enclavoma, branquioma, endotelioma, endocondroma, entre otros. Sin embargo, el término más aceptado actualmente es adenoma pleomorfo (propuesto por Willis), que hace

referencia al inusual patrón histológico que presenta esta lesión.¹ Se piensa que la apariencia «mixta» del tumor obedece a la diferenciación de las células tumorales y a las áreas fibrosas, hialinizadas, mixoides, condroides e incluso óseas, las cuales son el resultado de la metaplasia o producto de las células tumorales *per se*.² El término pleomorfo hace referencia a la variada diferenciación parenquimatosa y estromal presentada por las células tumorales.^{3,4}

El adenoma pleomorfo es la neoplasia benigna más común de glándulas salivales, constituyendo más del 50%, tanto en glándulas salivales mayores como en glándulas menores.^{5,6} Asimismo, se han reportado casos de malignización y metástasis, afortunadamente esto es

* Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial.

** Residente del cuarto año. Jefe de Residentes de Cirugía Maxilofacial.

*** Residente primer año. Cirugía Maxilofacial.

Hospital Juárez de México.

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

muy inusual, siendo la principal causa la permanencia de la lesión. Esta neoplasia tiene un ligero predominio en mujeres, y diversos estudios establecen como edad de aparición promedio los 41 años (menos del 10% se producen en niños), pero puede presentarse en cualquier edad.⁷⁻⁹ Su ubicación más común es la parótida, representando el 60% de los tumores de dicha glándula. Por otro lado, el 50% de los tumores de glándulas salivales menores son adenoma pleomorfo, de los cuales 55% afectan al paladar, el 25% al labio (principalmente al superior), 10% a la mucosa bucal y el 10% restante se presenta en el resto de los tejidos orales y orofaríngeos. Entre las características principales del adenoma pleomorfo se encuentran que son bien delimitados, no infiltrantes y encapsulados.^{10,11}

Clínicamente aparecen como una lesión asintomática de crecimiento lento e intermitente, generalmente móvil (en parótida especialmente), de consistencia firme o blanda (en caso de que existan zonas de degeneración quística).¹² En glándulas menores, la localización más frecuente es el paladar, donde se presenta como una masa de aspecto lobulado, indurada, con la mucosa que lo recubre de aspecto normal, aunque raramente presenta ulceraciones (traumáticas) o telangetasias. En la mucosa bucal y labio, los adenomas pleomorfos son móviles, bien delimitados y cubiertos por mucosa generalmente intacta.^{13,14}

El variado patrón histológico que presenta esta lesión es una de sus principales características. El hallazgo más constante es una marcada cápsula fibrosa, aunque suelen encontrarse células tumorales en la cápsula o a veces la cápsula es incompleta, estas características son más comunes en adenoma pleomorfo de glándulas menores, especialmente por debajo de la superficie epitelial externa de las lesiones que se presentan en el paladar.^{8,10} Estos nidos de células neoplásicas que perforan la cápsula se cree que forman nuevos focos tumorales. Esto originaría la multiloculación observada a veces en estos tumores. Si se realiza enucleación simple del tumor pueden no eliminarse por completo estos focos dando pie a posibles recidivas. Las células neoplásicas pueden seguir diversos patrones de diferenciación, sin embargo, existen generalmente dos patrones predominantes: ductal y mioepitelial.¹⁵ Por lo tanto, el tumor está compuesto por una mezcla de epitelio glandular y células mioepiteliales en un estroma mixoide. La proporción de estos elementos es muy variable dentro de los distintos tumores. El epitelio comúnmente forma ductos, estructuras quísticas, capas difusas de células o cordones entrelazados. Ocasionalmente se observan células secretoras de moco o con producción de queratina,

pero son de escasa proporción dentro de los variados tipos celulares.¹⁶

Las radiografías convencionales y los estudios hematológicos no son un aporte valioso en el estudio con fines diagnósticos de los tumores de glándulas salivales. Las tomografías computarizadas son de utilidad para evaluar la erosión y perforación ósea, y el posible compromiso de estructuras vecinas como los senos paranasales, la cavidad nasal y la base de cráneo, al cual invade a través del conducto palatino. La resonancia magnética nuclear (RMN) es una técnica diagnóstica valiosa para el estudio de estos tumores, especialmente de los que se circunscriben a tejidos blandos y en glándulas mayores.¹³

La toma de biopsia a estos tumores ha sido un tema controversial, ya que se cree que las incisiones o perforaciones sobre la cápsula tienden a sembrar células neoplásicas, con lo cual favorecen la recurrencia local. Por esta razón, las biopsias deben ser escisionales, especialmente las que se realizan en las glándulas salivales mayores. Sin embargo, en glándulas menores (especialmente en paladar), la técnica quirúrgica varía considerablemente según la imagen microscópica, por lo que se dice que el diagnóstico histológico previo a la cirugía, es esencial. Debido a la posibilidad de siembra del tumor se aconseja que la muestra sea tomada del centro de la lesión y no de sus márgenes periféricos.¹² La aspiración con aguja del contenido es una técnica fácil, precisa (algunos estudios demostraron un 80% de coincidencia entre el diagnóstico por aspiración y el microscópico) y segura, ya que al parecer aunque al momento de tomar la muestra existe una pequeña siembra celular, ésta parece ser menor a la masa crítica necesaria para la implantación y crecimiento de una nueva lesión, además de ayudarnos a descartar cualquier otra patología de origen vascular o quística.

Es importante destacar que para poder efectuar una toma de muestra por aspiración, la lesión necesariamente debe tener más de un centímetro de profundidad.¹⁵ Últimamente se han postulado, entre otras técnicas, la ecografía (ultrasonoscopia) y exámenes inmunohistoquímicos como exámenes complementarios, ya que aportan datos de importancia diagnóstica y quirúrgica.¹³

En la cavidad oral se realiza la extirpación quirúrgica mucoperióstica de las lesiones ubicadas en el paladar.^{11,17} Algunos autores describen el raspado o curetaje superficial del tejido óseo vecino a la lesión, obedeciendo a la posible presencia de restos de adenoma pleomorfo en la superficie ósea y no a la infiltración ósea. Las lesiones en mucosas de revestimiento como labios, paladar blando y mucosa bucal raramente recidivan tras la enucleación simple; no obstante, la incidencia de recidiva se mini-

miza o desaparece en todas las localizaciones cuando el tumor es extirpado con margen de seguridad de tejido normal.^{8,15} En general, se propone un margen de dos a tres milímetros. En glándulas menores, con una técnica quirúrgica adecuada, la recidiva del adenoma pleomorfo es menor a 5%.⁹ Las recurrencias aumentan la posibilidad de malignización hasta en un 3%.⁷

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una paciente de 47 años de edad, realizado en el Hospital Juárez de México, la cual notó crecimiento en la región palatina de aproximadamente dos años de evolución. A la exploración extraoral no se observaron ninguna alteración; sin embargo, se le escucha la voz nasal, aunque sin limitaciones a la apertura bucal ni de movilidad lingual. Al examen intraoral se observó dentición secundaria incompleta, higiene oral deficiente, con la presencia de aumento de volumen en región palatina entre la unión del paladar duro con el blando, predominantemente del lado derecho. La lesión es de forma redonda, bilobulada, de superficie lisa, de aproximadamente 5 x 5 x 2 centímetros de tamaño, de base sésil y bordes bien delimitados, de consistencia firme y levemente dolorosa a la palpación, de coloración similar al tejido adyacente palatino sano, con zonas de telangetasias sobre la superficie de la lesión. La mucosa bucal así como la mucosa lingual no presentaron alteraciones. La sensibilidad palatina se presentó sin cambios, el paladar blando se encontró con ligera desviación hacia el lado izquierdo (*Figura 1*). La orofaringe tampoco mostró alteraciones.

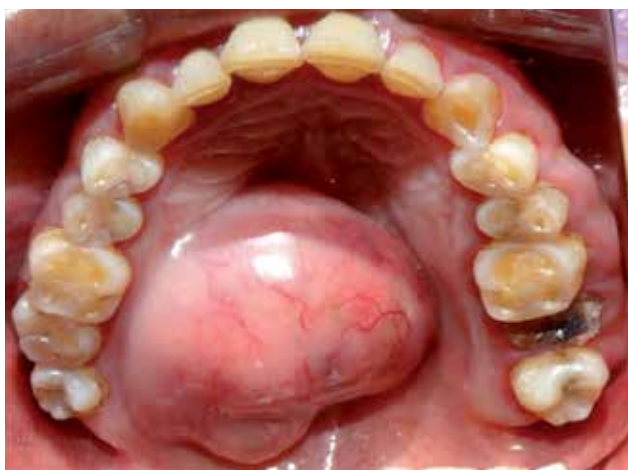


Figura 1. Lesión palatina considerable la cual impide la adecuada fonación.

Dentro de las posibilidades diagnósticas encontramos como primera opción al adenoma pleomorfo, posteriormente, al quiste dermoide, schwannoma, neuroma traumático, quiste hidatídico o neoformación vascular.

Para determinar el diagnóstico, procedimos a la punción aspiratoria, la cual resultó ser negativa. Durante la realización de la biopsia incisional se extrajo material de tejido blando, color amarillo, sin salida de líquido; el resultado de dicha biopsia fue consistente con nuestra hipótesis de primera instancia, siendo adenoma pleomorfo de glándulas salivales palatinas menores.

En la tomografía axial computarizada no se apreciaron perforaciones óseas ni extensiones de la lesión hacia la cavidad nasal o del seno maxilar, con amplio tejido sano en la parte posterior del paladar blando. La lesión presentaba un lóbulo menor directamente unido al lóbulo mayor, en la porción posterior del paladar.

Con previo consentimiento informado, en la sala de operaciones y bajo anestesia general con intubación nasotraqueal, a la paciente se le infiltró lidocaína con epinefrina sobre paquetes vasculonerviosos palatinos posteriores, así como en el palatino anterior. Se realizó incisión contorneante sobre la encía marginal palatina de órganos dentales maxilares de primer molar a primer molar contralateral, se disecó el colgajo palatino de espesor total, sacrificando al paquete vascular palatino anterior hasta exponer la cápsula de la lesión, donde se observó una zona de mayor clivaje o punto de unión entre la fibromucosa palatina y dicha neoplasia (*Figura 2*).

Por medio de disección roma, se continuó hasta disecar por completo en toda su circunferencia la cápsula (*Figura 3*). Se conservaron los paquetes palatinos



Figura 2. Transquirúrgico, donde se muestra descenso del colgajo palatino total y exposición de la lesión con su cápsula.

posteriores de manera bilateral, se retiró la lesión en su totalidad y se verificó el lecho quirúrgico donde no se observó ninguna invasión o perforación al hueso palatino ni a la fibromucosa palatina. A continuación se realizó hemostasia y se procedió a la recolocación del colgajo palatino de espesor total en posición y se sutura con puntos tipo Blair Donati con material de ácido glicólico. Se realizó una extracción simple de resto radicular de órgano dental 27, procediendo a colocar la férula quirúrgica de acrílico (*Figura 4*) previamente confeccionada para el mantenimiento postoperatorio inmediato de dicho colgajo sobre el lecho quirúrgico, eliminando también los puntos de presión sobre el colgajo. Finalmente se terminó procedimiento sin complicaciones.

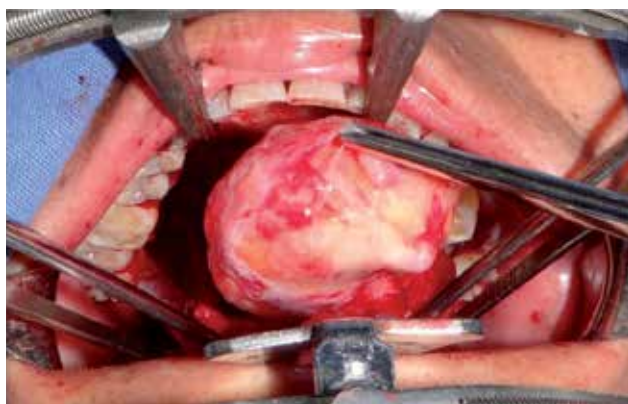


Figura 3. Retiro de la lesión en su totalidad respetando la fibromucosa palatina.



Figura 4. Férula acrílica para reposición palatina del colgajo total.

En consulta externa realizamos el retiro de férula quirúrgica a los cinco **días posteriores** a la intervención (*Figura 5*), donde se observó una adecuada adaptación de los límites del colgajo palatino; en la porción central se apreció zona contigua a donde existía la lesión, la cual se observó holgada, en proceso de remodelación y adaptación al paladar óseo, con adecuada coloración, así como con adecuado llenado capilar.

A los tres meses de control, la paciente presentó una total reposición y remodelación de dicho colgajo (*Figura 6*) y mejoró ampliamente su calidad de voz. En el control postoperatorio a largo plazo (18 meses) no observamos nuevos aumentos de volumen, neoplasias o zonas de alteración.



Figura 5. Control y evolución cinco días posteriores a la escisión.



Figura 6. Adecuada reposición y adaptación del colgajo.

DISCUSIÓN

En el presente caso se realizó un abordaje alternativo a la «escisión clásica» en la cual se retira este tipo de lesiones en conjunto con la fibromucosa palatina, dejando en gran medida el tejido óseo palatino expuesto al medio de la cavidad oral.

Esta técnica busca mejorar ampliamente el periodo postoperatorio del paciente, evitando tanto la formación de tejido de granulación, cicatrización por segunda intención, el roce o fricción del paso de alimento contra un paladar o lecho quirúrgico denudado, además del potente riesgo de presentar algún tipo de infección del hueso expuesto.

La fibromucosa palatina, al recibir un adecuado y noble aporte vascular por parte de los paquetes palatinos posteriores, los cuales se conservaron en todo momento en nuestra técnica quirúrgica, casi asegura por completo una cicatrización rápida y adaptación del colgajo a su posición original.

Al conservar en su totalidad la cápsula de la lesión, se disminuye ampliamente el porcentaje de recidiva del adenoma pleomorfo. El control postoperatorio de la paciente no indica nuevos crecimientos o neoformaciones. En cuanto a la realización de este tipo de abordaje alterno para la escisión de estas neoplasias, se debe considerar la adecuada y previa selección del caso, en donde no se observen zonas de necrosis o perforaciones de la fibromucosa palatina, diseminación o perforación a hueso, así como adecuados límites o bordes de dicha neoplasia. Con esto se evitarían en gran medida complicaciones transoperatorias, así como recidivas, siendo el tratamiento de elección para lesiones ulceradas o con invasión a tejido óseo la «escisión clásica de espesor total».

BIBLIOGRAFÍA

1. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid, Harcourt Brace; 1998: pp. 338-40.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. Oral and Maxillofacial Pathology. Philadelphia, Saunders Company; 1995: pp. 410-13.
3. Shafer WG, Levy BM. Tratado de patología bucal. 4a Edición, México, Interamericana; 1986: pp. 233-9.

4. Lopes MA, Kowalski LP, Santos GC, Almeida OP. A clinicopathologic study of 196 intraoral minor salivary gland tumors. J Oral Pathol Med. 1999; 28: 264-7.
5. Jorge J, Pires FR, Alves FA et al. Juvenile intraoral pleomorphic adenoma: report of five cases and review of the literature. Int J Oral Maxillofac Surg. 2002; 31: 273-5.
6. Goodisson DW, Burr RGM, Creedon AJ et al. A case of metastasizing pleomorphic adenoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999; 87: 341-5.
7. Furukawa M, Suzuki H, Matsuura K et al. Carcinoma expleomorphic adenoma of the palatal minor salivary gland with extension into the nasopharynx. Auris Nasus Larynx. 2001; 28 (3): 279-81.
8. Pogrel MA. The management of the salivary gland tumors of the palate. J Oral Maxillofac Surg. 1994; 52: 454-9.
9. Ishii J, Nagasawa H, Wadamori T et al. Ultrasonography in the diagnosis of palatal tumors. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999; 87 (1): 39-43.
10. Li CY, Shirasuna K, Ishibashi H, Nakayama H, Kiyoshima T. Epithelial-myoepithelial carcinoma arising in pleomorphic adenoma of the palate. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000; 90 (4): 460-5.
11. Shaaban H, Bruce J, Davenport PJ. Recurrent pleomorphic adenoma of the palate in a child. Br J Plast Surg. 2001; 54 (3): 245-7.
12. Curran A, White D, Damm D, Murrah V. Polymorphous low-grade adenocarcinoma versus pleomorphic adenoma of minor salivary glands: Resolution of a diagnostic dilemma by immunohistochemical analysis with glial fibrillary acidic protein. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2001; 91 (2): 194-9.
13. Rinaggio J, Aguirre A, Zeid M, Hatton MN. Swelling of the nasolabial area. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000; 89 (6): 669-73.
14. Laskawi R, Schott T, Mirzaie-Petri M, Schroeder M. Surgical Management of pleomorphic adenomas of the parotid gland: A follow up study of three methods. J Oral Maxillofac Surg. 1996; 54: 1176-9.
15. Sahai K, Kapila K, Dahiya S, Verma K. Fine needle aspiration cytology of minor salivary gland tumours of the palate. Cytopathology. 2002; 13 (5): 309-16.
16. Matsumoto Y. Lipofuscin pigmentation in pleomorphic adenoma of the palate. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2001; 92 (3): 299-302.
17. Becelli R, Frati R, Cerulli G, Perugini M, Frati A, Lannetti G. Pleomorphic adenoma of the minor salivary glands of the palate. J Exp Clin Cancer Res. 2001; 20 (1): 25-8.

Correspondencia:

Dr. Oscar Castañeda Sánchez
Hospital Juárez de México.
Consultorio 27, Primer Piso, Consulta Externa
Av. Instituto Politécnico Nacional Núm.5160,
Col. Magdalena de las Salinas, 07760,
Delegación Gustavo A. Madero, México, D.F.
E-mail: oecasa@hotmail.com

www.medigraphic.org.mx