

Caso clínico

Adenoma pleomorfo en el velo del paladar

Carmen Bécares Martínez,* FJ García Callejo,* I Pla Gil,* J Calvo Gómez,* O Sánchez Valenzuela,* J Marco Algarra*

Resumen

Entre los tumores benignos de las glándulas salivales menores, el más frecuente es el adenoma pleomorfo. Puede manifestarse como una masa intraoral, fundamentalmente en el paladar o en el labio. Suele ser asintomático, y se diagnostica mediante TC, resonancia magnética, punción-aspiración con aguja fina o biopsia. El tratamiento es quirúrgico si la situación del paciente lo permite, y su exéresis completa implica un buen pronóstico. Se comunica el caso de un paciente con una masa en el paladar blando, con diagnóstico de adenoma pleomorfo.

Abstract

Pleomorphic adenoma is the most frequent minor salivary gland tumor. It is an intraoral mass, mainly dependent on the palate or lip. Commonly, it is asymptomatic, and diagnosis is made using TC/RM, fine needle aspiration biopsy or excisional biopsy. Treatment is surgery resection if it is possible, with wide margins. The case of a patient with a palate mass, with pleomorphic adenoma diagnosis, is reported.

Palabras clave:

adenoma pleomorfo, velo del paladar, glándula salival menor.

Key words:

pleomorphic adenoma, soft palate, minor salivary gland.

Introducción

Los tumores de las glándulas salivales representan 2 a 3% de todos los tumores y específicamente 4% de los que afectan la cabeza y el cuello en la edad adulta. Los tumores de las glándulas salivales menores son poco comunes; comprenden 15 a 23% de todas las neoplasias de glándulas salivales.

Las glándulas salivales menores están distribuidas por toda la cavidad oral, pero se concentran en los labios y el paladar; por ello, la mitad de los tumores de dichas glándulas crece en estas localizaciones. Se sabe que aproximadamente la mitad de estos tumores son benignos, y que el más frecuente es el adenoma pleomorfo.

Caso clínico

A una mujer de 53 años de edad a la que seis meses antes se le había practicado una tiroidectomía total por bocio multinodular, se le detectó incidentalmente, mediante TC, una lesión palatina. Se trataba de un tumor en el espacio parafaríngeo derecho de 33 x 25 mm, bien delimitada, hipoatenuada, sin captación de contraste, que improntaba sobre la luz orofaríngea con compresión y desplazamiento de la misma hacia la izquierda. La paciente no refirió ningún síntoma.

En la exploración otorrinolaringológica se observó en la cavidad oral un abombamiento del velo palatino derecho, ligeramente eritematoso, no pulsátil ni ulcerado, de consis-

* Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

Correspondencia: Dra. Carmen Bécares Martínez. Pasaje Dr. Bartual-Moret 9, pta. 19, CP 46010, Valencia, España. Correo electrónico: dismoi_84@hotmail.com

Recibido: mayo, 2012. Aceptado: julio, 2012.

Este artículo debe citarse como: Bécares-Martínez C, García-Callejo FJ, Pla-Gil I, Calvo-Gómez J y col. Adenoma pleomorfo en el velo del paladar. An Orl Mex 2012;57(3):174-176.

tencia fibroelástica; la úvula estaba desplazada levemente a la izquierda; las amígdalas eran normotróficas; el paladar se mantenía duro, y el resto de la mucosa y las estructuras orales tenían aspecto normal. En la nasofibroscopia que se practicó se encontraron fosas nasales permeables, cavum libre sin desplazamiento ni asimetría de las paredes faríngeas y estructuras laríngeas con aspecto normal. A la palpación cervical no se apreciaron masas.

Mediante resonancia magnética cervical se visualizó una imagen nodular en el espacio parafaríngeo derecho, de 42 x 28 mm en los planos craneocaudal y anteroposterior, respectivamente, de límites bien definidos, con plano graso entre la misma y grandes vasos cervicales, que improntaba la pared faríngea homolateral (Figura 1). La punción-aspiración con aguja fina del tumor intraoral permitió identificar grupos de células epiteliales sin atipias, junto con células de hábito mesenquimal y material mixoide compatible con adenoma pleomorfo (tumor mixto) de la glándula salival.

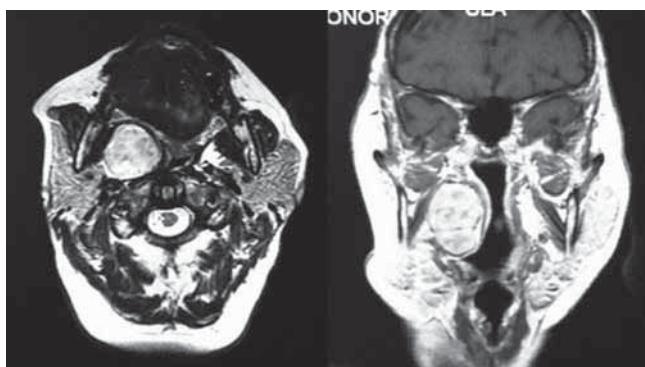


Figura 1. Corte axial y coronal de la lesión en secuencia T2 de resonancia magnética.

Con todos estos datos se propuso a la paciente la opción quirúrgica, que implicaba la exéresis del tumor por vía endobucal, de forma inicial, y posiblemente con variación a la vía externa, sin descartar la realización de microcolgajo. Se le comentó sobre el riesgo de insuficiencia velar.

Después de que la paciente dio su consentimiento informado, se le intervino quirúrgicamente bajo anestesia general. Con abreboquas de Davis, se visualizó el abombamiento del velo palatino derecho y se hizo una incisión sobre el pilar amigdalino anterior, mediante la cual se encontró el plano capsular del tumor; éste se disecó sin incidencias. Se logró extraer la masa completa encapsulada, que midió 40 x 25 x 25 mm y era de consistencia variable (dura-elástica) [Figura 2]. Se rellenó la cavidad quirúrgica con Surgicel y se suturó con material reabsorbible. Durante el posoperatorio no hubo ninguna complicación.



Figura 2. Imágenes intraoperatorias de la lesión.

El resultado anatomo patológico definitivo de la pieza fue de adenoma pleomorfo de la glándula salival con bordes libres.

En revisiones posteriores, la paciente refirió insuficiencia velar transitoria con emisión de líquidos por las fosas nasales, la cual se alivió en unos días. Aparte de eso, se encontraba asintomática, sin signos de recidiva ni otras complicaciones posquirúrgicas a la exploración.

Discusión

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

Los tumores de las glándulas salivales representan 3 a 5% de los tumores de la cabeza y el cuello en adultos; los de las glándulas salivales menores son infrecuentes, ya que representan 15 a 23% de todas las neoplasias de glándulas salivales. Éstas están distribuidas por toda la cavidad oral, pero se concentran en dos zonas: los labios y el paladar. Aproximadamente la mitad de ellas son benignas, y de éstas el adenoma pleomorfo es la más común.¹

El adenoma pleomorfo está formado por la combinación de células del epitelio glandular y mioepiteliales en un estroma mesenquimatoso. Suele constituir 65% de los tumores de la glándula parotídea y 50% de los de la glándula submaxilar. Con menos frecuencia se origina a partir de una glándula salival menor, principalmente como masa intraoral del paladar o el labio.²

La localización de la lesión de esta paciente parecía un indicio de que se originaba en una glándula salival menor, aunque inicialmente no podía descartarse que procedía del lóbulo profundo de la glándula parotídea derecha.

La extirpación de tumores de localización palatina resulta difícil debido al complicado acceso quirúrgico y al posible daño de estructuras vasculares y nerviosas que atraviesan la zona. La vía de abordaje inicial es endobucal, aunque es frecuente que tenga que variarse el acceso a las vías cervical o facial. Esto supone un resultado agresivo para el paciente y mayor morbilidad operatoria. Antes de indicar el procedimiento quirúrgico debe valorarse su proporción riesgo-beneficio e informar y explicar al paciente las diferentes opciones terapéuticas y sus posibles complicaciones.

La recidiva del adenoma pleomorfo está determinada principalmente por la rotura del tumor durante el acto quirúrgico o por su resección incompleta.⁴ La malignización tiene una frecuencia de 4%, y es más frecuente a mayor edad del paciente y rápida evolución clínica.⁴

El diagnóstico de estos tumores localizados en estructuras palatinas suele realizarse incidentalmente, ya que no dan indicios clínicos o éstos son muy leves.² Los especialistas,

médicos de familia u odontólogos pueden encontrar estas masas al hacer revisiones de rutina. Los incidentalomas, como el descrito en este caso, suelen ser la forma de diagnóstico de la lesión.

Referencias

1. De-Paula-Vernetta C, García-Callejo FJ, Ramírez-Sabio JB, et al. Adenoma pleomorfo gigante de glándula salival menor. Extirpación a través de un abordaje transoral. Rev Esp Cir Oral Maxilofac 2008;30:201-204.
2. Pedemonte C, Basili A, Montero S. Adenoma pleomorfo de glándulas salivales menores. Rev Dent Chile 2003;94:18-21.
3. García-Arana L, Chamorro-Pons M. Adenoma pleomorfo en espacio parafaríngeo. Extirpación a través de abordaje transoral. Rev Esp Cir Oral Maxilofac 2005;27:43-46.
4. Ágreda-Moreno B, Urpegui-García A, Alfonso-Collado JI, López-Vázquez A, Vallés-Varela H. Adenoma pleomorfo de paladar. ORL Aragón 2010;13:8-10.