



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 7, Núm. 1 • Enero-Abril 2011 • pp. 4-10

Adenoma pleomorfo de glándula submaxilar izquierda; reporte de un caso clínico

Sergio Alatorre Pérez,* Manuel de Jesús González de Santiago, Sara Angélica Montaño González,***
Edith Flores Aguilar,**** Gabriela Cárdenas Córdova,***** Martha Crystel Proa Rojas,*****
Gustavo Armando Dueñas Pérez*******

RESUMEN

El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales, tanto mayores como menores, de cabeza y cuello, cuya mayor incidencia se presenta en glándula parótida, seguida de la glándula submandibular y en menor porcentaje de la glándula sublingual. Se describe un caso clínico de paciente femenina de 23 años de edad, quien presenta aumento de volumen ubicado por debajo del ángulo de la mandíbula y delante del músculo esternocleidomastoideo con un año de evolución; se realizan estudios radiográficos y de gabinete; se da un diagnóstico probable de lesión en glándula submaxilar izquierda compatible con adenoma pleomorfo; se decide realizar biopsia excisional de lesión y de la glándula submaxilar izquierda afectada; dicha lesión se envía a estudio histopatológico, confirmando dicho diagnóstico.

Palabras clave: Adenoma pleomorfo, tumor, glándulas salivales.

SUMMARY

The pleomorphic adenoma is the most frequent benign tumor presented in the salivary gland, both major and minor of head and neck, the highest number of these cases occur in the parotid gland, then in the submandibular gland, and in less percentage in the sublingual gland. The clinical case of 23 year old woman is described, she presented an increased volume located below the angle of the jaw and in front of sternocleidomastoid muscle with one year of evolution, radiographic and clinical studies are realized, with a probable diagnosis of left submandibular gland lesion compatible with pleomorphic adenoma, is decided to perform excisional biopsy of lesion and the left submandibular gland affected; the lesion would be sent to histopathology, confirming the diagnosis.

Key words: Pleomorphic adenoma, tumor, salivary glands.

* Médico adscrito al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Centenario Miguel Hidalgo.

** Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Centenario Miguel Hidalgo.

*** Cirujano Dentista Especialista en Patología Bucal.

**** Residente de cuarto año de Cirugía Maxilofacial del Hospital Civil de Guadalajara «Juan I Menchaca».

***** Residente de segundo año de Cirugía Maxilofacial del Hospital Civil de Guadalajara «Juan I Menchaca».

***** Pasantes de Estomatología del Hospital Centenario Miguel Hidalgo.

Correspondencia:

Dr. Manuel González de Santiago

E mail: cmf_mgdesantiago@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los tumores de las glándulas salivales constituyen alrededor del 5% de las neoplasias de cabeza y cuello. La glándula parótida es la más afectada casi en un 85%, en tanto que las glándulas submaxilar y salivales menores (principalmente paladar) representan el 8 y 7% respectivamente.^{2,11}

Éstos pueden derivar del epitelio salival (parenquimatosos) o del estroma conjuntivo (mesenquimales). Afectan a 1-3 individuos por cada 100,000. Más del 70% se desarrollan en las glándulas salivales mayores; menos del 30% lo hacen en las glándulas salivales menores.¹

El adenoma pleomorfo benigno (APB) también se le conoce como tumor mixto benigno; representa del 33 al 77% de los tumores en la glándula parótida, del 44 al 68% de los tumores de la glándula submandibular y del 38 al 43% en las glándulas salivales menores; 0.5% se presenta en las glándulas sublinguales.^{2,14}

En conjunto, los tumores parenquimatosos benignos son adenomas, mientras los tumores malignos de las glándulas salivales se clasifican como adenocarcinomas.¹

En la glándula parótida casi el 70% de los tumores del parénquima salival son adenomas benignos, mientras los tumores de la glándula submandibular y de las glándulas menores de la cavidad oral, nasal y senos paranasales muestran igual proporción de tumores benignos y malignos. Los tumores de las glándulas salivales menores intraorales son más frecuentes en el paladar, seguido por el labio superior y de la mucosa bucal. Mientras las glándulas palatinas y de la mucosa bucal presentan similar incidencia de tumores malignos y benignos, las neoplasias labiales corresponden con mayor frecuencia a benignos. Los tumores salivales derivados de glándulas localizadas en la lengua, el labio inferior y el trigono retromolar son, con mayor frecuencia, adenocarcinomas.

Los tumores salivales pueden derivar de cualquiera de los componentes celulares del árbol glandular, como células ductales basales o de reserva, conductos estriados, conductos intercalados, acinos y células mioepiteliales. Las diversas neoplasias se denominan según la diferenciación de las células tumorales. Algunos tumores elaboran una amplia variedad de células secretoras, ductales y mioepiteliales, mientras que otros son más monomorfos, formados únicamente por células ductales o acinares.¹

El adenoma pleomorfo es el más frecuente de los tumores benignos de las glándulas salivales;¹⁵ representa el 80% de los tumores benignos y el 50% de todos los tumores de las glándulas salivales. Está

compuesto fundamentalmente por una proliferación de células mioepiteliales y por un amplio espectro de componentes del tejido epitelial y mesenquimal y rodeado de una nítida cápsula fibrosa.^{1,8}

El término pleomorfo hace referencia a la amplia variabilidad de la diferenciación parenquimatoso y estromal mostrada por las células tumorales.¹

Este tumor afecta las glándulas mayores (parótida, submaxilar y sublingual) y las menores que se encuentran en paladar, labio, mucosa bucal y orofaringe.¹

Fue descrito por Minsen en 1874 y posteriormente por Broca como un tumor mixto (debido al aspecto microscópico) por creer que su origen era doble epitelial y conectivo.³ Willis fue el primero en denominarle adenoma pleomórfico en sustitución del término tumor mixto.⁴

El adenoma pleomorfo es conocido con diversos nombres: enclavoma, branquioma, endotelioma, encondroma, tumor mixto (Minsen, 1874), tumor mixto benigno y adenoma pleomorfo. Este último término, el que ha permanecido, fue sugerido por Willis en 1967 debido al patrón histológico poco usual que le caracteriza, pues exhibe tejido epitelial entremezclado con diferentes tejidos mesenquimatosos.⁵

El adenoma pleomorfo tiene, generalmente, un crecimiento lento, indoloro, bien delimitado, blando, ligeramente firme a la palpación y libremente desplazable en glándulas salivales mayores de mayor tamaño; no se adhiere a la piel ni a los planos profundos. No teniendo tratamiento quirúrgico puede alcanzar gran volumen. Es más común en el sexo femenino en una proporción de 2:1 a 3:1, y a unas edades comprendidas entre la 3^a y 5^a décadas de la vida, con un pico que se encuentra a los 40 años. No obstante, ha sido encontrado en individuos de todas las edades.^{1,6,8} Generalmente, el tiempo de evolución hasta que se manifiesta clínicamente oscila entre 2 y 5 años.⁷

El tumor mixto es una neoplasia benigna que tiende a veces a malignizarse; esta tendencia se relaciona con el tiempo de evolución de la lesión y con la edad del paciente. Entre los signos de malignización figura el cambio de velocidad de crecimiento, la adherencia a planos profundos y a la piel, el dolor y la parálisis facial.^{1,8}

HISTOPATOLOGÍA

Histopatológicamente, el hallazgo más constante en el adenoma pleomorfo es la presencia de una marcada cápsula fibrosa; este rasgo es importante al momento de distinguir entre tumor benigno o

maligno. Otra característica es que las células tumorales pueden presentar dos patrones de diferenciación: ductal y mioepitelial.

Casi todos los adenomas pleomorfos poseen elementos tubulo-ductales formados por células cúbicas alrededor de una luz con células mioepiteliales fusiformes; en algunos tumores estas células están incluidas en un estroma mixomatoso.

También se puede observar que las capas de células mioepiteliales que pierden su aspecto fusiforme haciéndose poligonales presentan núcleos excéntricos con citoplasmas hialinizados; a éstas se les conoce como células mioepiteliales plasmocitoides. El estroma se hace densamente hialinizado o también se han observado elementos estromales condroides, adiposos e incluso óseos.¹

Estos tumores presentan una transformación maligna de menos del 1% de los casos, teniendo como características presencia de áreas focales de necrosis, invasión, mitosis atípica y hialinización extensa.²

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

Las radiografías convencionales y los estudios hematológicos no son un aporte valioso en el estudio con fines diagnósticos de los tumores de glándulas salivales. La tomografía axial computarizada (TAC) es de utilidad para evaluar la erosión y perforación ósea, y 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.^{9,16}

En la TAC y RMN se observa una masa dentro de la glándula afectada. En una lesión benigna se observa un contorno liso y se diferencia del tejido glandular adyacente, mientras que en una lesión maligna se observan bordes irregulares e infiltrativos. Estos estudios nos ayudan a determinar la extensión de la lesión y diferenciar una lesión maligna de una benigna.¹⁰

TRATAMIENTO

Los adenomas pleomorfos derivados de las glándulas principales se tratan mediante lobectomía o sialadenectomía. Dado que las recidivas son frecuentes, debido a la presencia de focos extracapsulares de afectación, la enucleación simple está

contraindicada debido al riesgo de recurrencia dada la expansión del tumor a través de los defectos de la cápsula.^{1,2}

La resección de la glándula submandibular es el mejor tratamiento para tumores mixtos.

El tratamiento de elección es quirúrgico, realizando la exéresis de la glándula en su totalidad. En el caso de la parótida, deberá realizarse una parotidectomía total conservando el nervio facial. Si se localiza en la glándula submaxilar, se practicará una submaxilectomía, y si se ha gestado en una glándula accesoria, se realizará una enucleación circunscrita.^{2,17}

PRONÓSTICO

La recidiva tumoral se atribuye a exéresis inadecuada, ruptura accidental del tumor, o bien a la manipulación inadecuada.⁸

En menos del 1% de los casos los adenomas pleomorfos sufren transformación maligna, especialmente los que han presentado múltiples recidivas. Estos tumores se denominan carcinoma sobre adenoma pleomorfo.¹

Casi el 25% de los tumores mixtos benignos sufre transformación maligna si las lesiones no reciben tratamiento durante mucho tiempo. La probabilidad de la transformación maligna también aumenta si el área ha sido tratada previamente con resección o radioterapia.²

Los adenomas pleomorfos benignos conllevan un riesgo de degeneración maligna del 1.5% en los cinco primeros años, pero el riesgo aumenta al 9.5% una vez que el tumor supera los quince años de evolución.¹²

Después de numerosos años o la continuación de exéresis incompletas, puede evolucionar a una forma maligna, siendo el más frecuente en la glándula submaxilar y menos en las accesorias. El aumento de volumen del nódulo, la aparición de una induración, adherencia, dolor o parálisis facial son los signos de malignización.^{13,14}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente femenina de 23 años de edad, la cual es referida a nuestro Servicio por presentar un diagnóstico de aumento de volumen en espacio submandibular izquierdo con un año de evolución. Refiere haber sido tratada con antibióticos y antiinflamatorios sin presentar resultados positivos.

También refiere haber padecido desde hace años enfermedades de las vías respiratorias constantes. Indica que en los últimos días ha notado un aumento

de volumen considerable y con ligero dolor, afebril, tolerando adecuadamente la vía oral.

A la exploración física se observa paciente consciente, tranquila, cooperadora, ubicada dentro de las tres esferas neurológicas (tiempo, lugar y espacio), normocéfala, con tercios faciales simétricos, adecuada coloración e hidratación de tegumentos y mucosas, pupilas normorreflexicas e isocóricas, narinás permeables (Figura 1). A la exploración intraoral apreciamos dentición permanente, sin presencia de focos sépticos; labios, carrillos, paladar, piso de boca, lengua y orofaringe sin alteraciones aparentes. A la exploración cervical, encontramos tumoración de aproximadamente 3 x 3 x 3 cm de dimensiones, móvil, con dolor a la palpación, indurada, sin salida de material purulento, sin sangrado activo, sin linfadenopatías cervicales asociadas, coloración análoga a la del resto de los tegumentos (Figura 2).

Se solicita tomografía axial computarizada (TAC) de cuello simple y contrastada, reportando lesión de mismas dimensiones que no desplazan vía aérea y sin ganglios patológicos asociados, confirmando diagnóstico clínico (Figura 3).

Se solicitan estudios preoperatorios encontrándose dentro de parámetros normales, se programa para realizar biopsia excisional bajo anestesia general con la siguiente técnica quirúrgica:

Se realiza incisión submandibular tipo Rison de aproximadamente 3 cm de longitud a 2 cm por debajo de borde inferior mandibular, se incide con hoja de bisturí N° 15 plano cutáneo, se continúa con disección

roma de tejido celular subcutáneo y músculo platisma hasta localizar aponeurosis cervical superficial, misma que se incide abordando de esta manera celda submandibular, se desplaza lateralmente vena facial para su protección, se observa presencia de lesión tomado y disecando de forma roma con pinzas mosco curvas y tijera Metzenbaum en periferia de cápsula de la misma hasta su extirpación (Figuras 4 y 5), se continúa con retiro de glándula salival submandibular izquierda y ganglio submandibular disecando de forma roma hacia el interior de celdilla submandibular.

Se realiza ligadura de conducto Wharton con seda libre 3-0 y corte del mismo con tijera Metzenbaum cercano a la unión de músculo milohioideo y hiogloso, se verifica hemostasia en lecho quirúrgico, se realiza afrontamiento de herida quirúrgica con afrontamiento de aponeurosis cervical superficial con puntos invertidos vicryl 3-0, miorrafia de platisma con puntos invertidos con vicryl 3-0, plano de tejido celular subcutáneo, puntos invertidos con vicryl 3-0 y plano cutáneo con sutura tipo subdérmico con nylon 5-0, se verifica hemostasia y se concluye de esta manera el acto quirúrgico (Figura 6).



Figura 1.
Fotografía extraoral.



Figura 2.
Fotografía cervical.



Figura 3.
Tomografía axial computarizada de cuello simple y contrastada donde la flecha señala la lesión.



Figura 4.
Fotografía de adenoma pleomorfo.

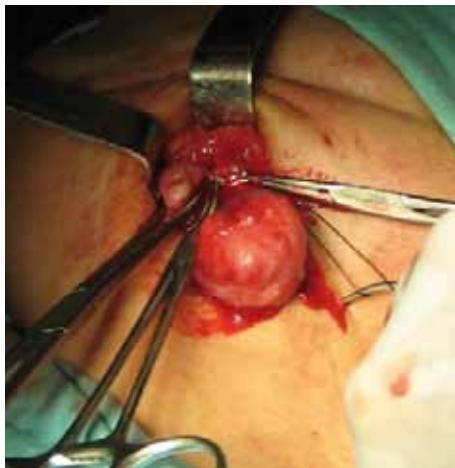


Figura 5.
Fotografía de adenoma pleomorfo y glándula submandibular en lecho quirúrgico.



Figura 6.
Fotografía de lecho quirúrgico.

Se envía la muestra a histopatología (*Figuras 7 y 8*) y se nos entrega resultado de lesión benigna adenoma pleomorfo compuesto por tejido conjuntivo fibroso denso que forma una cápsula que delimita lesión tumoral compuesta por tejido conjuntivo fibroso hialino que se entremezcla con islas y cordones de células mioepiteliales de aspecto escamoso y zonas de hialinización de aspecto basófilo (*Figuras 9 y 10*), ganglio submandibular sin alteraciones y glándula salival mixta con predominio seroso sin alteraciones. Se da de alta médica a la paciente sin parestesias, y con movilidad lingual sin alteraciones.



Figura 7. Fotografía de glándula submandibular y adenoma pleomorfo completamente resecados.



Figura 8. Fotografía de muestra fijada en formaldehído de adenoma pleomorfo, glándula submandibular y ganglio linfático.

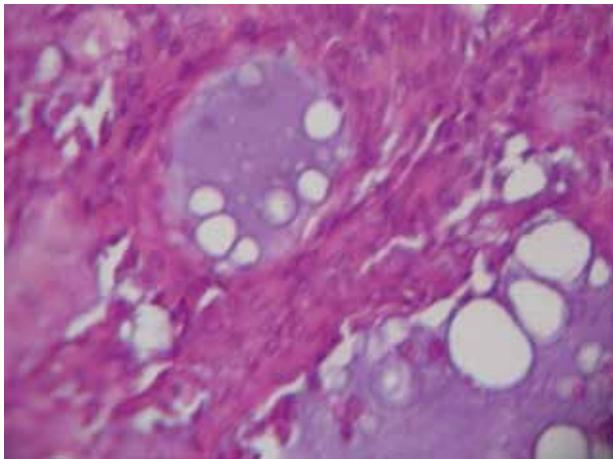


Figura 9. Fotografía histopatológica.



Figura 11. Fotografía postoperatoria lateral de 2 meses de evolución.

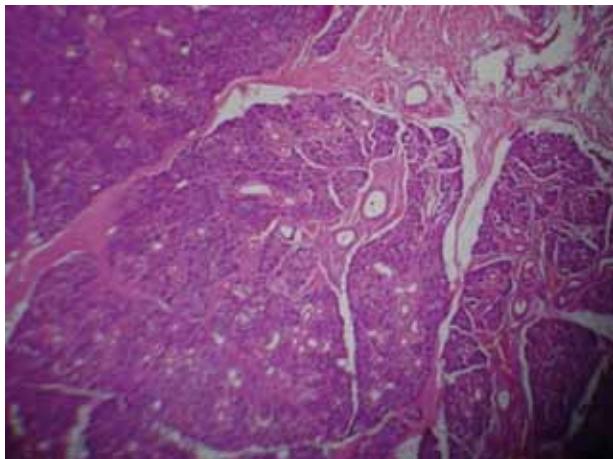


Figura 10. Fotografía histopatológica.

A los 8 días se retiran puntos de sutura subdérmicos sin datos de infección, sin dehiscencia de tejido. Acude a sus citas de control y se da de alta definitiva (*Figuras 11 y 12*).

DISCUSIÓN

En los casos de adenoma pleomorfo la exéresis simple está contraindicada debido a la presencia de focos extracapsulares de afección y al riesgo de recurrencia dada la extirpación del tumor a través de los defectos de la cápsula. La extirpación de tumores mixtos originados en la glándula parótida se complica por la presencia del nervio facial, el cual se debe preservar si no está afectado; la atención más apropiada es la parotidectomía. La resección de la glándula submandibular es el mejor tratamiento para



Figura 12. Fotografía postoperatoria de la región cervical de 2 meses de evolución.

tumores mixtos benignos en este sitio. En la cavidad oral deben extirparse también las lesiones palatinas, la mucosa que las recubre, el periostio, en los cuales es preciso extirpar el tumor con un borde de tejido normal para minimizar la recidiva de éste.^{1,2}

Una extirpación inadecuada de tumor mixto de una glándula mayor puede provocar recurrencia, a menudo con múltiples focos menores tumorales. Estas lesiones recurrentes pueden distribuirse ampliamente en el área de la intervención previa y a veces en el trayecto de la cicatriz quirúrgica.²

CONCLUSIÓN

El adenoma pleomorfo es la patología más común de las glándulas salivales y el mejor tratamiento para éste es la enucleación quirúrgica completa de la lesión, acompañada de la resección de la glán-

dula implicada, para así reducir la probabilidad de recidiva y con ello el riesgo de malignización. El tratamiento se debe realizar previa revisión clínica del paciente con ayuda de estudios diagnósticos, como lo pueden ser tomografía axial computarizada o resonancia magnética nuclear.

Se debe aludir el hecho de que dicho procedimiento debe ser llevado a cabo por personal médico calificado para minimizar el riesgo de afectación o daño a estructuras anatómicas circundantes al área quirúrgica como la rama cervical del facial, el nervio hipogloso, el nervio lingual, la vena y arteria facial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sapp JP, Wysocki G, Eversole LR. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2^a ed. Ed. Elsevier. España; 2004: 347-351.
2. Regezi J, Sciubba J. Patología bucal. Correlaciones clínico-patológicas. Tercera edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Mexico; 2000: 243-247.
3. Pradies RG, Pérez QM, Martín AC, Suárez GM. Adenoma pleomorfo de glándulas palatinas: revisión, actualización y caso clínico. Avances en Odontología 2008; 15 (7): 377-84.
4. Shaffer W, Levy B. Tratado de Patología Bucal. Nueva Edit. Interamericana, México, D.F. 2005: 233-238.
5. Ledezma MC, Garcés OM, Gómez MLR, Fernández LR, Medina NJ. Adenoma pleomorfo. Asociación Dental Mexicana 2002; 59 (2): 58-62.
6. Waldron CA. Mixed tumor (Pleomorphic adenoma) and myoepithelioma. En: Ellis GL, Auclair PL, Gnepp DR, eds. Surgical pathology of the salivary glands. W.B. Saunders Company editores; 2001: 165-86.
7. López JP. Alteraciones de las glándulas salivales. Murcia: Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones, 2002: 116.
8. Raspall G. Boca, cabeza y cuello. Atlas clínico. Segunda edición. Ed. Masson. Barcelona – España 2000: 2-3.
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 2009; 87 (1): 39-43.
10. William WO Jr. Neuroradiología. Volumen II. 1^a Edición. Ed. Harcourt Madrid España 2001: 1243-1246.
11. Basterra A. Tratado de otorrinolaringología y patología cervicofacial. Ed. Elsevier Masson. Barcelona , España. 2009: 702-703, 711-714.
12. Courtney MT. Sabiston Tratado de Cirugía. Edición 17, Editorial: Elsevier. España, 2005: 853.
13. Ramos CM. Síndrome de Sjögren. Ed. Masson España, 2003: 475.
14. Sander MO. Tratado de cirugía oral y maxilofacial. Introducción básica a la enseñanza. Ed. Amolca. Colombia, 2007: 665-666.
15. Krishnaraj S. Salivary gland tumors: a single institution experience in India. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Association 2008; 46: 635-638.
16. Adams AJ, Patterson AR, Brady G, Whitefield PH. Resolution of obstructive sleep apnoea after resection of a pleomorphic salivary adenoma. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Association 2008; 46: 53-54.
17. Coombes DM, Kaddour R, Shah N. Synchronous unilateral pleomorphic adenomas in the parotid gland: report of a case. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Association. 2009; 47: 155-6.