



Adenoma pleomorfo en el labio superior: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

Carlos Juan Licéaga Escalera,* Roberto Rodríguez Luna,** Rogelio Eliezer Banda Oyervides,***
Oscar Castañeda Sánchez****

RESUMEN

El adenoma pleomorfo es la neoplasia benigna más común de las glándulas salivales. Se considera que ocurre con más frecuencia en las glándulas salivales mayores, principalmente en la parótida, y que es menos común en las glándulas salivales menores. En éstas, la mayoría de las neoplasias son malignas y únicamente cerca del 18% son benignas; el labio superior es la segunda localización más frecuente del adenoma pleomorfo en las glándulas salivales. Se presenta un adenoma pleomorfo en el labio superior, en un paciente masculino de 38 años de edad y en el que se realiza una excisión quirúrgica conservadora, sin datos de recurrencia a dos años de seguimiento.

Palabras clave: Adenoma pleomorfo, glándulas salivales, excisión.

SUMMARY

Pleomorphic adenoma is the most common benign neoplasm of the salivary glands; it is considered that occurs most frequently on major salivary glands, principally on parotid and less common on minor salivary glands. In these, the most of the neoplasm are malignant and only around 18% are benign; the upper lip is the second most frequent site of pleomorphic adenoma on salivary glands. We present a case of pleomorphic adenoma on upper lip, on a male patient of 38 years old, in which is performed a surgical conservative excision without recurrence after two years of follow up.

Key words: Pleomorphic adenoma, salivary glands, excision.

www.medigraphic.org.mx

* Jefe de Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.

** Residente de cuarto año de Cirugía Oral y Maxilofacial.

*** Residente de tercer año de Cirugía Oral y Maxilofacial.

**** Residente de segundo año de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Hospital Juárez de México.

Correspondencia:

Dr. Rogelio Eliezer Banda Oyervides
Correo electrónico: roge_fx@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las glándulas salivales se dividen en mayores (parótida, submandibular y sublingual) y menores, de las cuales existen de 400 a 700 dentro de la cavidad bucal y son simplemente grupos de ácinos mucosos. Existe una regla de oro dentro de los tumores de glándulas salivales; ésta es: mientras más grande sea la glándula afectada, más probable es que la lesión sea benigna.¹ Así tenemos que en la parótida, un 70% de las lesiones son benignas, en la submandibular 55% y en sublingual un 33%. Dentro de las glándulas salivales menores, la lengua, el trigono retromolar y el piso de boca representan las localizaciones con mayor incidencia maligna.

El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más común, tanto de las glándulas salivales menores como mayores, representando hasta el 80%. Los sitios intraorales más frecuentes son las glándulas palatinas, presentándose hasta en un 70%, siendo la región entre paladar duro y blando así como lateral a la línea media la de mayor incidencia. Tanto la mucosa de los carrillos (10%), de tejido gingival (5%) y los labios (15%) son sitios de rara ocurrencia para esta tumoración.

El tumor mixto benigno, como también se le conoce a esta neoplasia, se presenta del 38 al 43% dentro de los tumores de glándulas menores y son derivados de la mezcla variable de elementos ductales glandulares y células mioepiteliales dentro de un componente mixomatoso. El término pleomórfico se aplica, no por la atipia citológica, sino por la diversidad de tipos celulares histológicos; es posible encontrar grasa, hueso y cartílago dentro del estroma, además de que posee una bien definida cápsula que lo rodea. Sin embargo, la recurrencia se debe principalmente a tumores satélites más allá de la misma. Una característica histopatológica singular es la presencia de micro proyecciones por fuera de la cápsula.²

Existen hasta cuatro subtipos histológicos, según la diferenciación de las células epiteliales, así como de las características del estroma.

La presentación clínica clásica es una masa firme de lento crecimiento, móvil, no fija a los tejidos profundos, indolora y sin cambios en la textura, color o temperatura del tejido suprayacente, a menos que se encuentre ulcerada por trauma. Ésta puede crecer a proporciones deformantes y en el caso de presentarse dentro del lóbulo profundo parotídeo, dicho crecimiento avanzará hacia el espacio faríngeo lateral, sin presentar deformación externa.

Ésta se presenta a cualquier edad, aunque existe mayor prevalencia entre la cuarta y sexta décadas de la vida, así como una predilección por el sexo femenino.

Aunque está indicada la biopsia por aspiración de aguja fina y la biopsia incisional como método diagnóstico, existen reportes de micro invasión local hechos para dichos procedimientos. El tratamiento de elección es la excisión sin ruptura de la cápsula así como los márgenes de seguridad.

El paciente rara vez busca un tratamiento, a no ser que dicha tumoración interrumpa las funciones del habla o de la deglución; en el caso de presentarse en labio, además de las anteriores, causa deformación estética, lo cual origina la búsqueda de atención médica. El riesgo de malignizar es raro, llegando a ser hasta del 5% de todas las lesiones, lo cual es una potencial complicación, originando carcinoma y ex adenoma pleomorfo. Algunos signos de malignización son los cambios drásticos en la velocidad de crecimiento, adherencia a la piel y los planos profundos, así como dolor y parálisis facial en el caso de afectar la glándula parótida.

Dentro de los diagnósticos diferenciales por lesión se encuentran el adenoma monomórfico, así como adenoma canalicular; este último comparte la localización de labio superior y puede ser multifocal. También la comparte el fibroma traumático, mucocele, neurofibroma, lipoma, angioedema y quiste dermoide.³

Dentro de las neoplasias malignas se encuentran el carcinoma mucoepidermoide, carcinoma adenoi-deo quístico y adenocarcinoma sin especificar. La malignización se relaciona con el tiempo de evolución de la lesión así como con la edad del paciente, encontrándose diez años desde el diagnóstico sin tratamiento como tiempo promedio de malignizar, así como la séptima década de la vida.⁴

A continuación se presenta el caso de un paciente masculino con un adenoma pleomorfo del labio superior.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 38 años de edad que acude al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Juárez de México, por presentar un «absceso en el labio superior» de dos años de evolución, quien no presentó antecedentes personales de relevancia para el padecimiento.

En la exploración física, el paciente presentó aumento de volumen de labio superior de aproximadamente 3 x 3 x 2 cm, bien delimitado, no

fijo a planos profundos y sin datos de hiperemia ni hipertermia; este aumento era de coloración amarillenta sobre la piel suprayacente, indoloro a la palpación y de consistencia firme. Además no presentó adenomegalias palpables a nivel cervical ni axilar (*Figura 1*).

El paciente no refiere cambios como pérdida de peso, cambios en el apetito, sudoración nocturna, ni cambios durante la tasa de crecimiento de tumoración durante los dos años de su evolución.

Se decidió realizar una biopsia incisional de la lesión, bajo anestesia local, mediante bloqueo de nervios infraorbitarios bilaterales con lidocaína con epinefrina y abordaje horizontal por la cara interna labial superior hasta aproximarse a la lesión por disección, obteniendo una muestra de tejido blando de aproximadamente 1 x 1 x 1 cm; se realizó una hemostasia y cierre de herida con puntos simples. La muestra es incluida en formaldehído al 10% (*Figura 2*).

Histológicamente se reporta una neoplasia de estirpe glandular salival formada por mantos de células plasmocitoides, fusiformes y cuboidales con formación de estructuras pseudoductales y trabeculares envueltas en una matriz de aspecto condromixóide; la lesión abarca hasta los bordes de sección y se encuentra parcialmente cubierta por epitelio escamoso estratificado y levemente paraqueratinizado, dando como resultado adenoma pleomorfo (*Figura 3*).

Una vez confirmado el diagnóstico histopatológico, se decidió realizar una excisión quirúrgica bajo anestesia general en la sala de operaciones. En posición decúbito dorsal, mediante intubación nasotraqueal, se realizó el abordaje de la lesión aprovechando la incisión previa sobre la cara interna labial; se disecó hasta exponer la tumoración en su mayoría y se procedió a realizar la excisión de la misma sin ruptura de la cápsula. Se obtuvo la lesión total, la cual fue de aproximadamente 3 x 3 x 2 cm, cápsula íntegra, de consistencia indurada, coloración rosa y de superficie lisa (*Figura 4 y 5*).

Se envió a patología y se confirmó el mismo diagnóstico, reportando los bordes quirúrgicos libres de lesión. El paciente cursó un postanestésico sin complicaciones y se egresó al día siguiente de la hospitalización; finalmente se le citó para una consulta externa de control.

En el seguimiento de los 24 meses posteriores a su biopsia excisional, el paciente no presentó datos de recidiva ni de cuadro infeccioso de lecho quirúrgico, por lo que cursó con un postoperatorio favorable sin incidentes ni complicaciones (*Figura 6*).

DISCUSIÓN

El adenoma pleomorfo, anteriormente llamado tumor mixto benigno, clasificado por la Organización Mundial de la Salud como un tumor epitelial benigno, representa el 60% de las neoplasias de glándula salivales que se presenta entre la cuarta y sexta década de la vida, aunque se han reportado casos durante la primera década; además tiene una predilección por el sexo femenino. En glándulas salivales menores la mayoría de las neoplasias son malignas y únicamente cerca del 18% son benignas. El sitio más común para el adenoma pleomorfo es la glándula parótida en un 80%, seguido de la glándula submandibular en un 10%. En glándulas salivales menores, representa el 10%; de éstas, el paladar comprende el 60%, el labio superior el 20% y la mucosa bucal el 10%; también se han encontrado en el piso de la boca, lengua, faringe, área retromolar y cavidad nasal.⁵

Éstas se presentan como masas indoloras de crecimiento lento, que pueden ser firmes y móviles dependiendo del sitio donde se encuentren. Cuando afecta la glándula parótida pueden ocasionar parálisis del VII par craneal y dolor; el tamaño de las lesiones van de 2 a 5 cm de diámetro cuando afectan las glándulas salivales menores.⁶

Histológicamente, el adenoma se caracteriza por una gran variedad de células epiteliales, las cuales se encuentran organizadas en patrones similares a conductos o cordones. La matriz intracelular muestra unas aéreas fibrosas, hialinas, mixoides, cartilaginosas y óseas; las células mioepiteliales son las responsables de la producción de la matriz extracelular.⁷

Krolls y Hicks revisaron 4,042 casos de adenomas pleomorfos de glándulas salivales, de los cuales 445 fueron en glándulas salivales menores, el 2.9% fueron en labio inferior y 16.9% en el labio superior.⁸

Las lesiones benignas predominan en el labio superior, mientras que las malignas lo hacen en el labio inferior.^{9,10} Owens y Calcaterra¹¹ encontraron que el 90% de los tumores en el labio superior reportados en la literatura son benignos.

En un estudio realizado por Neville y colaboradores,¹² se encontró que el 92% de los tumores en el labio superior correspondían a adenomas monomórficos (adenoma canalicular y adenoma de células basales) y adenomas pleomorfos, mientras que los casos esporádicos de carcinoma adenoideo quístico, carcinoma de células acinares y adenocarcinomas constituían el resto.



Figura 1.

Aumento de
volumen labio
superior.



Figura 4. Biopsia excisional.



Figura 2.

Biopsia
incisional.



Figura 5.

Cápsula
íntegra,
consistencia
indurada,
coloración
rosa,
superficie
lisa.

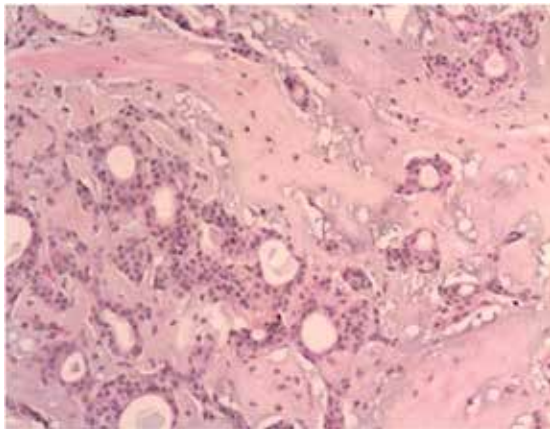


Figura 3. Células plasmocitoides, fusiformes y cuboidales, trabéculas envueltas en una matriz de aspecto condromixoi- de compatible con adenoma pleomorfo.



Figura 6.

Control
postoperatorio.

La excisión quirúrgica es el tratamiento de elección, ésta presenta un pronóstico excelente si el adenoma es retirado completamente, y para glándulas salivales menores la recurrencia es baja.¹³

Aunque es una neoplasia benigna, el riesgo de transformación maligna se ha reportado en un 3-4%, como una entidad llamada carcinoma ex adenoma pleomorfo.¹⁴

La diferenciación entre los tumores benignos y malignos no puede ser posible sin un estudio histopatológico; sin embargo, la sospecha de una tumoración maligna requiere de una biopsia antes del tratamiento quirúrgico.

Cuando la lesión es libremente móvil y submucosa, la excisión completa con tejido circundante puede ser adecuada; en cambio, si es una masa multilobulada y fija a planos profundos que sugiere malignidad, es necesaria una excisión amplia con márgenes de 1.5 cm más allá del tejido afectado y la subsecuente reconstrucción con colgajos locales de avance.

En el caso presentado, se realiza una excisión local sin causar deformidad ni necesidad de reconstrucción, con un cierre primario del lecho quirúrgico y sin ninguna complicación, evolucionando adecuadamente al tratamiento quirúrgico y sin datos de recurrencia a dos años de seguimiento, se continuará con citas de manera anual por lo menos 10 años posterior a su excisión.

REFERENCIAS

1. Raspall G. Tumores de la cara, boca, cabeza y cuello. Atlas clínico. Segunda edición. Ed. Masson; 1-3.
2. Silverman S, Eversole R, Truelove E. Diseases of the salivary glands, *Essentials of Oral Medicine*. 273
3. Wood N, Goaz P. Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. *Lesions of the lips*. 5th edition. 572-576.
4. Greenberg M, Glick M. *Burket's oral medicine, diagnostic and treatment. Salivary Glands Diseases*. 262-264.
5. Bablani D, Bansal S, Shetty SJ, Desai R, Kulkarni SR, Prasad P, Karjodkar FR. Pleomorphic adenoma of the cheek: A case report and review. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009; 67:1539-1542.
6. Piekarski J, Nejc D, Szymczak W, Wron'ski K, Jeziorski A. Results of extracapsular dissection of pleomorphic adenoma of parotid gland. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004; 62: 1198-1202.
7. Pires JFR, Alves FA, Perez DEC, Kowalski LP, Lopes MA, Almeida OP. Juvenile intraoral pleomorphic adenoma: report of five cases and review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2002; 31: 273-275.
8. Krolls SO, Hicks JL. Mixed tumors of the lower lip. *Oral Surg*. 1973; 35: 212.
9. Eveson JW, Cawson RA. Tumors of the minor (oropharyngeal) salivary glands: a demographic study of 336 cases. *J Oral Pathol*. 1985; 14: 500.
10. Waldron CA, el-Mofty SK, Gnepp DR. Tumors of the intraoral minor salivary glands: A demographic and histologic study of 426 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1988; 66: 323.
11. Owens OT, Calcaterra TC. Salivary gland tumors of the lip. *Arch Otolaryngol*. 1982; 108: 45.
12. Neville BW, Damm DD, Weir JC et al. Labial salivary gland tumors. *Cancer*. 1988; 61: 2113.
13. Simpson RHW. Salivary gland tumours. In: Anthony PP, Macswen RNM, Lowe DG. *Recent advances in histopathology*. 17th ed. Edinburgh: Churchill-Livingstone; 1997: 167-90.
14. Lingam RK, Daghir AA, Nigar E, Abbas SAB, Kumard M. Pleomorphic adenoma (benign mixed tumour) of the salivary glands: its diverse clinical, radiological, and histopathological presentation: *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2011; 49: 14-20.