



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

Vol. 11, Núm. 2 • Mayo-Agosto 2015 • pp. 40-44

# Parotidectomía superficial como tratamiento de adenoma pleomorfo. Presentación de caso y revisión de la literatura

Óscar Calderón Wengerman,\* Ilan Vinitzky Brenner,\*\* Héctor Prado Calleros\*\*\*

## RESUMEN

El adenoma pleomorfo es el tumor más común de glándulas salivales; se presenta con mayor frecuencia en el lóbulo superficial de la glándula parótida como una masa solitaria asintomática de crecimiento lento. El tratamiento es la resección quirúrgica; sin embargo, la extensión de ésta última puede variar desde la enucleación hasta la parotidectomía total. Con un tratamiento adecuado el pronóstico es excelente. Se presenta un caso de adenoma pleomorfo de glándula parótida tratado mediante parotidectomía superficial.

**Palabras clave:** Adenoma pleomorfo, glándula parótida, parotidectomía superficial.

## SUMMARY

*Pleomorphic adenoma is the most common salivary gland tumor; it occurs mainly in the parotid gland, most frequently in the superficial lobe as a solitary asymptomatic slowly growing mass. Surgical resection is the treatment of choice, but the extent of resection varies from enucleation to total parotidectomy. With appropriate treatment the prognosis is excellent. We present a case of pleomorphic adenoma of the parotid gland treated by superficial parotidectomy.*

**Key words:** Pleomorphic adenoma, parotid gland, superficial parotidectomy.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores de la glándula parótida corresponden a 3% de todos los tumores del cuello,<sup>1</sup> siendo el más común el adenoma pleomorfo, el cual repre-

senta 80% de todas las masas benignas de dicha glándula.<sup>2,3</sup> El adenoma pleomorfo, también conocido como tumor mixto<sup>4</sup> deriva de una mezcla de elementos ductales y mioepiteliales. Histológicamente puede presentar una gran diversidad entre

www.medigraphic.org.mx

\* Médico Especialista en Otorrinolaringología. Práctica privada y profesor de la Universidad Anáhuac de México.

\*\* Cirujano Dentista Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Práctica privada y profesor de la Universidad Anáhuac de México y la Universidad Tecnológica de México.

\*\*\* Jefe de Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello; Hospital General «Dr. Manuel Gea González».

Correspondencia:

Dr. Óscar Calderón Wengerman  
Jaime Balmes Núm. 11, Local 112-C,  
Col. Polanco, 11510, México, D.F.  
E-mail: otorrinocalderon@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/cirugiabucal>

un tumor y otro e incluso en diferentes zonas del mismo tumor, a lo que debe su nombre de adenoma «pleomorfo o mixto».<sup>5</sup>

La incidencia anual reportada es de 2 a 3 casos por cada 100,000 habitantes, el promedio de edad en que se presenta es de 46 años, aunque ha habido casos desde la primera hasta la décima década de vida; existe una ligera predilección por el género femenino<sup>6</sup> con una relación 1:1.4 (1,4).

En cuanto a su localización, aparece principalmente en la glándula parótida correspondiendo a 80% de los casos, 10% en glándula submandibular y 10% en glándulas salivales menores.<sup>1y6</sup> Clínicamente, los adenomas pleomorfos surgen como masas asintomáticas de crecimiento lento; el tamaño puede variar desde algunos milímetros hasta varios centímetros llegando a tamaños considerables en algunos casos;<sup>4,7</sup> el polo inferior del lóbulo superficial de la glándula parótida es el sitio más común de presentación, aunque llegan a observarse también en el lóbulo profundo.<sup>8</sup> Los adenomas pleomorfos son generalmente solitarios, sin embargo pueden estar asociados de manera sincrónica o metacrónica con otros tumores, particularmente con el tumor de Warthin, ya sea en la misma o en diferentes glándulas.<sup>9</sup> El dolor y parálisis facial son poco comunes, pero pueden presentarse en ciertos casos.<sup>6</sup> Histológicamente es un típico tumor encapsulado y bien circunscrito. El tumor está compuesto de una mezcla de células glandulares y mioepiteliales con un estroma mesenquimatoso.<sup>5</sup> La historia clínica y la exploración son fundamentales para el diagnóstico, aunque existe una variedad importante de auxiliares diagnósticos; los más utilizados son los estudios de imagen, principalmente la tomografía computarizada y la biopsia por aspiración con aguja fina,<sup>10,11</sup> la cual si bien no nos proporciona un diagnóstico definitivo, nos da una idea general en cuanto a su estirpe histológica y nos ayuda a descartar malignidad. El tratamiento del adenoma pleomorfo es la resección quirúrgica, pero existen algunas variaciones según su localización; en los casos de tumores parotídeos, la extensión de la resección varía desde la enucleación hasta la parotidectomía total, lo cual puede resultar controversial; sin embargo, en la mayoría de los casos se trata mediante parotidectomía superficial.<sup>2,12,13</sup> Aun cuando el adenoma pleomorfo es un tumor benigno puede recurrir y existe también riesgo de transformación maligna.<sup>6,14</sup> Con el tratamiento adecuado, el pronóstico general es excelente con una tasa de curación de 95%.<sup>5</sup>

## REPORTE DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de 63 años de edad, la cual es referida por odontólogo general por presentar aumento de volumen en región lateral de cuello. Inicia su padecimiento un año previo a la consulta con aumento de volumen asintomático en la región parotídea derecha de crecimiento lentamente progresivo, por hasta 4 veces previo a la consulta como único dato clínico. A la exploración física se observa un aumento de volumen en región parotídea derecha, bien delimitado, de aproximadamente 4 x 4 cm, móvil, sin dolor, sin hiperemia o hipertermia, de consistencia firme, ligeramente renitente a la palpación (*Figuras 1 y 2*). Intraoralmente, ambos conductos de Stenon permeables con escasa salida de saliva de aspecto normal. Sin adenomegalias palpables, sin datos de compromiso al nervio facial, House Brackman I. Se solicita TC (tomografía computarizada de cara y cuello) en la que se observa una lesión ligeramente heterogénea, con bordes bien definidos en el lóbulo superficial parotídeo que no parece involucrar estructuras adyacentes y sin datos de malignidad (*Figura 3*).

Se procede a realizar biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) obteniendo como resultado lesión quística parotídea asociada a proliferación celular atípica, no concluyente para malignidad. El frotis con aspecto mucoso o proteináceo, con leucocitos y linfocitos con numerosos histiocitos espumosos formando proyecciones digitiformes.

Con estos resultados y previa valoración cardiológica y preanestésica, se procede a realizar parotidectomía superficial con el diagnóstico presuntivo de adenoma pleomorfo de glándula parótida.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se realiza incisión tipo Blair modificada, se levantan los colgajos de piel anterior y posterior respetando el sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS) iniciando la disección del aspecto superficial de la glándula; se procede a identificar el músculo esternocleidomastoideo y el vientre posterior del músculo digástrico, el cual se utiliza como referencia anatómica para localizar el nervio facial, se diseña el tronco principal del mismo así como sus ramas principales cuidadosamente (*Figuras 4 y 5*) para así continuar la disección del aspecto profundo de la porción superficial de la glándula; con el nervio facial identificado y protegido adecuadamente se procede a retirar el lóbulo superficial parotídeo junto con la lesión (*Figura 6*). Se verifica



**Figura 1.** Aspecto extraoral de la lesión (vista lateral).



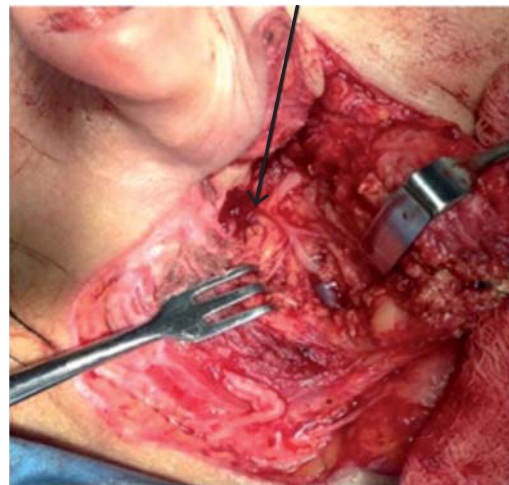
**Figura 2.** Aspecto extraoral de la lesión (caudocefálica).



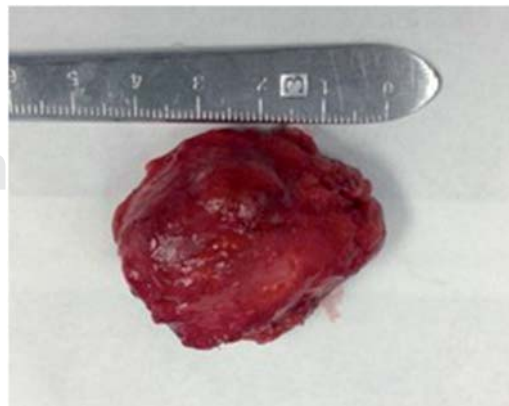
**Figura 3.** TAC Corte axial donde se observa la lesión.



**Figura 4.** Disección inicial.



**Figura 5.** Identificación del nervio facial.



**Figura 6.** Aspecto macroscópico de la lesión.



**Figura 7.** Control pop, movilidad facial conservada.

hemostasia y se coloca drenaje que se fija a piel adyacente, se sutura en dos planos y se coloca vendaje compresivo. La paciente cursa un postoperatorio sin complicaciones, con movilidad facial conservada (*Figura 7*). El reporte de patología final muestra diagnóstico de adenoma pleomorfo.

## DISCUSIÓN

La mayoría de los tumores de glándulas salivales son de origen epitelial, siendo la glándula parótida la de mayor afectación, ocupando del 64 al 80% de incidencia; en la glándula submaxilar se presentan de un 7 al 11%, en la sublingual en un 1% y finalmente las glándulas salivales menores son afectadas en un 9 al 23%.

La biopsia por aspiración con aguja fina es una técnica reconocida y establecida en el diagnóstico de neoplasias de glándulas salivales con una especificidad de 96 a 100% y una sensibilidad de 85 a 99%, dando una adecuada diferenciación entre lesión maligna y benigna; sin embargo, su seguridad diagnóstica depende de la experiencia del patólogo.<sup>16,17</sup> Puede realizarse biopsia guiada por ultrasonido;<sup>16,18</sup> en tumores intraorales de glándulas salivales menores la biopsia por lo general es de fácil realización.<sup>15</sup> La biopsia presenta diagnóstico de tejido que facilita la planeación preoperatoria así como la distinción entre neoplasias primarias, linfoma, enfermedad metastásica, procesos inflamatorios y quistes.<sup>19</sup>

En la TC, las lesiones aparecen bien circunscritas con reforzamiento homogéneo de medio de contraste,<sup>18</sup> éste es muy útil para evaluar diseminación vascular o neural e invasión a la base del cráneo.<sup>15</sup> La destrucción ósea es más fácilmente localizada en la TC y esto sugiere malignidad.<sup>16</sup> La calcificación distrófica aparece raramente y es indicativa de cronicidad.<sup>18</sup>

El diagnóstico diferencial de masas en la región parotídea debe incluir enfermedades inflamatorias, autoinmunes y otras entidades neoplásicas benignas o malignas.<sup>5</sup>

El tratamiento quirúrgico es la única opción terapéutica y por lo general ofrece un pronóstico excelente.<sup>17</sup> Para el tratamiento óptimo se recomienda la resección completa con bordes negativos con un índice de éxito superior a 95%; la resección local presenta un alto índice de recurrencia estimado de 10 a 40%, por lo que se recomienda una resección amplia<sup>2,3,20</sup> y ya que la mayoría se presenta en la glándula parótida, se recomienda una parotidectomía superficial o total con disección y preservación del nervio facial.<sup>21</sup>

La meta de la cirugía siempre debe ser la preservación de la función del nervio facial junto con la ausencia completa de tejido salival con evaluaciones subsecuentes por recurrencia.<sup>20</sup>

La lesión del nervio facial es la complicación más común junto con la hemorragia y el hematoma. La radioterapia postoperatoria es recomendada cuando existen márgenes positivos o recurrencias, diseminación o residuo tumoral.<sup>21</sup>

La recurrencia es un problema aproximado de 2 a 5% aun con resección inicial adecuada, por lo que se recomienda la parotidectomía sobre la lobectomía lateral (4) con un margen amplio mínimo de 2 cm, ya que la recurrencia es por porciones microscópicas fuera de la cápsula.<sup>20</sup>

Las recurrencias están clasificadas como uninodular, nódulo solitario o multinodular. El riesgo de lesión del nervio facial es mayor cuando se trata una recurrencia.<sup>15,17</sup>

Las principales causas de recurrencia son: penetración capsular, ruptura tumoral (el tejido por lo general es suave y gelatinoso ocasionando un mayor riesgo de ruptura, asociado a disección manual, compresión instrumental) e implantación en el punto de ingreso y punto de sutura.<sup>22</sup>

Posterior a la recurrencia, y para reducir la probabilidad de una nueva, se recomienda la resección de todo el tejido de glándula salival con evaluación de resonancia magnética postoperatoria recomendada.<sup>21</sup>

El promedio de recurrencia a 9 años de desarrollo de enfermedad maligna es de 7%; este riesgo



aumenta con el tiempo, en mayores de 40 años, pacientes masculinos, nódulos mayores de 2 cm, tumores en lóbulos profundos y antecedente de una o más cirugías previas.<sup>22</sup> La resección de tumores malignos por lo general requiere atención a los márgenes de resección de nódulos, quimioterapia y radioterapia.<sup>19</sup>

La cirugía con disección cercana al tumor es lo más recomendado, con ciertas excepciones como una tumoración muy grande o tumores en lóbulo profundo. Cuando se encuentra involucrado el nervio facial como en el caso de tumores de lóbulo profundo, la disección de la cápsula tumoral es obligatoria.<sup>20</sup> El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa por medio de parotidectomía superficial.<sup>15</sup>

Las recurrencias se presentan con mayor frecuencia en tumoraciones de lóbulo profundo<sup>20</sup> y éstas por lo general se deben a tumores multifocales.<sup>23</sup>

Aunque el papel de la disección de cuello es claro cuando hay nódulos linfáticos que sugieren malignidad clínicamente asociada a pacientes con neoplasia parotídea, no existe un consenso en el manejo quirúrgico de un cuello clínicamente negativo. La incidencia de metástasis ocultas se ha reportado de 2 a 50%.<sup>11,24</sup>

## CONCLUSIONES

Ante un aumento de volumen en la región parotídea se recomienda hacer una anamnesis adecuada así como una exploración física completa; existen diversos estudios complementarios de suma importancia para la valoración del paciente como la BAAF y estudios de imagen (ultrasonido, TC, RM). El adenoma pleomorfo que afecta al lóbulo superficial es el tumor más frecuente de la glándula parotídea, el tratamiento es la resección quirúrgica; aunque existe controversia en las publicaciones médicas en cuanto a su extensión, hasta el momento la parotidectomía superficial es el tratamiento recomendado y con mejores resultados; con su aplicación el pronóstico es excelente, siendo la recurrencia y la conversión a un tumor maligno poco frecuentes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Horn-Ross PL, West DW, Brown SR. Recent trends in the incidence of salivary gland cancer. *Int J Epidemiol*. 1991; 20: 628-633.
- Piekarski J, Nejc D, Szymczak W, Wronski K, Jeziorski A. Results of extracapsular dissection of pleomorphic adenoma of parotid gland. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004; 62: 1198-1202.
- Spiro RH. Salivary neoplasms: overview of 35 year experience with 2,807 patients. *Head Neck Surg*. 1986; 8: 177-184.
- Takahama A Jr, da Cruz-Perez DE, Magrin J, de Almedia OP, Kowalski LP. Giant pleomorphic adenoma of the parotid gland. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008; 13 (1): E58-E60.
- Neville B, Damm D, Allen C. *Oral and maxillofacial pathology*, 2nd ed., Saunders Company, US. 2002, pp. 125-140.
- Seifert G. Histological typing of salivary gland tumours. World Health Organization International Histological Classification of Tumours. 2nd ed., Editorial Springer Verlag. Alemania. 1996, pp. 17-21.
- Buenting JE, Smith TL, Holmes DK. Giant pleomorphic adenoma of the parotid gland: a case report and review of the literature. *Ear Nose Throat J*. 1998; 77 (8): 634, 637-8, 640.
- Lewkowicz A, Levy Y, Zeltser R, Zagury A, Nahlieli O. Accessory parotid gland masses. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol and Endod*. 2000; 89 (5): 610-612.
- Herce-López J, Salazar-Fernández CI, Mayorga-Jiménez F, Gallana-Alvarez S, Pérez-Sánchez JM. Synchronous unilateral parotid neoplasms. A case report. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009; 14 (2): E90-E92.
- Fierro ZTM, Silva OR, Cruz LB, Aldape BBC. Auxiliares de diagnóstico para alteraciones de glándulas salivales. *Rev Mex Cir Bucal Max*. 2010; 6 (3): 88-94.
- Carlson ER, Webb DE. The diagnosis and management of parotid disease. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2013; 25: 31-48.
- Friedrich RE, Li L, Knop J, Giese M, Schmelzle R. Pleomorphic adenoma of the salivary glands: analysis of 94 patients. *Anticancer Res*. 2005; 25: 1703-1705.
- Chang EZ, Lee WC. Surgical treatment of pleomorphic adenoma of the parotid gland: report of 110 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 1985; 43: 680-682.
- Olsen KD, Lewis JE. Carcinoma ex pleomorphic adenoma: a clinicopathologic review. *Head Neck*. 2001; 23 (9): 705-712.
- Eveson JW. Salivary tumours. *Periodontol*. 2000; 57: 150-159.
- Flint PW y cols. *Cummings otolaryngology: head and neck surgery*. 5th ed. Editorial Elsevier. 2010.
- Anil K. Lalwani current diagnosis & treatment in Otolaryngology-Head & Neck Surgery, 3ª Edition. Section 5: Glándulas Salivales. Capítulo 18: Enfermedad benigna de Glándulas Salivales, Capítulo 19: Enfermedad Maligna de Glándulas Salivales. Editorial McGraw-Hill. 2011.
- Kesse W, Violaris N, Howlett DC. An unusual cause of facial pain: malignant change in a calcified pleomorphic adenoma in the deep lobe of the parotid gland. *Ear Nose Throat J*. 2003; 82: 623-625.
- Jung AS et al. Ultrasound-Guided fine needle aspiration of major salivary gland masses and adjacent lymph nodes. *Ultrasound Q*. 2011; 27 (2): 105-113.
- Makeieff M et al. Recurrent pleomorphic adenoma: results of surgical treatment. *Ann Surg Oncol*. 2010; 17: 3308-3313.
- Mendenhall WM, Mendenhall CM, Werning JW, Malyapa RS, Mendenhall NP. Salivary gland pleomorphic adenoma. *Am J Clin Oncol*. 2008; 31 (1): 95-99.
- Brandley PJ. Recurrent salivary gland pleomorphic adenoma: etiology, management and results. *Current Opinion in Otolaryngology and Head and Neck Surgery*. 2001; 9: 100-108.
- Ratan SK, Bhardwaj M, Gambhir A, Sen A. Chronic Sialadenitis with pleomorphic adenoma of the parotid gland: coincidental or causal? *Pediatr Surg Int*. 2002; 18: 60-61.
- Medina JE. Neck dissection in the treatment of cancer of major salivary glands. *Otolaryngol Clin North Am*. 1998; 31: 815-822.