

Adenoma pleomorfo en glándulas salivales menores. Caso clínico

Alicia María Corona Maya,* Miguel Ángel Vázquez Rodríguez**

RESUMEN

El adenoma pleomorfo (AP) es una neoplasia benigna y es el tumor más frecuente que se deriva de los tejidos que forman las glándulas salivales. Afecta principalmente a glándulas salivales mayores, aunque es común encontrarlo en glándulas salivales menores, especialmente en el paladar y labio superior. Generalmente tiende a recurrir después de una resección quirúrgica incompleta. En el presente trabajo se describe un caso de AP tratado en el Centro de Especialidades Odontológicas. Así mismo se revisarán sus características clínicas, histopatológicas y tratamiento.

Palabras clave: Adenoma pleomorfo, glándulas salivales menores.

ABSTRACT

Pleomorphic adenoma (PA) is a benign neoplasm and is the most frequent tumor arising from tissues that form the salivary glands. It mainly affects more salivary glands, although it is common to find minor salivary glands, specially in the palate and upper lip. Generally tends to recur after incomplete surgical resection. The paper presents a case of AP treated at the Center for Dental Specialties. Also revise it's clinical, histopathological and treatment.

Key words: Pleomorphic adenoma, minor salivary glands.

INTRODUCCIÓN

El adenoma pleomorfo o tumor mixto es la patología tumoral de las glándulas salivales más frecuente de todos los tumores. Tiene mayor prevalencia en el género femenino, con una incidencia de 2 a 1 respecto al masculino y se manifiesta alrededor de la cuarta década de la vida. Es poco frecuente en niños.

Existen glándulas salivales mayores y menores. El primer grupo está compuesto por 3 pares de glándulas: parótida, submandibular o submaxilar y sublingual. Las glándulas salivales menores son numerosas (700 a 1,000) y se distribuyen en las mucosas orofaríngea, nasal, sinusal, laríngea y traqueal. Un 70 a 80% de los tumores se ubican en la parótida. En las glándulas menores es menos frecuente, siendo su localización de preferencia el velo del paladar.¹

SINÓNIMOS

El adenoma pleomorfo es conocido con diversos nombres: enclavoma, branquioma, endotelioma, encondroma, tumor mixto (Minsén, 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.²

CLÍNICAMENTE

Su sintomatología va a depender de la glándula involucrada y de su tamaño evolutivo. Generalmente se manifiesta como tumor indoloro, de crecimiento lento, más bien firme, bien delimitado, movable, de superficie lisa o nodular.

* Centro de Especialidades Odontológicas. IMIEM

** Cirugía Maxilofacial. Centro de Especialidades Odontológicas. IMIEM.

Cuando se origina en glándulas menores su crecimiento produce un abultamiento de la zona, apareciendo como una masa uninodular en paladar, labios o paredes faríngeas. En la mucosa bucal y labio los adenomas pleomorfos son móviles, bien delimitados y cubiertos por mucosa.³

HISTOLÓGICAMENTE

Está caracterizado más por un pleomorfismo de la arquitectura tumoral que por una celular. Los elementos epiteliales y mioepiteliales modificados se mezclan con un tejido mucoide, mixoide o condroide. Los componentes epiteliales y mioepiteliales forman conductos, cordones e islotes. Macroscópicamente tiene un aspecto muy característico: blanquecino-grisáceo, multilobulado, consistencia dura cartilaginosa, mal circunscrito y unifocal o multifocal.⁴

TRATAMIENTO

El tratamiento de este tumor, como el del resto de las tumoraciones benignas, es quirúrgico, con resección de un margen de tejido sano, debido a que tiende a infiltrar la cápsula. Este tumor tiene una pseudocápsula que puede ser atravesada por prolongaciones del tumor, de ahí que su resección por enucleación o con márgenes estrechos puede significar una recidiva. Las recidivas pueden ser debidas a exéresis incompletas o a roturas del tumor durante el acto quirúrgico con la consiguiente diseminación y la multifocalidad dentro de la misma glándula. No se recomienda la enucleación de tumores mixtos de la parótida debido al riesgo de recurrencia, dada la extensión del tumor a través de los defectos de la cápsula.

La extirpación se complica por la presencia del nervio facial. Toda técnica quirúrgica debe de incluir la preservación del nervio facial si no está afectado. En la mayoría de los casos, el tratamiento más apropiado es la parotidectomía superficial con preservación del nervio facial.

La extirpación inicial adecuada 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. En la mayoría de los casos, el tumor recurrente mantiene su anomalía original; sin embargo, en cada recurrencia hay mayor posibilidad de transformación maligna.⁵

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, 75 años de edad, que presenta una lesión localizada en la mucosa labial superior derecha, solitaria, de contorno ovalado, superficie lisa, margen indefinido, color similar a la mucosa

adyacente, consistencia firme, base pediculada, de 3.0 cm de diámetro aproximadamente, fija a tejidos pero desplazable, que cursa con evolución lenta asintomática (*Figura 1*).

TÉCNICA QUIRÚRGICA: Biopsia excisional

También llamada exéresis, una biopsia es la extirpación completa de la lesión o tejido patológico, con un margen de tejido sano. Con frecuencia se realiza una incisión elíptica alrededor de la tumoración y una sutura en línea recta.



Figura 1. Paciente, sexo femenino, 75 años de edad, presentando una lesión localizada en la mucosa labial superior derecha.



Figura 2. Acondicionamiento quirúrgico.

- Se realiza un acondicionamiento quirúrgico, el cual consiste en limpiar la zona quirúrgica. El paciente realizará colutorios antisépticos con clorhexidina previo a la intervención quirúrgica. Posteriormente realizaremos la asepsia en piel de labios y comisura bucal con jabón quirúrgico o isodine bucofaríngeo.
- Colocaremos los campos hendidos, previamente estériles, de manera que podamos delimitar el área quirúrgica (*Figura 2*).
- Proseguiremos a realizar la anestesia local al paciente con lidocaína y epinefrina al 2%, dos cartuchos en el perímetro de la lesión.
- Realizaremos una incisión en forma de uso en la parte central de la lesión de aproximadamente 2 cm (*Figura 3*).
- Realizamos disección roma para comenzar la separación del tejido del nódulo, de tal forma que se pueda extraer para el estudio histopatológico (*Figura 4*).

- Se inspecciona la cavidad para verificar la extracción de la totalidad de la lesión (*Figura 5*). Se prosigue con la suturación, colocando puntos simples a lo largo de la herida (*Figura 6*).
- La muestra se coloca en un frasco con formol al 10% y se envía a estudio histopatológico (*Figura 7*).
- Colocaremos una gasa húmeda en la zona de la herida con la finalidad de ayudar en la hemostasia y le daremos las recomendaciones postoperatorias debidamente al paciente.

Descripción macroscópica de la lesión

Tejido blando que mide 2.8 x 2.4 x 1.8, de contorno redondeado, de superficie liso-nodular, de color amarillento, consistencia firme. Superficie de corte fonogénica del mismo color.



Figura 3. Incisión en la parte central de la lesión de aproximadamente 2 cm.



Figura 5. Inspección de la cavidad.



Figura 4. Disección roma y exéresis del nódulo.



Figura 6. Sutura de la cavidad.



Figura 7. Tejido blando que mide 2.8 x 2.4 x 1.8, de contorno redondeado, de superficie lisa.

Descripción microscópica

Tejido tumoral delimitado por una cápsula de tejido fibro-conectivo que contiene áreas sólidas de proliferación de células mioepiteliales con aspecto fusiforme en un patrón verticiliado, que alterna con áreas de proliferación de células de los conductos, donde se aprecia proliferación de pseudoconductos, evidencia de escasas zonas de aspecto mixoide y de formación de tejido condroide. Se observan numerosas áreas hialinizadas acelulares entre las placas de células mioepiteliales.

Diagnóstico histopatológico: «Adenoma pleomorfo», glándula accesoria de mucosa de labio superior izquierdo

DISCUSIÓN

1. El adenoma pleomorfo puede ocurrir en cualquier edad, pero es más común en adultos entre los 30 y 50 años de edad.

2. Existe una predilección por el sexo femenino.
3. El paciente en cuestión es del sexo femenino, confirmando la proporción estadística relatada en la literatura.
4. El adenoma pleomorfo de las glándulas salivales accesorias intrabucuales raramente atinge diámetro superior a 1 ó 2 cm. Por el hecho de causar este tumor dificultades de masticación y articulación de las palabras, es descubierto y tratado más precozmente que los tumores de glándulas principales.
5. En este trabajo, un caso de adenoma pleomorfo de 4 cm es relatado. Esta lesión, probablemente por su localización anterior, no estaba promoviendo dificultades en la masticación o habla, pero causaba comprometimiento estético.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pedemonte TC, Basili EA, Montero RS. Reporte clínico. Adenoma pleomorfo de glándulas salivales menores. Revista Dental de Chile 2003; 94(3): 18-21.
2. Ledezma MC, Garcés OM, Gómez MLR, Fernández LR, Medina NJ. Adenoma pleomorfo. Asociación Dental Mexicana 2002; 59(2): 58-62.
3. Neville WB, Damm DD. Oral & Maxillofacial Pathology. 2ª ed, Saunders Philadelphia Pennsylvania; 2002: 410-413.
4. Regezzi J. Patología Bucal 3ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana 2000: 243-247.
5. Meneses GA, Mosqueda TA, Ruiz LM, Rivera G. Patología Quirúrgica de Cabeza y Cuello. Lesiones tumorales y pseudo-tumorales. México, D.F; Trillas, 2006: 204-206.

Correspondencia:
Alicia María Corona Maya
corona_ali_5@hotmail.com