



Abordaje transmandibular para resección de adenoma pleomorfo recidivante del espacio parafaríngeo

Laura Elena Franco-Garrocho,^a
Jorge Raúl Pérez-Frutos,^a
Juan Guillermo Sánchez-Acuña,^b
Miriam Alejandra Veras-Hernández^c

Use of transmandibular approach for resection of a relapse pleomorphic adenoma on the parapharyngeal space

In this review of a clinical case we study the most frequent benign neoplasia of the main salivary glands. We present the case of a four-year relapse of a patient post-operated of a conservative total parotidectomy. We expose different opinions about this neoplasia, and the clinical case of a 50-year old female patient that presents a relapse to the parapharyngeal space, for which we used a trans-mandibular approach.

En esta revisión de un caso clínico se estudia la neoplasia benigna más frecuente de glándulas salivales mayores. Se presenta el caso de una recidiva a cuatro años de una paciente postoperada de parotidectomía total conservadora. Se exponen diferentes opiniones sobre esta neoplasia y el caso clínico de una paciente de 50 años de edad, la cual presenta recidiva hacia el espacio parafaríngeo, para el que se realizó un abordaje transmandibular.

Keywords

Pleomorphic adenoma
Recurrence

Palabras clave

Adenoma pleomórfico
Recurrencia

^aServicio de Cirugía Maxilofacial, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, Chihuahua, México

^bHospital Calixto García, Universidad de La Habana, La Habana, Cuba

^cServicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

Comunicación con: Miriam Alejandra Veras-Hernández

Correo electrónico. mverashernandez@gmail.com

Recibido: 04/02/2016

Aceptado: 28/04/2016

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 representan el 8% y 7%, respectivamente.¹ El adenoma pleomórfico es un tumor benigno compuesto por tejido epitelial y mioepitelial, comúnmente con apariencia de tejido mucosoide, mixoide o condroide. Es el tumor de glándulas salivales más común, pues tiene el 60% de las neoplasias salivales.

Este tumor afecta las glándulas mayores (parótida, submaxilar y sublingual) y las menores que se encuentran en el paladar, el labio, la mucosa bucal y la orofaringe. Los signos y síntomas que sugieren la existencia de un adenoma pleomorfo

son inespecíficos. Clínicamente aparece como una tumoración dura, móvil, de crecimiento lento, no adherida a la piel ni a los planos profundos. Cuando se localiza a nivel de paladar, es posible que aparezca como una tumoración ulcerada.

Los tumores del lóbulo profundo no siempre se manifiestan por una masa facial, ya que pueden protruir hacia la pared lateral de la orofaringe. Esta neoplasia es de las más frecuentes en el espacio parafaríngeo.

El adenoma pleomorfo aparece en pacientes de cualquier edad; no obstante, el 60% de los casos se dan entre la tercera y la quinta década (la edad media es de 40 años) y menos del 10% se producen en niños. El cociente hombre/mujer es superior 2:1.²

Espacio parafaríngeo

El espacio parafaríngeo es una región anatómica virtual que tiene una morfología de pirámide triangular invertida. Se extiende desde la base del cráneo hasta el hueso hioides. Se pueden definir una base, un vértice y tres paredes. Presenta como límite superior, o base, la región petrotimpánica del hueso temporal, y como límite inferior, o vértice, el asta mayor del hueso hioides. Se trata de una pared externa, formada por un conjunto músculo-aponeurótico, que consta del músculo esternocleidomastoideo y su aponeurosis, la aponeurosis cervical superficial que recubre a la parótida, y la rama ascendente de la mandíbula, con los músculos pterigoideos y maseteros. La pared medial está formada por la cara lateral de la faringe. La pared posterior la forman la aponeurosis, los músculos prevertebrales y las apófisis trasversas cervicales. Este espacio se encuentra dividido en dos compartimentos por un diafragma estiloideo o vaina osteomúsculo-aponeurótica que se origina en la apófisis estiloidea y recorre un plano inclinado de arriba hacia abajo, de atrás hacia adelante y de lateral a medial. El compartimento anterior o preestiloideo se encuentra ocupado por el lóbulo profundo de la parótida, grasa, y nódulos linfáticos, la arteria maxilar interna y los nervios alveolares inferiores, lingual y aurículo-temporal. En el compartimento posterior o retroestiloideo localizamos el eje neurovascular, compuesto por la arteria carótida, la vena yugular, la cadena simpática cervical y los nervios IX, X, XI, XII.³

Histopatología

Este tumor presenta una combinación de células epiteliales y mioepiteliales en un estroma mesenquimatoso. Existen cuatro tipos histológicos, según la diferenciación de las células epiteliales y las características de la estroma.⁴

El hallazgo más constante en el adenoma pleomorfo es la presencia de una marcada cápsula fibrosa. Se trata de un rasgo histológico muy importante para distinguir entre tumores salivales benignos y malignos. Algunas lesiones de larga evolución pueden ser multinodulares o multifocales; sin embargo, cada nódulo o foco está envuelto por su propia cápsula fibrosa.²

Imagenología

La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) son una técnica diagnóstica fiable para determinar la extensión de la enfermedad, especialmente en las glándulas salivales mayores. La señal intensa se debe probablemente a la cantidad de estroma mixoide de estos tumores. Los tumores mix-

tos muestran imágenes esféricas bien delimitadas o masas multinodulares.²

Abordaje transmandibular

La técnica que definió Trotter con sección transmandibular y transoral (mandibulotomía y glosectomía) divide la cavidad oral y el piso de boca en dos porciones, una derecha y otra izquierda, y expone ampliamente la orofaringe. Este procedimiento es muy útil para abordar tumores de orofaringe, parafaríngeos y retrofaríngeos, aunque se ha informado que ha habido complicaciones que pueden afectar la calidad de vida de los pacientes (fístulas salivales, lesión nerviosa con hipomovilidad de la lengua y dificultad en la deglución y masticación de los alimentos).⁵

Caso clínico

Llegó a la consulta del Hospital General de Ciudad Juárez una paciente de 50 años de edad a cita de seguimiento. La paciente refirió disfagia, disfonía y ronquidos nocturnos. Después de una basta exploración física, encontramos aumento de volumen en región parotídea derecha, no dolorosa a la palpación, móvil, de constitución firme (figura 1).

Como antecedente, hace cuatro años la paciente fue operada de una parotidectomía subtotal conservadora. Se observó nuevamente crecimiento en la misma zona hacia los planos profundos del cuello. El equipo de trabajo le solicitó una TC de cuello simple y contrastada, en la cual se observó una tumoración de aproximadamente 5 x 4 cm, según el reporte del radiólogo, en el espacio parafaríngeo derecho (figura 1).

Después de una planeación prequirúrgica detallada, se hizo la extirpación quirúrgica del tumor, previa anestesia general balanceada e intubación orotraqueal. La operación se hizo mediante una incisión arciforme de mastoides y un abordaje transmandibular (figura 2), a partir de fijar con placas de osteosíntesis de 2.4 mm y tornillos bicorticales (figura 3).

Se pasó por la línea media, a la altura de los cartílagos tiroideos, y se profundizó hasta el músculo cutáneo del cuello. Después pasamos la hoja superficial de la aponeurosis profunda, localizamos los vasos faciales y el borde inferior mandibular. Se desperiostizó y se seccionó la mandíbula con fresa #702.

Previamente se midió la placa de 2.4 y se profundizó el espacio parafaríngeo para localizar el tumor. Se mandó al servicio de Patología la pieza removida para asegurarnos que no hubiera malignidad en la recidiva (figura 4). Posteriormente llevamos a cabo una ortopantomografía de control para verificar la adecuada posición del material de osteosíntesis (figura 5).

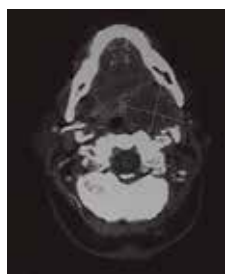


Figura 1 Tomografía computarizada de la paciente



Figura 2 Abordaje transmandibular del tumor



Figura 3 Aplicación de placa de titanio de 2.4 mm



Figura 4 Pieza de patología

Discusión

El adenoma pleomorfo tiene una alta recidiva a causa de la exéresis quirúrgica incompleta. Puede deberse a un rompimiento de la cápsula o a la presencia de focos extracapsulares que no hayan sido observados durante la cirugía. Las exéresis de tumores originados en la glándula parótida se pueden complicar debido a estructuras sumamente importantes, como el nervio facial, el cual es esencial preservar en caso de que no esté afectado. La parotidectomía total conservadora es el tratamiento de elección en el caso de recidivas de estas neoplasias. Una extirpación incompleta de esta neoplasia puede presentar múltiples focos tumorales, los cuales pueden crecer a espacios profundos del cuello. El abordaje transmandibular con extensión preauricular constituye una excelente opción a la hora de acceder a tumores que afecten los espacios profundos, como el parafaríngeo, que por su gran tamaño y vecindad con estructuras anatómicas vitales, requieren de una gran exposición quirúrgica para poder researlos sin riesgo.



Figura 5 Ortopantomografía de control

de patologías, ya que con ella tenemos un conocimiento exacto de la ubicación del tumor.

- El abordaje transmandibular es una excelente opción si se tienen las habilidades quirúrgicas para llegar a los espacios profundos del cuello, en nuestro caso, con la ayuda de un cirujano de cabeza y cuello.
- El conocimiento de la anatomía nos dará en este tipo de cirugía una ventaja en la preservación de estructuras importantes, como el nervio facial.
- El adenoma pleomorfo es una de las entidades más frecuentes ubicadas en el espacio parafaríngeo.

Conclusiones

- El adenoma pleomorfo tiene una alta recidiva debido a la incompleta remoción de la tumoración en primera instancia.
- La imagenología es una parte crucial en este tipo

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Regezi J, Sciubba J. Patología bucal. Correlaciones clinicopatológicas. Tercera edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. pp. 243-247.
2. Sapp JP, Wysocki G, Eversole LR. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2ª ed. España: Elsevier; 2004. pp. 347-351.
3. Work W, Hybels RL. A study of tumors of the parapharyngeal space. Laryngoscope. 1974;84:1748-55.
4. Raspall G. Boca, cabeza y cuello. Atlas clínico. Segunda edición. Barcelona, España: Masson; 2000. pp. 2-3.
5. Barrera JL, Dolores VR. Abordaje combinado transoral y transmandibular para tumores de la columna cervical anterior. Revisión de la literatura e informe de un caso. Cir Ciruj. 2008;76:425-8.