

Adenoma Pleomórfico de glándula salival menor: paladar duro, presentación de un caso clínico.

Dr. Wilmer García Cañas.* , Dr. N. Benitez Narváez.**.

* Médico Tratante del Servicio de Cirugía Oncológica SOLCA Núcleo Quito

** Médico Postgradista R-2 de Cirugía Oncológica SOLCA Núcleo Quito

ABSTRACTO

El adenoma pleomorfo o tumor mixto ocurre en el 4 al 14% en las glándulas salivares accesorias. Existen diferentes localizaciones como: CAE, tabique nasal, labios, seno maxilar, rinofaringe o en cualquier localización donde existe tejido salivar ectópico, pero el paladar constituye la localización más frecuente de las mismas, pues reúne más del 50% de las glándulas salivares menores. En el paladar, puede desarrollarse una amplia variedad de tumores procedentes del tejido conectivo y epitelial. Alrededor del 44% surgen de las glándulas salivares menores. En el 49 al 65% son tumores benignos casi todos adenomas pleomorfos, localizándose preferentemente en el paladar duro, cerca o en la unión con el paladar blando como en nuestro caso. Presentamos una paciente de 42 años sin antecedentes de importancia con un Adenoma Pleomorfo de Paladar Duro.

Palabras Clave: Adenoma Pleomórfico, Glándulas Salivales Menores, Paladar duro.

ABSTRACT

The pleomorphic adenoma or mixed tumor occurs in 4 to 14% of the accessory glands salivary. Different localizations exist: AEC, nasal block, lips, maxillary sinus, nasopharynx or in any other localization where salivate tissue exists, but the palate constitutes the most frequent localization, because it gathers more than 50% of minor salivary glands. In the palate, it can be developed a wide variety of tumors coming from the connective and epithelial tissue, 44% arise in the minor salivary glands. In 49 to 65% of them are benign tumors, principally pleomorphic adenomas, located preferably in the hard palate, nearby or in the union with the soft palate as in our case. We present a 42 year-old patient with a Pleomorphic Adenoma of Hard Palate.

Key Words: Pleomorphic Adenoma, Minor Salivary Glands, Hard Palate.

Introducción.

Los tumores de las glándulas salivales menores son infrecuentes, pues representan el 2 al 4% de los tumores de cabeza y cuello, el 10% de la cavidad oral y el 15 al 23% de todas las glándulas salivares. La neoplasia más común de las glándulas salivares, tanto mayores como menores, es el adenoma pleomorfo, representando el 60 al 89,5% de las mismas. Es el tumor epitelial benigno más frecuente en las glándulas salivares, localizándose preferentemente en la glándula parótida, (80%); mientras que en las glándulas salivares menores constituye el 18% al 50%. Existe una controversia respecto a su distribución, de tal forma que algunos autores detectan una clara predominancia a favor de la glándula submaxilar, y otros afirman que existe una mayor incidencia en glándulas palatinas, en donde no supera el 10%.

Fue descrito por Minsén en 1874 y posteriormente por Broca como un tumor mixto (debido al aspecto microscópico), por creer que su origen era doble epitelial y conectivo; sin embargo, otros autores consideran que la célula primitiva es única y que ésta se diferencia en tejido epitelial y conectivo. Otros autores proponen su naturaleza epitelial preponderante, resaltando que es el único tumor en el que existe una proliferación de la célula mioepitelial. Desde este momento el tumor recibió diferentes denominaciones hasta que Willis en 1948, sugirió el término de adenoma pleomorfo.

Suele ser ligeramente más frecuente en la mujer, aunque los localizados en glándulas salivares menores no suelen presentar predisposición por sexos. Puede aparecer a cualquier edad, en infancia y senectud, con el mismo comportamiento clínico. Habitualmente, se presenta como una tumoración redondeada asintomática de crecimiento lento, por lo que suelen encontrarse masas excesivamente grandes, sobre todo, en glándulas salivares menores. El diagnóstico de presunción se realiza, sobre todo en las glándulas salivares mayores, con la sialografía, ecografía, gammagrafía, PAAF y RNM /TAC, confirmándose con el estudio histológico. Su tratamiento es la exéresis quirúrgica amplia por la posibilidad de recidivar y degenerar a un tumor

Correspondencias y Separatas:

Dr. Wilmer García
Servicio de Cabeza y Cuello
Hospital Oncológico Solón Espinoza
Avda. Eloy Alfaro y Los Pinos
Quito - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer



mixto maligno. Presentamos el caso de un adenoma pleomorfo del paladar duro de aparición rápida sin antecedentes previos de patología oral ni factores de riesgo.

Caso Clínico.



Fig. 1 Imagen prequirúrgica

Se trata de una paciente de 46 años, sin antecedentes familiares ni personales de importancia, que en autoexamen nota lesión nodular en paladar duro, lateralidad derecha, indolora, de crecimiento rápido (dos meses de evolución), de 3 cm de diámetro, sin infiltrar mucosa de paladar.



Fig. 2 Adenoma Pleomorfo Paladar

Los exámenes de extensión son negativos.

Se realiza exéresis total de una lesión de 3cm de diámetro, multinodular, dura, que impronta al hueso sin infiltrarlo, respeta la mucosa, de fácil disección.



Fig. 3 Exéresis de la lesión

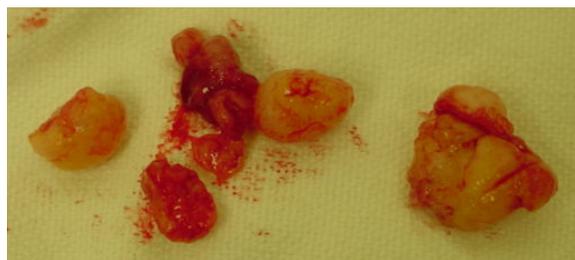


Fig. 4 Pieza quirúrgica Varios fragmentos nodulares.

Se realiza cierre primario previo control de hemostasia sin complicaciones, con buena evolución posquirúrgica. Resultado de ETO compatible con Adenoma Pleomorfo confirmado con histopatológico, por lo que pasa a controles.



Fig. 5 Posquirúrgica

Discusión

El adenoma pleomorfo o tumor mixto ocurre en el 4 al 14% en las glándulas salivares accesorias.

Existen diferentes localizaciones como: CAE, tabique nasal, labios, seno maxilar, rinofaringe o en cualquier localización donde existe tejido salivar ectópico, pero el paladar constituye la localización más frecuente de las mismas, pues reúne más del 50% de las glándulas salivares menores.

Se han descrito casos excepcionales en CAE, labio superior, glándula lacrimal, espacio parafaríngeo, mejilla, laringe y cuello. En el paladar, puede desarrollarse una amplia variedad de tumores procedentes del tejido conectivo y epitelial, alrededor del 44% surgen de las glándulas salivares menores. En el 49 al 65% son tumores benignos, casi todos adenomas pleomorfos, localizándose preferentemente en el paladar duro, cerca o en la unión con el paladar blando, como en nuestro caso.

Los tumores malignos, por tener una incidencia inversamente proporcional al tamaño de la glándula, suelen ser más frecuentes en las glándulas salivares menores (el 82% suelen ser malignos), mientras que la glándula parótida tiene un rango de benignidad de 4:1. La incidencia de tumores malignos en el paladar varía considerablemente según autores, constituyendo aproximadamente la mitad de los casos. Las variedades histológicas



más frecuentes son el cilindroma, carcinoma mucoepidermoide y carcinoma adenoide quístico.

El carcinoma epidermoide se localiza en el paladar blando. Puede aparecer a cualquier edad, desde la infancia a la senectud, con una edad media de 30 a 50 años y un pico a los 45 años. La edad media en tumores malignos de glándulas salivares menores es 5 a 6 años más que los tumores benignos.

Existe una predilección por los caucasianos. Referente al sexo, no suelen existir diferencias significativas, aunque para algunos tipos histológicos existe una predilección por el femenino, como se observó en nuestro caso; mujer de 45 años. La etiopatogenia es desconocida; si bien se acepta que infecciones crónicas, sustancias irritantes podrían ser factores desencadenantes del mismo, actualmente se relaciona con mutaciones cromosómicas. Se ha sugerido una predisposición familiar en los tumores de glándulas salivares, de presentación inusual, describiéndose sólo en algunos tumores como tumor de Warthin, lesión maligna linfoepitelial, carcinoma de células acinares, carcinoma de la glándula submandibular y adenoma pleomorfo de la glándula parótida (sólo existe tres casos en la literatura). Se ha identificado en éste último y en otros tumores sólidos la traslocación t(3-12) y (p21; q15) en el cromosoma 12q. Es posible que exista una predisposición genética hacia esta inestabilidad cromosómica, la cual sea la responsable de la alta recurrencia tras la exéresis quirúrgica del adenoma pleomorfo. También se ha relacionado con proteínas morfogenéticas óseas, o con una sobreexpresión del oncogen c-erbB2.

Algunos autores han apreciado un aumento reciente de la incidencia de tumores salivares malignos por una exposición prolongada e intensa de radiación ultravioleta.

Clínicamente, se presenta como una tumoración indolora, redondeada, regular y firme a la palpación, a veces multinodular con una consistencia irregular, con un ritmo de crecimiento muy lento, de menos de 3 cm, que excepcionalmente puede llegar a 7 cm. En nuestro caso las características clínicas de la lesión tuvieron concordancia, excepto el tiempo de evolución.

En el diagnóstico puede ser útil: sialografía, gammagrafía, ecografía (ecogenicidad mixta intratumoral), RNM mejor que la TAC (aunque muestra mejor las posibles calcificaciones), PAAF (posee una sensibilidad para la benignidad superior al 90%, que es menor para los tumores malignos), pero la que nos da el diagnóstico de certeza es el estudio histológico.

Microscópicamente presenta células epiteliales y elementos mesenquimatosos, que a diferencia de los tumores de las glándulas mayores, tienden a ser más celulares y con menos componente mixoide o condroide, localizándose en la profundidad de la submucosa.

Carecen de cápsula fibrótica (aunque poseen una cápsula muy fina), pudiendo dar una falsa apariencia de infiltración y explicando la alta recurrencia de los mismos.

Su tratamiento es quirúrgico, con amplia exéresis tumoral que contenga un pequeño margen de tejido sano circundante, para evitar recidivas, reservándose la radioterapia para las recidivas y casos inoperables.

Su pronóstico es excelente, si la escisión quirúrgica es adecuada. Es una de las pocas neoplasias que puede sufrir transformación maligna, por su tendencia a invadir y erosionar hueso. El riesgo de sufrir transformación maligna (2 al 9%) aumenta con la duración del tumor y con la edad del paciente (la edad media aumenta a 60 años), relacionándose con la presencia de células mioepiteliales eosinofílicas.

De ahí que a todo paciente se le debe informar de la posibilidad de que un tumor benigno pueda malignizar. No debemos fiarnos de la impresión clínica, pues la mitad de los tumores de las glándulas salivares menores son malignos y la mayoría son asintomáticos, por lo que ante toda masa en paladar se debe biopsiar para descartarlo (si es pequeño se extirpa directamente con la biopsia) y extirparse con amplios márgenes junto con la mucosa que lo recubre, y no utilizar dicha mucosa para cerrar la herida, así como un seguimiento periódico por la posibilidad de recidiva local y malignización.

Bibliografía

1. Speight PM, Barrett AW Salivary gland tumours. Oral Dis 8 (5): 229-40, 2002.
2. Salivary Gland Tumors in Jordan: A Retrospective Study of 221 Patients, Croatian Med J 1999;40:539-542
3. Ellis GL, Auclair PL Tumors of the Salivary Glands. Washington, DC : Armed Forces Institute of Pathology, 1996.
4. Translocation, deletion/Amplification, and Expression of HMGIC and MDM2 in a Carcinoma ex Pleomorphic Adenoma, American Journal of Pathology. 2002;160:433-440.
5. Pleomorphic adenoma gene 1 is expressed in cultured benign and malignant salivary gland tumor cells, Lab Invest. 1999 May;79(5):583-9.

6. Incidence of salivary gland cancer in the United States relative to ultraviolet radiation exposure, *Head Neck Surg.* 1988 May-Jun;10(5):305-8.
7. Campos JJ, Fontal M, Nuñez M, Ferrando MC. Tumores epiteliales de las glándulas salivares (72)
8. Adenoma Pleomorfo (Tumor Mixto). En: *Patología de las Glándulas Salivares. III Congreso de la Sociedad Valenciana de ORL y Patología Cérvicofacial* Dir: F Llopis y J Campos. Valencia, 1995;143-5.
9. Lopes MA, Kowalski LP, Da Cunha Santos G, Paes de Almeida O. A clinicopathologic study of 196 intraoral minor salivary gland tumors. *J Oral Pathol Med* 1999; 264-7.
10. Pradies Ramiro G, Pérez Quiroga M, Martín Alvaro C, Suárez García M. Adenoma Pleomorfo de glándulas palatinas: revisión, actualización y caso clínico. *avances en Odontología* 1999;15(7):377-84.
11. Coates HL, Kenneth D, et al. Glandular tumors of the palate. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* 1975;140: 589-93.
12. Becelli R, Frati R, Cerulli G, Perugini M, Frati A, Lannetti G. Pleomorphic adenoma of the minor glands of the palate. *J Exp Clin Cancer Res* 2001;20(1):25-8.
13. Jansisyanont P, Blanchaert RH, Ord RA. Intraoral minor salivary gland neoplasm: a single institution experience of 80 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;31:257
14. *Anales ORL Iber Amer* 2001;XXVII(3):293-9.
15. Nardone M, Ferrara G, Nappi O, Di Maria D, Villari G. Pleomorphic adenoma in unusual anatomic sites: case reports and review of literature. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2002;22:158-63.

Del Editor

LAS REFERENCIAS

Las referencias constituyen una parte fundamental de un manuscrito científico. las referencias seleccionadas por el autor reflejan su conocimiento del trabajo realizado por otros y que él ha consultado para realizar el suyo. Citar una referencia de una referencia, publicada previamente, sin revisar la publicación original es un mal método de investigación. Una publicación médica nunca debe citarse como referencia si el autor del nuevo manuscrito no la ha leído.

Los manuscritos con demasiadas referencias más que erudicción reflejan inseguridad. El hecho de leer una publicación mientras se está elaborando el manuscrito, no significa que deba ser citada como referencia; sólo deben incluirse aquellas que sean necesarias para dar al manuscrito, sustentando la información y los comentarios que se le atribuyen. Así como un buen párrafo no tiene palabras innecesarias, un buen manuscrito no tiene referencias innecesarias. la capacidad que tenga el autor para recolectar información es la clave del éxito de un trabajo científico.

Adaptado de: *Am. J. Cardiol* 1983; Mayo 1.

