

Adenoma pleomorfo de paladar

Pleomorphic adenoma of the palate

RESUMEN

Los tumores de glándulas salivares representan el 2-3% de todos los tumores. De ellos, sólo el 15-23% se localiza en glándulas salivares menores. El tumor de glándula salivar menor más frecuente es el adenoma pleomorfo. Se localiza principalmente en la parótida, pero cuando aparece en una glándula salivar menor, lo más común es que lo haga en el paladar.

Clínicamente, se observa un nódulo indoloro, firme, bien delimitado, de crecimiento lento. El diagnóstico se realiza mediante TC, RMN, PAAF o biopsia excisional de la lesión. El tratamiento de elección es la exéresis completa de la tumoración con márgenes sanos. Es importante diagnosticarlo porque se considera un tumor de bajo grado de malignidad, por sus límites mal definidos, su capacidad de recidiva y su potencial de malignización a largo plazo.

PALABRAS CLAVE:

Adenoma pleomorfo, tumor de glándula salivar.

SUMMARY

Salivary gland tumors are 2-3% of all human tumors. Minor salivary gland tumors represent 15-23% of all salivary neoplasms. Pleomorphic adenoma is the most frequent minor salivary gland tumor. It most commonly arises from the parotid, but when it appears in a minor salivary gland, the most common localitation is palate.

The clinical presentation is in the form of a firm and well delimited nodule. Diagnosis is made using TC, RMN, fine needle aspiration biopsy or excisional biopsy. Treatment of choice is wide surgical resection with wide margins. It's important to diagnose it because it's considered as a low grade malignancy tumor because of its poorly defined limits, high capacity to relapse and potential malignization over the long term.

KEY WORDS:

Pleomorphic adenoma, salivary gland tumor.

Caso Clínico

Mujer de 76 años de edad, con clínica de disfagia alta que ha aumentado progresivamente en el último año. En la exploración se observa una tumoración velopalatina derecha de aspecto angiomatoso que ocluye parcialmente la orofaringe.

En la TC con contraste se observa una tumoración de velo de paladar, que se extiende hacia la amígdala palatina. La RM refleja dicha formación de límites precisos, que mide 30 x 40 x 35 mm y que se extiende por el paladar blando, cruzando la línea media y ocluyendo parcialmente la orofaringe y la nasofaringe. La masa capta intensamente el contraste de forma heterogénea, sin poder precisarse vasos nutricios. No invade tejidos vecinos ni hay adenopatías locorregionales.

La imagen de la angiorresonancia es compatible con angioma, pero no se pueden descartar otras lesiones de carácter sólido. Se realiza una angiografía de ambas carótidas externas y sus ramas, sin apreciar malformación vascular dependiente de dichas ramas, por lo que no se realiza embolización.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica de la tumoración con amplios márgenes de seguridad y el

resultado de la anatomía patológica de la pieza es adenoma pleomorfo de paladar blando.

Discusión

Los tumores de glándulas salivares representan el 2-3% de todos los tumores¹, el 3-5% de los tumores de cabeza y cuello en el adulto^{1,2} y el 8% de los tumores de cabeza y cuello en los niños². Los tumores de glándulas salivares menores son infrecuentes y representan el 15-23% de todas las neoplasias de glándulas salivares^{2,3}.

Las glándulas salivares menores se distribuyen por toda la cavidad oral, pero se concentran especialmente en los labios y en el paladar. Es por esto que el 50% de los tumores de glándulas salivares menores aparece en esta localización, sobre todo el paladar duro^{3,4}. Aproximadamente, el 50% de ellos son benignos⁵. La edad de aparición más frecuente es en la 4ª-5ª décadas de la vida y sólo el 5-10% de los tumores de glándulas salivares menores afecta a pacientes de menos de 20 años⁶.

El más frecuente de ellos es el adenoma pleomorfo, seguido de cistoadenoma, mioepitelioma, sialoadenoma, adenoma de células basales y tumor de Whartin⁵.

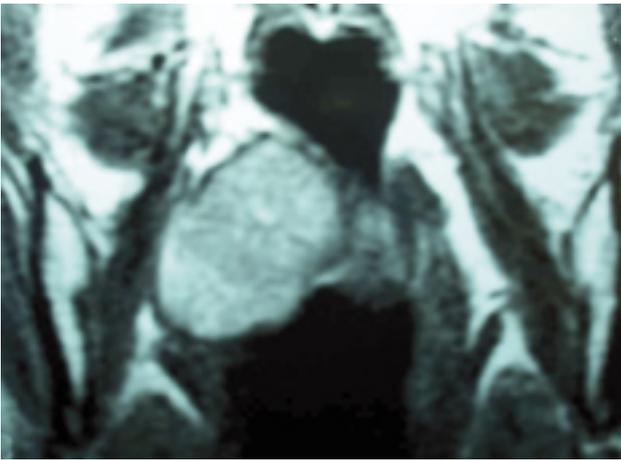


Figura 1: RMN, corte coronal, donde se observa el gran tamaño de la lesión.

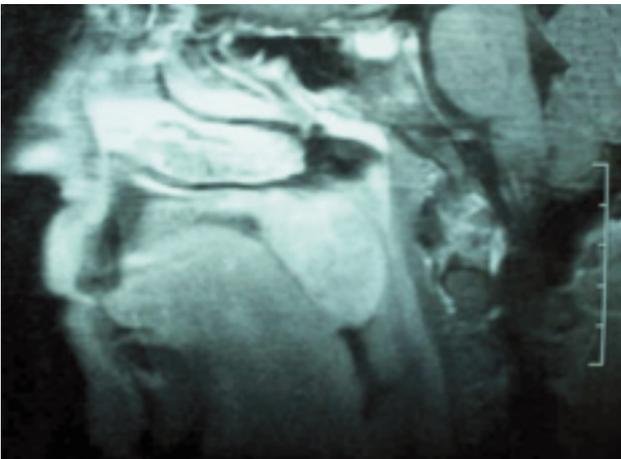


Figura 2: Imagen sagital que pone de manifiesto la relación de la lesión con las estructuras vecinas.

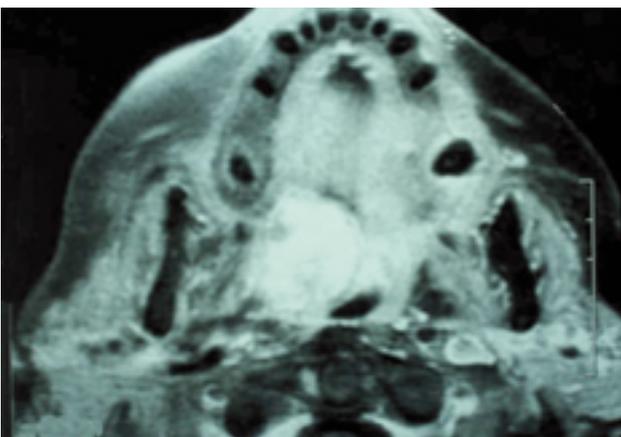


Figura 3: Imagen axial de RMN que demuestra cómo la lesión sobrepasa la línea media.

El adenoma pleomorfo es el 40-70% de todos los tumores de glándulas salivares^{2,7} y el 90% de las neoplasias benignas de glándulas salivares.

El 75-85% de los adenomas pleomorfos aparece en la parótida, representando el 60% de los tumores en esta glándula y sólo el 5% lo hace en glándulas salivares meno-



Figura 4: Tumoración submucosa en el paladar, que sobrepasa la línea media.



Figura 5: Exploración de la orofaringe de la paciente al mes de la intervención.

res¹. Cuando se forma en ellas, el lugar más frecuente es el paladar ya que es aquí donde se encuentra la concentración más alta de glándulas salivares menores del tracto aerodigestivo superior, seguido de mucosa labial, mucosa yugal, suelo de la boca, trigono retromolar y lengua^{2,3,5,6}. La edad en el momento del diagnóstico suele ser de 40-50 años, predominantemente en mujeres². El adenoma pleomorfo es también el tumor de glándula salivar más frecuente en niños, significando el 66-90% de todos los tumores de glándula salivar en ellos^{1,6}.

Algunos autores lo consideran como un tumor de bajo grado de malignidad por sus límites mal definidos, su presentación multifocal, su capacidad de recidiva y su potencial de malignización a largo plazo^{4,5}, que ocurre en el 2-9% de los casos y se asocia a lesiones de gran tamaño, de mucho tiempo de evolución o recurrentes². En el proceso de malignización, la transformación es a carcinoma indiferenciado o adenocarcinoma³.

Se llama tumor mixto o pleomorfo por la variada diferenciación celular, donde se observa una proliferación de células mioepiteliales que adoptan una estructura ductal o tubular en un estroma con apariencia condromixoide^{1,2,6}. Puede parecer encapsulado, pero su cápsula es incompleta, o está a menudo infiltrada por células tumorales, por tanto, es un tumor con mucha capacidad de implantabilidad. Si la

cápsula se rompe durante la exéresis, o si la exéresis no es suficientemente extensa, puede quedar tejido residual, o ser implantado, aumentando el riesgo de recurrencia^{1,6}.

Clínicamente, se trata de un nódulo indoloro de crecimiento lento, de superficie lisa y consistencia firme, bien delimitado, no adherido a planos superficiales ni profundos, recubierto por mucosa de aspecto normal, sin ulceración, inflamación cercana ni infiltración ósea^{2,5,6,7}. Los síntomas más frecuentes que suele causar, son la disfagia o la dificultad en la pronunciación.

Es muy raro que aparezcan infartos dentro de un adenoma pleomorfo de una glándula salivar. Puede ocurrir de forma espontánea, al comprimir la propia masa tumoral su aporte sanguíneo en su crecimiento, o tras una PAAF o una biopsia. La existencia de necrosis en el tumor, así como la ulceración, la sobreinfección, el sangrado interno ó externo que se manifieste con telangiectasias, el dolor o la aparición de adenopatías, sugiere malignidad.

Para realizar el diagnóstico de las masas en paladar, la ecografía parece ser la técnica inicial mejor en tumores menores de 3 cm, según algunos autores⁶. Cuando es mayor de 3 cm, o se sospecha malignidad, lo mejor es la TC o la RMN, que dan información precisa sobre localización, tamaño y extensión.

La TC es mejor que la RM para ver una posible afectación ósea, mientras que la RM por su parte, tiene más resolución para tejidos blandos y da mejor definición de la extensión y relación con tejidos adyacentes, siendo la mejor para determinar el grado de encapsulación y la posible infiltración⁴. En la RMN, el adenoma pleomorfo aparece con hiperintensidad homogénea en T2 y realce rápido, fuerte y heterogéneo en T1 tras la inyección de contraste⁴.

Las lesiones deben tener más de 1 cm de profundidad para hacer una punción con aguja fina(PAAF)^{6,7}. Su precisión varía, según distintos autores, desde un 80%⁶ hasta un 91.6%².

Un método más fiable que la PAAF, es la toma de una biopsia, que debe ser excisional, para evitar la siembra de células neoplásicas al realizarla^{6,7}.

Otros métodos de diagnóstico se basan en estudios inmunohistoquímicos, que resultan positivos para la proteína S100 y la citoqueratina y focalmente positivos para la actina de músculo liso¹.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el cistoadenoma, el tumor de Whartin, el neurofibroma, el hemangioma, el carcinoma mucoepidermoide o el rabdomiosarcoma.

El tratamiento de elección es la exéresis completa de la tumoración con márgenes de 2-3 mm de tejido sano circundante^{2,5,6}, lo que implica hacer un curetaje o fresado del periostio del hueso subyacente a la lesión, por la posible presencia de células tumorales en la superficie ósea^{6,7} y no a la infiltración ósea. Por último, se debe reparar y cerrar el defecto suturando la mucosa restante, o, si lo precisa, utilizando un injerto mucoso o miomucoso pediculado^{6,7}.

Uno de los riesgos tras la extirpación, es la formación de un defecto en el paladar, el cual podría ocasionar regurgitación nasal de la comida y los líquidos y problemas fonéticos, por insuficiencia velopalatina.

Si la técnica quirúrgica es la apropiada, la recidiva es menor del 5%², pero si la extirpación es incompleta, el porcentaje asciende hasta el 30%⁵. El intervalo de recurrencia hasta que aparece la recidiva es relativamente largo.

La radioterapia tras la extirpación quirúrgica permite disminuir la tasa de recurrencias, sobre todo si no es posible la extirpación completa². Otros autores, en cambio, prefieren reservarla para las recidivas y los casos inoperables³.

Como conclusión, debemos tener en cuenta que ante una masa indolora y firme en paladar, pueda tratarse de una neoplasia de glándula salivar menor y entre ellas, la más frecuente, el adenoma pleomorfo. Conocerla es importante para realizar una exéresis amplia y completa, incluyendo fresado del lecho óseo, previniendo así la recidiva de la lesión.

Bibliografía

1. Shaaban H, Bruce J, Davenport PJ. Recurrent pleomorphic adenoma of the palate in a child. *Br J Plast Surg*.2001 Apr;54(3):245-7.
2. Gallana Alvarez S, Mayorga Jimenez F, Herce López J, Díaz Delgado M. Adenoma pleomorfo intraoral. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac*.2006;28(1):63-66.
3. Paula Vernetta C, García Callejo FJ, Ramírez Sabio JB, Orts Alborch MH, Morant Ventura A, Marco Algarra J. Adenoma pleomorfo gigante de glándula salivar menor. Extirpación a través de un abordaje transoral. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac*.2008;30(3):201-204.
4. Ueda F, Suzuki M, Matsui O, Minato H, Furukawa M. MR findings of nine cases of palatal tumor. *Magn Reson Med Sci*.2005;4(2):61-7.
5. Pons Vicente O, Almendros Marqués N, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 18 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*.2008 Sep 1;13(9):E582-8.
6. Daniels JS, Ali I, Al Bakri IM, Sumangala B. Pleomorphic adenoma of the palate in children and adolescents: a report of 2 cases and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*.2007 Mar;65(3):541-9. Review.
7. Alkan A, Inal S. Closure of palatal defects following excision of palatal pleomorphic adenomas. *J Contemp Dent Pract* 2008 Sep;9(6):99-107.Review.

Correspondencia

Dra. Beatriz Ágreda Moreno
Urb. Parque Roma, bloque D-4, piso 7º D
50010 Zaragoza
e-mail: beagreda@hotmail.com