

Adenoma pleomorfo ectópico cervical

Cervical ectopic pleomorphic adenoma

RESUMEN

Presentamos un caso clínico infrecuente de un adenoma pleomorfo cervical ectópico, diagnosticado mediante citología y tratado quirúrgicamente mediante cervicotomía lateral, confirmándose el diagnóstico con el estudio patológico definitivo.

PALABRAS CLAVE:

Adenoma pleomorfo ectópico cervical, tejido salivar ectópico.

SUMMARY

We report an infrequent clinical case of pleomorphic adenoma developing in cervical ectopic salivary tissue, diagnosed by cytology and treated by lateral cervicotomy. This diagnosis was confirmed by the definitive pathology study.

KEY WORDS:

Cervical ectopic pleomorphic adenoma, ectopic salivary tissue.

Introducción

El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivares, localizándose normalmente en las glándulas salivares mayores, pero puede aparecer en glándulas salivares menores y en zonas donde exista tejido salival ectópico.

Caso Clínico

Mujer de 68 años, con antecedentes de alergia al contraste yodado, remitida a nuestro centro por presentar una tumoración cervical izquierda de 2 años de evolución.

La exploración mostró una tumoración redondeada de 2,5 cm en la región submandibular izquierda, por delante del borde anterior del esternocleidomastoideo y por detrás de la glándula submaxilar sin relación directa con ésta ni con la parótida, de consistencia dura, móvil, no adherida a planos profundos y no dolorosa a la palpación.

La Resonancia Magnética mostró una lesión nodular de 25 mm, hiperintensa en T2 e isointensa en T1, con captación de contraste, por dentro de la fascia cervical superficial (Figura 1a) y en la Tomografía Axial Computerizada la imagen era hipodensa y sin calcificaciones en su interior (Figura 1b).

La punción aspiración con aguja fina realizada fue compatible con adenoma pleomorfo.

Fue intervenida mediante cervicotomía lateral izquierda (Figura 1c), confirmando la patología el diagnóstico (Figura 2).

Sigue controles periódicos, sin evidencia de recidiva después de 6 meses.

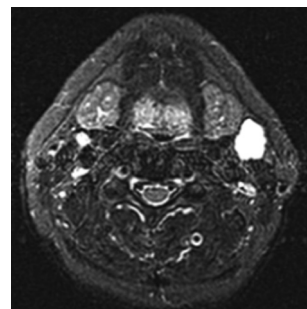


Figura 1a: RM lesión hiperintensa en T2. 1b: TAC: lesión hipointensa.



Figura 1b: TAC: lesión hipointensa.



1c: Foto quirúrgica.

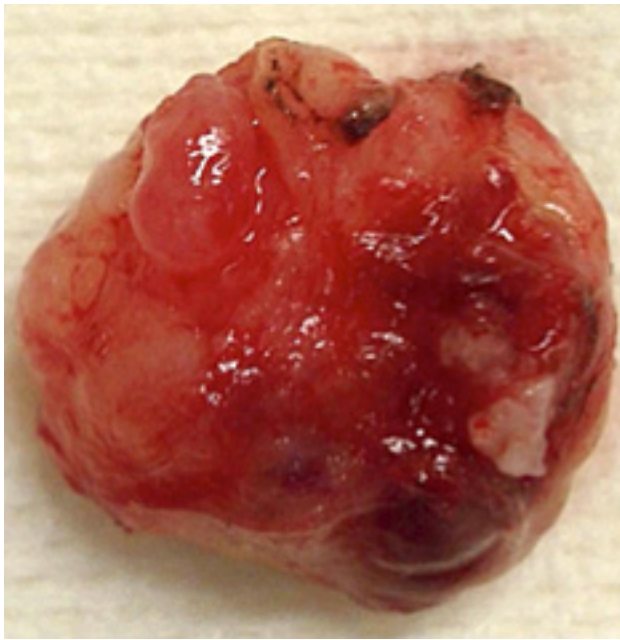


Figura 2a: Pieza quirúrgica.

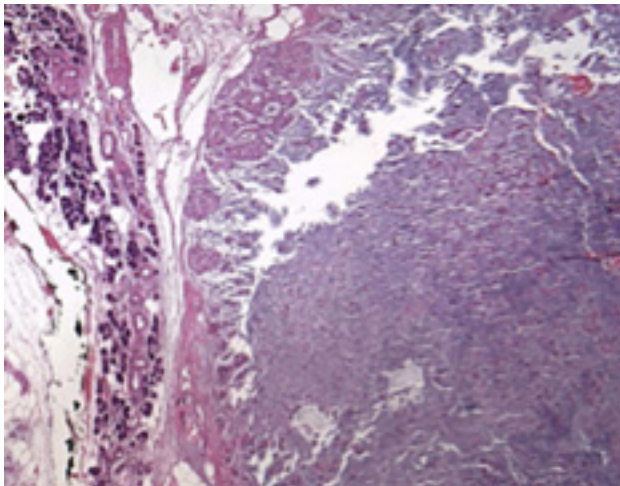


Figura 2b1: Presencia de parénquima de tejido salivar ectópico adyacente al tumor.

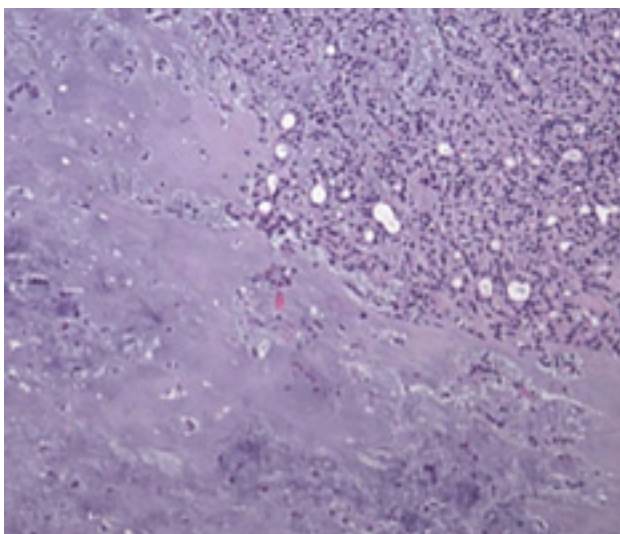


Figura 2b2: Tumor constituido por estructuras epiteliales de disposición ductal y trabecular y estroma condromixoide.

Discusión

El tejido salivar se localiza en las glándulas salivares mayores (parótida, submaxilar y sublingual) y menores de paladar, suelo de boca, mucosa labial, yugal, lengua, farínge y tracto respiratorio superior.

El tejido salivar localizado fuera de las glándulas salivares se denomina tejido salivar heterotópico o ectópico, pudiéndose encontrar en los ganglios linfáticos paratídeos¹, porción inferior anterolateral del cuello², oído externo o medio, mandíbula, cápsula de las glándulas tiroideas y paratiroides, hipófisis y ductus tirogloso^{3,4}.

La aparición de un adenoma pleomorfo en tejido salivar ectópico es poco frecuente. Pesaventa y Ferlito fueron los primeros en publicar la aparición de un adenoma pleomorfo cervical en el adulto⁴ y desde entonces se han publicado 18 casos^{5,6,7} y de éstos, 7 en niños⁶. A diferencia del tejido salivar cervical ectópico, que aparece habitualmente en la región inferior derecha del cuello, la localización más frecuente del adenoma pleomorfo cervical ectópico es superior izquierda^{6,7}, como en nuestro caso.

La clínica que presenta es la aparición de un tumor indoloro, de crecimiento lento y móvil.

Aunque las pruebas de imagen y el estudio citológico pueden orientarnos en el diagnóstico, es el estudio histológico quién lo confirma.

El tratamiento consiste en la extirpación completa de la tumoración⁵, así como control del paciente, dada la posibilidad de malignización y de recidivas.

Aunque sea infrecuente, hemos de considerar este diagnóstico ante la aparición de una tumoración cervical.

Bibliografía

1. Batsakis, JG. Heterotopic and accessory salivary tissues. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1986; 95: 434-5
2. Youngs LA, Scofield HH. Heterotopic salivary gland tissue in the lower neck. *Arch Pathol* 1967; 83: 550-6
3. Pesavento G, Ferlito A. Benign mixed tumor of heterotopic salivary gland tissue in upper neck. *J Laryngol Otol* 1976; 90: 577-84
4. Goodman RS, Daly JF, Valensi Q. Heterotopic salivary tissue and branchial cleft sinus. *Laryngoscope* 1981; 91: 260-4
5. Rodgers GK, FelderH, Yunis EJ. Pleomorphic adenoma of cervical heterotopic salivary gland tissue. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 104: 533-6
6. Claros P, Turcanu D, Claros A Jr, Claros A, Vila Torres J. Adenoma pleomórfico en tejido salivar ectópico en el niño. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2000; 51(6): 543-7
7. Ashraf MJ, Azarpira N, Khademi B. Diagnosis of pleomorphic adenoma in a heterotopic gland: a case report. *Acta Cytol* 2007 Mar-Apr; 51(2): 197-9

Correspondencia

Dra. Yolanda Escamilla Carpintero
Poliol, 1
08192 SANT QUIRZE DEL VALLES. Barcelona