

# Adenoma pleomorfo de fosa nasal

AUTORES

Alvarez-Montero OL\*

García de Pedro F\*

Coello Casariego G\*

Perez Ortín M\*

Domingo-Carrasco C\*

Gimeno Aranguéz M\*\*

\*Servicio de ORL

\*\*Servicio de Anatomía Patológica.  
Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Pleomorphic adenoma of the nasal cavity

## RESUMEN

Los adenomas pleomorfos de fosa nasal son infrecuentes. Describimos el caso de una mujer blanca de mediana edad, que se presentó en nuestro Servicio de ORL, con una historia prolongada de obstrucción nasal y epistaxis. Tras los estudios de imagen y biopsia previos, se realizó la exéresis endoscópica de la masa nasal dependiente del tabique nasal. El diagnóstico anatomopatológico fue de adenoma pleomorfo. Discutimos los hallazgos y manejo clínico de esta entidad.

## PALABRAS CLAVE:

Adenoma pleomorfo. Fosa nasal. Tabique nasal. Resonancia magnética.

## SUMMARY

*Pleomorphic adenomas of the nasal cavity are rare. We describe the case of a middle - aged white woman who presented to our ENT Service with a long history of unilateral nasal obstruction and epistaxis. Preoperative imaging and biopsy was performed, and the patient underwent surgical endoscopic excision of the mass arising from the nasal septum. Pathologic diagnosis was pleomorphic adenoma. We discuss the features and management of this entity.*

## KEY WORDS:

*Pleomorphic adenoma. Nasal cavity. Nasal septum. Magnetic resonance imaging.*

## Introducción

Los adenomas pleomorfos asientan habitualmente en la glándulas salivares mayores. Sólo un 6,5 - 23% de los adenomas pleomorfos afectan a las glándulas salivares menores, siendo excepcionales en el tracto respiratorio superior<sup>1,5</sup>. Se describen en la fosa nasal, aunque también se han comunicado en seno maxilar, nasofaringe, laringe y tráquea<sup>1,2</sup>. Sólo el 9,6% de los tumores de glándulas salivares menores o accesorias asientan en la fosa nasal, siendo más frecuentes en paladar duro y blando, mejilla, lengua y labios, con una mayor incidencia de malignidad frente a las localizaciones en glándulas salivares mayores<sup>5</sup>. Suelen comunicarse casos aislados y aunque disponemos de tres series más largas, de 40 casos en 1973 de Spiro y colaboradores, 41 casos de Compagno y Wong en 1977 y 41 Suzuki en 1990, que Wakami y colaboradores incrementan hasta 59 en 1996, recogidos en Japón<sup>2,5,7</sup>. Los adenomas pleomorfos de fosa nasal tienen su origen el 82,5-91% en el septum y sólo un 9,8 - 17,5% se originan en la pared lateral de la fosa nasal, a pesar de que en ella asientan mayor cantidad de glándulas accesorias, con varias teorías sin que sepamos realmente la causa<sup>1,3,5,7,9</sup>.

## Caso Clínico

Mujer blanca no fumadora, de 52 años, con obstrucción nasal derecha, epistaxis de repetición y ocasional epifora de 8 meses de duración, remitida por el servicio de Urgencias a consulta ORL por epistaxis. La tomografía axial (TAC) reveló una masa de partes blandas sugerente de pólipo coanal que desplaza el septum nasal. Fue biopsiada y se solicitó una resonancia magnética (RM). La Resonancia mostró una masa polipoide de de 3,2 x 1,6 x 3,3 cm, hipointensa en T1, hiperintensa en T2 y Stir (short time inversión recovery), con importante realce heterogéneo tras la administración de gadolinio intravenoso. Se observan áreas de ausencia de señal en el interior que se interpretan como vasos. Se informa de masa de tercio medio de fosa nasal derecha hipervascular polipoide (Fig. 1).

La biopsia se informó de proliferación celular de morfología "plasmocitoide y mixoide", con rasgos morfológicos e inmunohistoquímicos de diferenciación mioepitelial, que sugieren un tumor de tipo glándula salivar mioepitelioma/adenoma pleomorfo. El tratamiento fue la exéresis endoscópica de la masa nasal con implantación en mucosa septal derecha, realizándose una resección subpericondral.

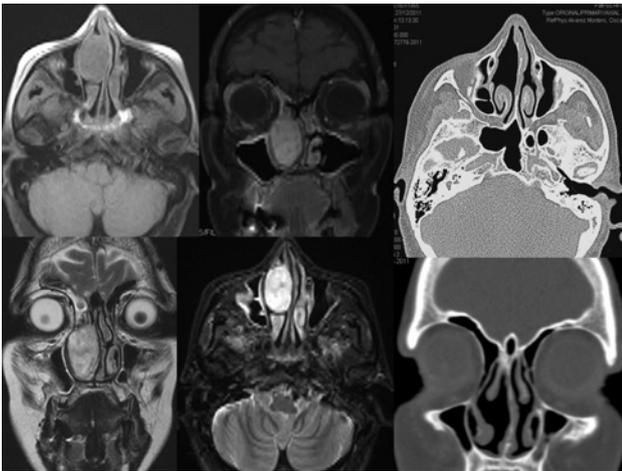


Figura 1: Imágenes de Resonancia preoperatoria en T1, T2 y con gadolinio i.v. y TAC a los 4 años de la intervención.

La anatomía patológica describe una neoplasia de estroma mixoide laxo abundante, con focos de transformación condroide, con nidos, placas y células sueltas y ocasionales conductos, constituidos por células de morfología regular de hábito plasmocitoide, citoplasma eosinófilo, sin atipias marcadas y con algunos focos de metaplasia escamosa. Revestimiento de mucosa respiratoria. El diagnóstico anatomopatológico de adenoma pleomorfo con componente mioepitelial predominante en fosa nasal derecha (Fig. 2). Con técnicas de inmunohistoquímica (IHQ): CKAE1-AE3 + / S-100 + / Actina focal +/- EMA - / e índice de proliferación celular Ki 67: 5%. Pasados casi 4 años asintomática, la endoscopia y la TAC actual muestra alteración de la morfología de la fosa nasal sin alteraciones de mención.

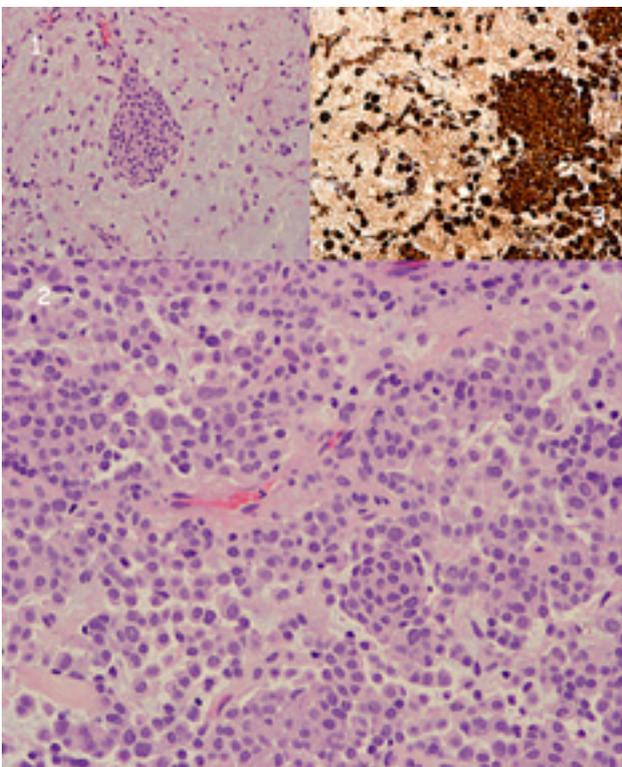


Figura 2: 1.- Adenoma pleomorfo nasal con doble componente mioepitelial y fondo mixoide. Nódulo mioepitelial sobre fondo mixoide (HE x200). 2.- Abundante componente mioepitelial sólido (HE X 200). 3 - Expresión IHQ de proteína S100 (x 200).

## Discusión

La glándula parótida es la localización preferente de los adenomas pleomorfos (65 - 80%)<sup>10</sup>. En localización nasosinusal se describen más de un centenar de casos en la literatura y solamente en cuatro de ellos se ha encontrado degeneración maligna<sup>10</sup>.

La clínica de obstrucción nasal y epistaxis es inespecífica. Las algiás faciales, complicaciones orbitarias o deformidad facial pueden hacer sospechar malignidad<sup>10</sup>. La sintomatología más frecuente es la obstrucción nasal unilateral en el 71%<sup>1,3,7</sup>. Menos frecuentes son la epistaxis en el 56%, sinusitis o rinorrea, tubaritis, síntomas oftálmicos como epifora en nuestro caso, o cefaleas y algiás faciales<sup>1,2,6,7,11</sup>. El retraso diagnóstico desde el comienzo de la sintomatología es variable y suele ser inferior al año 1. Predominan ligeramente en mujeres y entre la tercera y sexta décadas de vida, aunque pueden aparecer a cualquier edad<sup>1,2</sup>.

El diagnóstico diferencial de un adenoma pleomorfo nasal incluye lesiones benignas y malignas como pólipos benignos y pólipos antrocoanales, papiloma invertido, hamartomas, angiofibroma juvenil, encefaloceles, carcinoma escamoso, condrosarcoma, adenocarcinoma, estioneuroblastoma, melanoma, condromas y carcinoma adenoide quístico<sup>1,12</sup>.

Se describen como masas polipoides, exofíticas, polilobuladas a veces, firmes y a veces friables, grisáceas, amarillentas, rosadas o rojizo marrón, de amplia base de implantación y con un tamaño de 0,5 a 7 cm.<sup>1,2</sup>

La TAC mostrará la masa heterogénea de partes blandas de crecimiento lento con ausencia de lisis óseas en caso de benignidad y características inespecíficas. Raramente encontramos calcificaciones<sup>9</sup>. Las lesiones líticas nos harán sospechar malignidad<sup>10</sup>. La Resonancia magnética muestra una masa con de bajo realce a medio, heterogéneo en T1 y realce intermedio a alto en T2, clásica, en los adenomas pleomorfos<sup>1,9,10,12</sup>. El componente epitelial puede mostrar un bajo realce en T2<sup>9,12</sup>, que es el que suele predominar en los adenomas de fosa nasal, mientras que si predominase el componente estromal podría ser alto el realce en T2<sup>9,12</sup>. Puede verse a veces una cápsula hipointensa en T2<sup>12</sup>.

Histológicamente se puede observar como en nuestro caso, mayor celularidad y con mayor componente epitelial que estromal condroide, mixoide y de colágeno que en los adenomas pleomorfos de parótida<sup>1,2,11</sup>. La malignización en la cavidad nasal se ha comunicado en un 2,4 -10%<sup>1,6,8,10</sup> siendo la variedad más común el carcinoma ex adenoma pleomorfo<sup>1</sup>, en el que hay malignización del componente epitelial únicamente y el tumor mixto maligno más raro con malignización de ambos componentes, epitelial y estromal. Las metástasis predominan después del hígado, en pulmón y linfáticos regionales<sup>1,3,5</sup>.

Con técnicas de IHQ la expresión de citoqueratina, actina muscular y proteína S100 en las células confirman la composición mioepitelial predominante del tumor<sup>8</sup>.

El tratamiento es la escisión local amplia, sin agresividad innecesaria, pero con márgenes libres<sup>2</sup>. Se han comunicado abordajes transpalatino, con osteotomía tipo LeFort I, mediante rinotomía lateral, deglobing mediofacial combinado o no con la translocación facial clásica o modificada, y también el abordaje endoscópico intranasal que es más empleado actualmente en casos de benignidad<sup>1,13,14</sup>. Este abordaje en manos expertas reduce notablemente la morbilidad, tiempo de hospitalización y secuelas, sin mayor riesgo de recidiva local<sup>1,13</sup>.

Se precisa seguimiento prolongado para evitar recurrencias (<10%) que pueden presentarse muchos años después<sup>1,2,11</sup>, aunque con menor frecuencia que en adenomas pleomorfos de parótida (<50%) o en otras localizaciones de glándulas salivares menores (<25%)<sup>2,3,12</sup>. Este bajo porcentaje de recidiva local ha querido relacionarse con el predominio de la celularidad epitelial frente al componente estromal de las localizaciones nasales<sup>2,3</sup>.

## Conclusiones

El adenoma pleomorfo es una tumoración nasal infrecuente de sintomatología inespecífica durante varios meses antes del diagnóstico, en la que también debemos pensar.

La endoscopia y biopsia pueden orientar el diagnóstico previo, pero se precisa el estudio con la TAC y RM para despistaje de lesiones osteolíticas y de sospecha de malignidad que nos obliguen a planificar un abordaje más agresivo y extenso.

El tratamiento actual de elección es el endoscópico con márgenes libres y su seguimiento clínico y endoscópico debe hacerse durante años en estos tumores de escasas recurrencias o metástasis, a veces muy tardías.

## Bibliografía

1. Acevedo JL, Nolan J, Markwell JK, Thompson D. Pleomorphic adenoma of the nasal cavity: a case report. *Ear Nose Throat J.* 2010;89:224-226.
2. Compagno J, Wong RT. Intranasal mixed tumors (pleomorphic adenomas): a clinicopathologic study of 40 cases. *Am J Clin Pathol.* 1977;68:213-218.
3. Tahlan A, Nanda A, Nagarkar N, Bansal S. Pleomorphic adenoma of the nasal septum: a case report. *Am J Otolaryngol.* 2004;25:118-120.
4. Sciandra D, Dispenza F, Porcasi R, Kulamarva G, Saraniti C. Pleomorphic adenoma of the lateral nasal wall: case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2008;28:150-153.
5. Spiro RH, Koss LG, Hajdu SI, Strong EW. Tumors of minor salivary origin. A clinicopathologic study of 492 cases. *Cancer.* 1973;31:117-129.
6. Suzuki K, Moribe K, Baba S. A rare case of pleomorphic adenoma of lateral wall of nasal cavity--with special reference of statistical observation of pleomorphic adenoma of nasal cavity in Japan. *Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho.* 1990;93:740-745.
7. Jackson LE, Rosenberg SI. Pleomorphic adenoma of the lateral nasal wall. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;127:474-476.
8. Gerson D, Helo J, Saiz E. A 25-year-old woman with epistaxis and a nasal mass. *Arch Pathol Lab Med.* 2005;129:e189-90.
9. Fushiki H, Morijiri M, Maruyama M, Motoshima H, Watanabe Y. MRI of intranasal pleomorphic adenoma. *Acta Otolaryngol.* 2006;126:889-891.
10. Yazibene Y, Ait-Mesbah N, Kalafate S, et al. Degenerative pleomorphic adenoma of the nasal cavity. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2011;128:37-40.
11. Gana P, Masterson L. Pleomorphic adenoma of the nasal septum: a case report. *J Med Case Reports.* 2008;2:349.
12. Ozturk E, Saglam O, Sonmez G, Cuce F, Haholu A. CT and MRI of an unusual intranasal mass: pleomorphic adenoma. *Diagn Interv Radiol.* 2008;14:186-188.
13. de Almeida J, Perez-Ordóñez B, Gullane PJ. Combined endoscopic transnasal and transoral excision of a rare nasopharyngeal pleomorphic adenoma: case report and review of the literature. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;38:E51-5.
14. Karakus MF, Ozcan KM, Dere H. Endoscopic resection of pleomorphic adenoma of the nasal septum. *Tumori.* 2007;93:300-301.

## Correspondencia

Dr. Oscar L. Alvarez Montero  
Najerilla, 10 - 4º A  
28231 LAS ROZAS (Madrid)  
E-mail: oscar.alvarez@salud.madrid.org