

# Adenoma pleomorfo con localización atípica

## Presentación de un caso clínico en trígono retromolar

ZUBILLAGA LUJÁN Y, BENITEZ JA, GIANNUNZIO GA\*

Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial III, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Recibido: 23/04/2011  
Aceptado: 05/07/2011

### Resumen

Las neoplasias de las glándulas salivales constituyen aproximadamente el 3% de todos los tumores de cabeza y cuello. La neoplasia más frecuente que involucra tanto a las glándulas salivales mayores como menores es el Adenoma Pleomorfo. Se presenta con mayor frecuencia en glándula parótida. En glándulas salivales menores, el paladar es el sitio de elección. Es un tumor indoloro, de crecimiento lento. El rango de edad de aparición es entre los 30 y 50 años y es más frecuente en el sexo femenino que el masculino con una relación de 2 a 1. Presentamos un caso clínico de muy baja frecuencia de aparición en cuanto a la localización en un paciente de sexo femenino de 67 años de edad a la que se le diagnosticó Adenoma Pleomorfo en la región del trígono retromolar.

**Palabras clave:** adenoma pleomorfo, tumor mixto, neoplasia benigna, tumores de glándulas salivales, glándulas salivales menores.

### Abstract

The salivary gland neoplasms constitute approximately 3% of all head and neck tumors. The most common neoplasm involving both the major and minor salivary glands is the Pleomorphic Adenoma. It occurs most frequently in parotid gland. In minor salivary glands, the palate is the site of choice. Tumor is painless, slow-growing. The age range is between 30 and 50 years and is more frequent in females than males with a ratio of 2 to 1. We report a clinical case of very low frequency of occurrence in regard to location in a female patient 67 years old that Pleomorphic adenoma was diagnosed in the region of the retromolar trigone.

**Key words:** pleomorphic adenoma, mixed tumor, benign neoplasm, salivary glands neoplasm, minor salivary glands.

### INTRODUCCIÓN

Las glándulas salivales son órganos exócrinos responsables de la producción y secreción de saliva.

Ellas comprenden a los tres pares de glándulas salivales mayores; parótida, submaxilar sublingual, y a las glándulas salivales menores. Estas últimas son numerosas y están ampliamente distribuidas a través de la boca y orofaringe.

Las neoplasias de las glándulas salivales alcanzan el 3% de todos los tumores y menos del 7% de las neoplasias que ocurren en la región de cabeza y cuello.<sup>1</sup>

Una amplia variedad de ellas, tanto benignas como malignas han sido identificadas y clasificadas (Cuadro 1).<sup>2</sup>

Aproximadamente el 80% de estos tumores se ubican en la glándula parótida; 10-15% en la glándula submaxilar, y 5-10% en la glándula sublingual y glándulas salivales menores. Tanto el 80% de las neoplasias de la parótida, como el 50% de los tumores submandibulares son benignos. En cambio, la mayoría de los tumores sublinguales y de glándulas salivales menores son malignos.<sup>3</sup>

El adenoma pleomorfo o Tumor Mixto es el tumor benigno de glándulas salivales más frecuente y representa alrededor del 89% de todas las neoplasias salivales. El 80% se desarrollan en la parótida y el 20% restante se reparte entre la glándula submaxilar y las accesorias.<sup>4</sup>

En las glándulas salivales menores, el paladar es el sitio de localización más frecuente, seguido por labio superior, mucosa bucal y región retromolar.<sup>5</sup>

El sexo femenino es más afectado que el masculino en una relación de 2 a 1 y el rango de edad de aparición se encuentra entre los 30 y 50 años, aunque la ocurrencia de esta patología en otros grupos etáreos también ha sido reportada.<sup>1</sup>

Con respecto a su presentación clínica, cuando se halla localizado en glándulas salivales menores, se observa

**Cuadro 1: OMS Clasificación histológica de tumores de glándulas salivales.**

Tumores malignos epiteliales	Tumores benignos epiteliales
Carcinoma de células acínicas	Adenoma pleomorfo
Carcinoma mucoepidermoide	Mioepitelioma
Carcinoma adenoquístico	Adenoma de células basales
Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado	Tumor de warthin
Carcinoma epitelial-mioepitelial	Oncocitoma
Carcinoma de células claras	Adenoma canalicular
Adenocarcinoma de células basales	Adenoma sebáceo
Carcinoma sebáceo	Linfoadenoma
Linfoadenocarcinoma sebáceo	Sebáceo
Cistoadenocarcinoma	No sebáceo
Cistoadenocarcinoma cribiforme de bajo grado	Papilomas ductales
Adenocarcinoma mucinoso	Papiloma ductal invertido
Carcinoma oncocítico	Papiloma intraductal
Carcinoma de conductos salivales	Sialoadenoma papilífero
Adenocarcinoma no especificado de otro modo	Cistoadenoma
Carcinoma mioepitelial	<b>Tumores de tejido blando</b>
Carcinoma ex adenoma pleomorfo	Hemangioma
Carcinosarcoma	<b>Tumores hematolinfoideos</b>
Adenoma pleomorfo metastático	Linfoma Hodgkin
Carcinoma de células escamosas	Linfoma difuso de células B
Carcinoma de células pequeñas	Linfoma extranodal marginal de células B
Carcinoma de células grandes	<b>Tumores secundarios</b>
Carcinoma linfoepitelial	
Sialoblastoma	

cambios mixoide, hialino o condroide.

El diagnóstico en este tipo de patologías está basado en la historia clínica y la exploración física, con el soporte de técnicas complementarias tales como la ecografía, resonancia magnética, tomografía computada y punción aspirativa con aguja fina. La combinación de la clínica con alguna de estas técnicas permite arribar a un diagnóstico presuntivo, el cual posteriormente deberá ser confirmado con el correspondiente estudio anatomopatológico.<sup>6</sup>

El tratamiento inicial en tumores benignos o malignos de glándulas salivales es quirúrgico y debe realizarse la resección de la glándula afectada. Si la extirpación del tumor es inadecuada puede haber recidiva sobre el 90% de los casos.<sup>7</sup>

como un aumento de volumen bien delimitado, liso, uniforme, nodular con una superficie y coloración normal. La lesión es típicamente asintomática y desplazable, usualmente única y sin adherencias tanto a planos superficiales como profundos. Su crecimiento es lento pero si no es tratado quirúrgicamente puede alcanzar un gran tamaño.<sup>6</sup>

A menudo el adenoma pleomorfo es encapsulado, pero debido a que la cápsula varía en espesor, la misma podría estar parcial o completamente ausente, también puede existir infiltración de células tumorales en la misma, hecho al que se le atribuye la responsabilidad de la aparición de recidivas; estas características son más frecuentes de observar en las glándulas salivales menores. Macroscópicamente es típicamente homogéneo, blanquecino o marrón claro, puede observarse una apariencia brillante si hay presencia de áreas cartilaginosas o mixocondroides. También podrían observarse áreas hemorrágicas o de necrosis.

El patrón microscópico diverso de esta neoplasia es uno de sus rasgos más característico pudiendo existir una notable diversidad histomorfológica de un tumor a otro e incluso en diferentes áreas de un mismo tumor. Está constituida por epitelio glandular dispuesto en islotes sólidos y/o estructuras de tipo ductal, células mioepiteliales de morfología variable y un componente tipo mesenquimático en el que pueden observarse

## CASO CLÍNICO

En el mes de octubre del 2008 concurre a la Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial III FOUBA un paciente de sexo femenino de 67 años de edad cuyo motivo de consulta fue un aumento de volumen a nivel del trigono retromolar del lado derecho de 3 meses de evolución. Al examen clínico se observó una lesión exofítica de forma ovalada. A la palpación presentaba consistencia firme, desplazable e indolora, recubierta por tejidos de apariencia normal (Fig. 1).

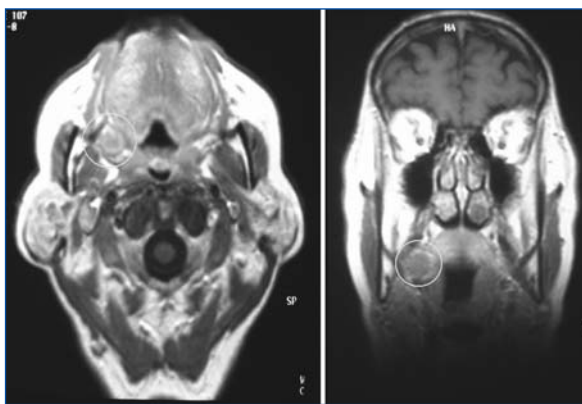
Se solicitaron estudios complementarios tales como radiografía panorámica, radiografía periapical de la zona y resonancia magnética nuclear (Fig. 2).

Dado las características clínicas de benignidad, localización y estudio por imágenes se definió un diagnóstico presuntivo de fibroma ó mioma. Bajo anestesia local, se llevó a cabo la biopsia excisional de la lesión. Se realizó una incisión longitudinal y divulsión por planos hasta la lesión, teniendo en cuenta la posible relación con el Nervio Lingual (Fig. 3). Macroscópicamente presentó al corte una superficie blanquecina con zonas amarronadas con una cápsula de espesor variable y ausente en algunas zonas (Fig. 4).

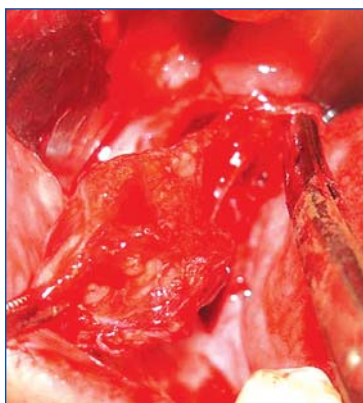
La pieza quirúrgica fue remitida al Laboratorio de Patología Quirúrgica de la Cátedra de Anatomía Patológica FOUBA. El estudio anatomopatológico reveló un patrón histomorfológico compatible con un adenoma pleomorfo.



**Fig. 1.** Se observa lesión exofítica de forma ovalada recubierta por tejidos de apariencia normal.



**Fig. 2.** Resonancia magnética corte axial y coronal donde se observa lesión bien delimitada de aspecto sólida ubicada en tejido blando en zona retromolar lateral sin invadir la mandíbula.



**Fig. 3.** Imagen intraquirúrgica donde se observa en la disección la relación con el nervio lingual.



**Fig. 4.** Macroscopía de la pieza quirúrgica.

## DISCUSIÓN

Yih y colaboradores, estudiaron retrospectivamente 213 casos de neoplasias en glándulas salivales menores, de los cuales 93 fueron adenomas pleomorfos, y solamente 2 se localizaron a nivel del trígono retromolar. Esto demuestra la baja incidencia en cuanto al sitio de localización de dicha patología.<sup>5</sup>

Si bien el rango de edad de aparición se encuentra entre los 30 y 50 años,<sup>1</sup> en nuestro caso ha ocurrido en un paciente de 67 años.

Estas patologías tienen una alta tasa de recurrencia (5-30%) cuando la resección quirúrgica es incompleta y además se deberá tomar en consideración la posibilidad de transformación maligna de las mismas.<sup>8</sup>

Hay que tener en cuenta que la proporción de tumores malignos en glándulas salivales menores es muy alta (50%) siendo las localizaciones más frecuentes, el piso de boca, el trígono retromolar, lengua y el labio inferior.<sup>8</sup>

Con respecto al caso clínico presentado, habiéndose realizado la excisión de la lesión y siendo el diagnóstico histopatológico de adenoma pleomorfo podría suponerse como más factible la posibilidad de recidiva. La malignización es muy poco frecuente.

Habrà que tener en cuenta los conceptos mencionados anteriormente llevándose a cabo controles periódicos. La aparición de signos tales como dolor, crecimiento acelerado, ulceraciones, adherencias a planos super-

ficiales y profundos y presencia de adenopatías cervicales; son característicos de malignización de la lesión.<sup>8</sup>

Por último, recordar que el diagnóstico debe complementarse con técnicas tales como la resonancia magnética. En este caso la hemos utilizado para determinar los límites de la lesión así como también el compromiso de los tejidos adyacentes.

Además tener en cuenta la posibilidad de realizar una biopsia punción aspirativa con aguja fina la cual permitiría orientarnos en caso de duda al diagnóstico de lesiones benignas o malignas.

## REFERENCIAS

1. Junu Ojha, BDS, Indraneel Bhattacharyya, DDS, MSD, Islam NM, BDS, Manhart S, DDS, MS, Cohen DM, DMD, MS, MBA, Gainesville FL, Billings MT. Intraosseous pleomorphic adenoma of the mandible: report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;104:e21-e26.
2. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization classification of tumours pathology and genetics head and neck tumours, Chapter 5 tumours of the salivary glands 2005;pp 210.
3. Celedon L, Ojeda Z, AgurtoV, OlavarriaL, Paredes W, Niklishek, E. Tumores de glandulas salivales. Experiencia de 20 años. *Rev Otorrinolaringl Cir Cab Cuello*; 2002;62: 255-264.
4. Dan Wang DDS, Yining Li DDS, Huawei He DDS, Laikui Liu DDS, PhD, Lanyan Wu DDE, PhD and Zhixiu He MD. Intraoral minor salivary gland tumors in a Chinese population: a retrospective study on 737 cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral*

Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, Feb 2008;105, 2:136-138.

5. Wei-Yung Yih, MS, Kratochvil, F, Stewart C.B. Intraoral Minor Salivary Gland Neoplasms: Review of 213 Cases. J Oral Maxillofac Surg 2005;63:805-810.

6. 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;Sep1; 13(9):E582-8.

7. García-Roco Pérez O. Tumores de glándulas salivales: Su comportamiento en 10 años de trabajo (1993-2002). Rev cubana estomatol sep/dic 2003.

8. Pons Vicente, O, Almendros Marqués, N, Berini Aytés, L, Gay Escoda, C. Minor salivary gland tumors: A clinicopathological study of 18 cases. Med Oral P Patol Oral Cir Bucal. 2008;Sep1; 13(9):E582-8.

#### **Dirección para correspondencia**

Marcelo T. de Alvear 2141  
(CP 1121) CABA, Argentina  
e-mail: cirugia3@odon.uba.ar