

ADENOMA PLEOMORFO EN LABIO SUPERIOR ADENOMA PLEOMORPH IN UPPER LIP

Centellas La Torre Hugo Alejandro¹, Velásquez Echeverría Julio Cesar²

¹Docente Facultad de Odontología, UAJMS ²Interno de la Facultad de Odontología, UAJMS

Correo electrónico: hugocent23@hotmail.com

Dirección de correspondencia: calle Bolívar # 1044 Esq. Av. La Paz.

RESUMEN

El adenoma pleomorfo es la neoplasia más común de las glándulas salivales mayores y menores, representa el 60% de todas las neoplasias de las glándulas salivales. Usualmente se presentan como masas asintomáticas de lento crecimiento. Una característica importante es que es un tumor con una encapsulación variable e incompleta. El labio superior es la segunda localización más frecuente del adenoma pleomorfo en las glándulas salivales. A pesar de que el adenoma pleomorfo es un tumor benigno, puede causar problemas en su tratamiento debido a su tendencia a recurrir y el riesgo de transformación maligna. Sin embargo, las recurrencias son raras en las glándulas salivales menores. El tratamiento efectuado fue una biopsia escisional con una evolución muy favorable al tratamiento quirúrgico.

PALABRAS CLAVE

Adenoma pleomorfo, glándula salival, escisión

SUMMARY

Pleomorphic adenoma is the most common salivary gland tumour and accounts for about 60% of all salivary neoplasms. Pleomorphic adenomas usually are slow-growing painless masses. An important characteristic is that it is a tumour of variable and incomplete capsulation. The upper lip is the second most frequent site of pleomorphic adenoma on salivary glands. Although pleomorphic adenoma is a benign tumour it can cause problems in clinical management due to its tendency to recur and the risk of malignant transformation. However, recurrences are rare in the minor glands. The effective treatment was an excisional biopsy with a very favorable evolution to the surgical treatment.

KEYWORDS

Pleomorphic adenoma, salivary gland, cleavage

INTRODUCCIÓN

Las glándulas salivales son órganos exocrinos responsables de la producción y secreción de la saliva. Comprenden a las tres glándulas salivales mayores: parótida, submandibular y sublingual, y a las glándulas salivales menores. Estas últimas son numerosas y están distribuidas ampliamente en la boca y la orofaringe, abundan en la unión del paladar duro y blando, en labios y mucosa bucal. Una característica importante es que carecen de cápsula.¹

ADENOMA PLEOMORFO

El adenoma pleomorfo es el prototipo de una neoplasia benigna que continuará con su crecimiento o nuevo crecimiento si no es completamente removida, pero no es capaz de producir metástasis.²

El adenoma pleomorfo es el tumor de las glándulas salivales más común y representa aproximadamente el 60% de todas las neoplasias de éstas.

El promedio de edad en su presentación es de 46 años, pero el rango va de la primera a la quinta década.

Entre el 64 y 80% de todos los tumores primarios epiteliales de las glándulas salivales ocurren en la parótida, del 7-11% en la glándula submandibular, poco menos del 1% en la sublingual, y del 9-23% en las glándulas salivales menores.^{1,3}

Los tumores benignos se representan del 54-79% y los malignos del 21-46%. La proporción de los tumores malignos varía según el sitio. Los tumores malignos comprenden del 15-32% en la parótida, 41-45% en la submandibular, 70-90% de la sublingual y el 50% de las glándulas salivales menores.

Muestra una ligera predilección por el género femenino. Aproximadamente el 80% de los adenomas pleomorfos se originan en la parótida, 10% en la glándula submandibular y 10% en las glándulas salivales menores de la cavidad oral, cavidad nasal, senos paranasales y tracto respiratorio superior.¹

El paladar es el sitio más frecuente para los tumores de glándulas salivales menores, con 42 al 54% de todos los casos encontrados en este sitio.

La mayoría de estos ocurren en la región posterior lateral del paladar duro-blando, sitio que concentra una gran cantidad de glándulas salivales menores, mientras que los labios son el segundo sitio más común (21 a 22% de los casos), seguido por la mucosa bucal, con 11 a 15%.^{3,5,6}

TERMINOLOGÍA ALTERNATIVA

Tumor mixto benigno.

FACTORES ETIOLÓGICOS

Poco es lo que se conoce sobre la etiología de estos tumores. A diferencia de otras neoplasias de la cabeza y del cuello, el tabaco y el alcohol no se relacionan con el desarrollo de cánceres salivales.

Tampoco se los asocia con una historia de parotiditis, litiasis o traumatismos como factores predisponentes. En cambio, se destaca que la radioterapia en bajas dosis favorece la aparición de tumores en las glándulas salivales.⁹

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La presentación clínica es una masa firme de lento crecimiento, móvil, no fija a los tejidos profundos, indolora y sin cambios en la textura, color o temperatura del tejido suprayacente, a menos que se encuentre ulcerada por trauma.⁸

El paciente puede ser consciente de la lesión por muchos meses o años antes de buscar un diagnóstico. Si el tumor es traumatizado, puede ulcerarse de forma secundaria.

A menudo son encapsulados, pero la cápsula varía en grosor y puede estar completa o parcialmente ausente, particularmente en los tumores de tipo mucoide.

Aquellos que se forman en las glándulas salivales menores usualmente tienen un desarrollo incompleto de la cápsula o ésta se encuentra ausente.¹

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dentro de los diagnósticos diferenciales, se encuentran el adenoma monomórfico, así como el adenoma canicular; este último comparte la localización de labio superior y puede ser multifocal.

También la comparte el fibroma traumático, mucocele, neurofibroma, lipoma, angioedema y quiste dermoide.⁷

Dentro de las neoplasias malignas se encuentran el carcinoma mucoepidermoide, carcinoma adenoideo quístico y adenocarcinoma sin especificar.

La malignización se relaciona con el tiempo de evolución de la lesión así como con la edad del paciente, encontrándose diez años desde el diagnóstico sin tratamiento como tiempo promedio de malignizar, así como la séptima década de la vida.¹¹

TRATAMIENTO

El adenoma pleomorfo es mejor tratado por escisión quirúrgica. En glándulas salivales menores la lesión suele ser fácilmente enucleada mediante una escisión local.

La transformación del adenoma pleomorfo a tumor maligno es raramente relatada y cuando esto ocurre, el tumor pasa a ser denominado carcinoma ex adenoma pleomorfo.⁴

Algunos signos de malignización son los cambios drásticos en la velocidad de crecimiento, adherencia a la piel y los planos profundos, así como dolor y parálisis facial en el caso de afectar la glándula parótida.⁷

La biopsia de los tumores de las glándulas salivales ha sido un tema controversial, debido a que las biopsias incisionales tienen la reputación de dispersar las células del tumor, llevando a una recurrencia local.

Es diferente al abordaje que se le da a la glándula parótida, en la cual la biopsia está contraindicada, y en donde la biopsia y la cirugía definitiva se hacen en un mismo tiempo.

Con la cirugía adecuada, el pronóstico es excelente, teniendo una tasa de éxito de más del 95%. El riesgo de recurrencia es bajo para tumores de las glándulas salivales menores.²

A continuación se presenta el caso clínico de un paciente de sexo masculino con un adenoma pleomorfo del labio superior.

CASO CLÍNICO

Se presenta a la Facultad de Odontología de la U.A.J.M.S, un paciente de 11 años de edad acompañado de su madre, con la preocupación de una masa asintomático en el labio superior, que lo tiene más de un año y no desaparece, no recuerda como apareció.

EXAMEN CLÍNICO BUCAL

En la observación se nota un ligero levantamiento en la zona, en la palpación se verifica una masa firme de lento crecimiento, móvil, indolora y sin cambios en la textura, color .8 (figura 1)

Historia Médica: buena salud general sin consideraciones a resaltar.



Fig. 1: Extraoralmente se observa un ligero aumento de volumen en el labio superior de lado derecho.

MATERIAL Y MÉTODOS

Una vez llenado la historia clínica, y realizado los exámenes auxiliares como ser la ecografía de partes blandas con doppler y exámenes de laboratorio, se realizó la programación de la cirugía.

Se utilizó clorhexidina al 2 % para la desinfección del campo operatorio, anestesia local con soluciones anestésicas de Lidocaína al 2 % con epinefrina de 1:80.000.

Para la incisión se utilizó bisturí con hoja número 11 y también electro bisturí. La muestra fue fijada y enviada en formol al 10 %.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

El informe de la ecografía de partes blandas con doppler fue de signos sugerentes de Quiste Sebáceo en labio superior al lado derecho. Doppler negativo.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Se procede al protocolo como una biopsia escisional, bajo anestesia local de la zona a intervenir, realizando una incisión lineal con hoja de bisturí número 11, permitiendo que se escindiera la lesión en su totalidad. (Figura 2)

Se realiza el lavado del lecho quirúrgico con solución fisiológica. (Figura 3)



Fig. 2: Incisión y observación de la lesión.



Fig.3: Lavado del lecho quirúrgico.

Una vez realizada la escisión completa, (Figura 4) se procede a fijar la muestra en formol al 10 %. (Figura 5) y es llevada para su estudio histopatológico con el Diagnóstico Presuntivo de Lipoma.



Fig.4: Escisión quirúrgica completa.

Se procede a la reposición de los tejidos con hilo reabsorbible 5-0. (Figura 6)

La medicación pos quirúrgica fue Ibuprofeno de 200 mg. Suspensión 1 frasco, con indicaciones de tomar 5 ml cada 6 horas durante 2 días.

Los controles pos quirúrgicos fueron a las 24 horas, 7 y 15 días, con un seguimiento y evolución muy favorable del caso. (Figuras 7, 8 y 9)



Fig.5: Muestra fijada y colocada en formol al 10%



Fig. 6: Reposición de los tejidos.



Fig. 7: Primer control posoperatorio (24 horas)



Fig. 8: Segundo control (7 días)

El informe histopatológico (Consultorio de Anatomía Patológica y Citopatología Dr. Hugo Galarza Subelza.) refiere a:

Descripción Macroscópica:

Se trata de formación nodular, consistencia blanda al corte, de color blanquecino grisáceo que mide 1.5 cm de diámetro mayor.

Descripción Microscópica:

Las secciones histológicas corresponden a tumoración constituida por células epiteliales con núcleos uniformes dispuestas en patrón monomórfico con la presencia de luces epiteliales ocupadas por material mucoso (mucina) separadas por tejido fibroconectivo con material de aspecto mixoide, por fuera la lesión se encuentra rodeada por tejido fibroconectivo a manera de capsula.

Diagnóstico:

Adenoma Pleomorfo de Glándula Salival. (Benigno)

DISCUSIÓN

El adenoma pleomorfo se presenta como una masa firme de crecimiento e indoloro. Los pacientes frecuentemente presentan la patología muchos meses o años antes de que sean diagnosticados. Puede presentarse en cualquier etapa de la vida siendo más común en jóvenes adultos entre la edad de 30 a 50 años.³

Aunque es una neoplasia benigna, el riesgo de transformación maligna se ha reportado en un 3-4%, como una entidad llamada carcinoma ex adenoma pleomorfo.¹²

Las lesiones benignas predominan en el labio superior, mientras que las malignas lo hacen en el labio.¹³

Al realizar el tratamiento se ha visto que el adenoma pleomorfo se presenta como una masa firme, móvil y asintomática de lento crecimiento con una incidencia del segundo lugar de aparecer en el labio superior.



Fig. 9: Tercer control (15 días)

CONCLUSIÓN

En el caso presentado, se realizó una escisión local sin causar deformidad ni necesidad de reconstrucción, con un cierre primario del lecho quirúrgico y sin ninguna complicación, evolucionando adecuadamente al tratamiento quirúrgico.

La inspección, la ecografía de partes blandas, la palpación, nos llevó a un diagnóstico presuntivo de la lesión, habiendo efectuado su correspondiente estudio histopatológico para obtener el diagnóstico definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization Classification of

Tumours. Pathology & Genetics Head and Neck Tumours. IARC Press; 2007, 254-258.

2. Marx RE, Stern D. Oral and maxillofacial pathology. A rationale for diagnosis and treatment. 1st ed. Quintessence Publishing Co. Inc.; 2003. pp. 528-533.
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. Oral and maxillofacial pathology. 2nd ed. Shanghai: Saunders Company; 2002. pp. 406-413.
4. SILVA M.S., KOSGODA K.M.K., TILAKARATNE W.N., MURUGADAS P.: A case of giant pleomorphic adenoma of parotid gland. Oral Oncology. (2004);40: 43 -5.
5. Pogrel MA. The management of salivary gland tumors of the palate. J Oral Maxillofac Surg. 1994; 52: 454-459.
6. Jansisyanont P, Blanchaert RH Jr. Intraoral minor salivary gland neoplasm: a single institution experience of 80 cases. Int J Oral Maxillofac Surg. 2002; 31: 257-261.
8. Wood N, Goaz P. Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. Lesions of the lips. 5th edition. 572-576.
9. Silverman S, Eversole R, Truelove E. Diseases of the salivary glands, Essentials of Oral Medicine. 273
10. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cirurgiamaxilo/tumoresglandulassalivales.pdf> DR. ROMEO FAZZINI. FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOS AIRES ARGENTINA.
11. Greenberg M, Glick M. Burket's oral medicine, diagnostic and treatment. Salivary Glands Diseases. 262-264.
12. Lingam RK, Dagher AA, Nigar E, Abbas SAB, Kumard M. Pleomorphic adenoma (benign mixed tumour) of the salivary glands: its diverse clinical, radiological, and histopathological presentation: British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2011; 49: 14-20.