

TUMOR PLEOMÓRFICO DE GLÁNDULA SUBMANDIBULAR

PLEOMORPHIC TUMOR OF SUBMANDIBULAR GLAND

Omar Félix Campohermoso¹, Hever Plati Tinta Mamani², Jenny Soraya Condori Guarachi³, Nicol Valle Estrada⁴, Flavio Condori Vargas⁵,¹Rodríguez, Médico Cirujano, Ginecólogo-Obstetra, Docente Emérito de Medicina UMSA.

^{2,3,5}Médico Cirujano UMSA.

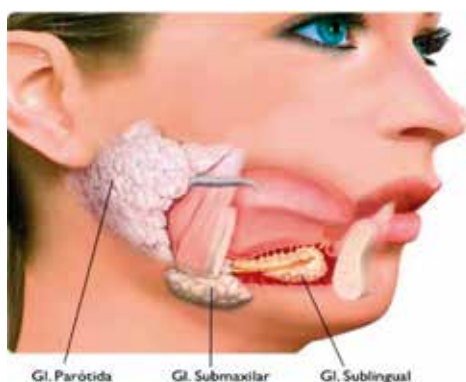
⁴Médico Cirujano, UPFT.

RECIBIDO: 07/10/2016
ACEPTADO: 28/10/2016

INTRODUCCIÓN

Las glándulas salivales se dividen en mayores y menores, encargadas de proveer el flujo salival. Las glándulas salivales mayores son: las parótidas, las submaxilares y las sublinguales y las glándulas salivales menores en abundante cantidad (entre 600 y 1000 distribuidas en la lengua, amígdalas, faringe, paladar, cavidad nasal, senos paranasales, laringe y tráquea). El conjunto de glándulas salivales alcanza a producir entre 1000 y 1500 cc de saliva por día y entre las enzimas de la saliva destaca la alfa-amilasa o ptialina, la cual se encarga de iniciar la digestión de los hidratos de carbono.

Figura N° 1
Glándulas salivales



FRECUENCIA DE TUMORES SALIVALES

Los tumores de glándulas salivales representan, aproximadamente, entre el 3 y el 6% de todos los tumores de la región de cabeza y cuello en

adultos,⁽¹⁾ y alrededor del 8% en niños.⁽²⁾

Los tumores salivales pueden desarrollarse en cualquiera de las glándulas salivales. El 80% de los tumores salivales se presentan en la parótida,⁽³⁾ el 10-15% en la glándula submaxilar⁽⁴⁾ y entre un 1% en la sublingual y 4-5% en las glándulas salivales menores.⁽⁵⁾ Respecto a los tumores malignos, la parótida se ve afectada en el 20% de los casos, 45% en la submandibular y glándulas salivales menores y 90% en la sublingual.⁽⁶⁾

El adenoma pleomorfo constituye el 85% de todos los tumores de glándulas salivales, y el 60% de los tumores de parótida, 50% de los tumores de glándula submandibular, 40% de glándulas sublinguales y el 50% de los tumores de localización palatina. El tumor de Warthin representa el 5 al 15% de los tumores de glándula salival y es el segundo tumor más frecuente de la parótida. El tumor salival maligno más frecuente es el carcinoma mucoepidermoide, que es el 10% de todos los tumores y el 35% de los malignos.⁽⁷⁾

CLASIFICACIÓN DE TUMORES SALIVALES

La clasificación documentada de tumores de glándulas salivales fue realizada por Froote y Frazell en 1953. Ellos presentaron 877 casos de tumores de glándulas salivales mayores y menores en el Memorial Hospital de Nueva York.⁽⁸⁾ A partir de este trabajo se han expuesto numerosas clasificaciones. En la actualidad se utiliza la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁹⁾ (Cuadro I)

Cuadro N° 1
Clasificación OMS de los tumores de glándulas salivales. 2005

Tumores epiteliales benignos	Adenoma pleomorfo
	Adenoma de células basales
	Tumor de Warthin
	Oncocitoma
	Adenoma canalicular
	Mioepitelioma
	Adenoma sebáceo
	Linfadenoma sebáceo y no sebáceo
	Papilomas ductales Papiloma ductal invertido Papiloma intraductal Sialoadenoma papilífero
Tumores epiteliales malignos	Carcinoma de células acinares
	Carcinoma mucoepidermoide
	Carcinoma adenoide quístico
	Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado
	Carcinoma epitelial mioepitelial
	Carcinoma de células claras
	Adenocarcinoma de células basales
	Carcinoma sebáceo
	Linfadenocarcinoma sebáceo
	Cistoadenocarcinoma
	Cistoadenocarcinoma cribiforme de bajo grado
	Adenocarcinoma mucinoso
	Carcinoma oncocítico
	Carcinoma del conducto salival
	Adenocarcinoma
	Carcinoma mioepitelial
	Carcinoma ex adenoma pleomorfo
	Carcinosarcoma
	Adenoma pleomorfo metastatizante
	Carcinoma de células pequeñas
	Carcinoma de células grandes
	Carcinoma linfoepiteal
Sialoblastoma	
Tumores de tejido blando	Hemangioma
Linfoma	Linfoma Hodgkin
	Linfoma B grande difuso
	Linfoma B marginal extraganglionar
Tumores secundarios	

CASO CLÍNICO

Paciente N.T.C. de sexo femenino de 55 años de edad oriunda del departamento de La Paz, acude a la clínica Paraná por presentar aumento de volumen en espacio submandibular izquierdo, de aproximadamente 7 años de evolución, asintomático. No refiere tratamiento alguno. Niega antecedentes personales patológicos y familiares. AGO: G: 4, P: 4, FUM: 40 años. Peso 60 kg. Talla

Al examen físico, paciente en buen estado general, consiente, cooperadora, orientada en las otras esferas mentales, piel y mucosas con adecuada coloración e hidratación. Fosas nasales, permeables. Cavidad oral, se observa procesos odontológicos en piezas dentales de arcada inferior.

Al examen de cuello, se evidencia masa tumoral en región submandibular izquierda, ovoide, de aproximadamente 5 x 4 cm de tamaño, cubierta con piel de características normales, a la palpación, presenta superficie regular, de consistencia dura, no dolorosa, bien delimitado y móvil (Figura N° 2),

Figura N° 2
Tumor Submandibular



LABORATORIO

Cuenta con biometría hemática completa, glicemia, creatinina y coagulograma en parámetros normales.

INFORME ECOGRÁFICO

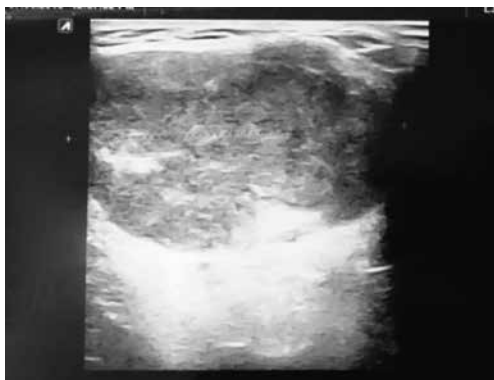
Tras barrido longitudinal y transversal en la región topográfica de la glándula submandibular izquierda, reporta masa ocupativa de forma irregular de 37x24x37 mm de tamaño aproximadamente, presentando contorno irregular con ecoestructura

heterogénea y vasos sanguíneos cerca de la periferia. Los planos tisulares circunvecinos se encuentran conservados.

Concluye en masa ocupativa en la región submandibular izquierda compatible con "adenoma pleomórfico de la glándula submandibular izquierda" (Figura N° 3).

Figura N° 3

Ecografía del Tumor Submaxilar



TRATAMIENTO

El tratamiento es quirúrgico, se procede a sialadectomía bajo anestesia local, con incisión lineal cutánea, en región submandibular de 6 cm de longitud, disección y divulsión por planos hasta

identificar pedículo, se identifica masa tumoral solitaria, unifocal, encapsulada de superficie lisa de 5x4 cm tamaño, además se reseca tejido circundante (Figuras N° 4, 5, 6, 7, 8, 9).

Se realiza hemostasia de lecho tumoral se aproxima por planos sin complicaciones. Se envía pieza operatoria para estudio histopatológico.

HISTOPATOLOGÍA

Hallazgos Macroscópicos: Material remitido consta de formación nodular de tejido de 4x3x2.5 cm. De superficie lisa acastañada, a los cortes es blanco granulosos grosero friable de consistencia firme.

Hallazgos Microscópicos: los cortes muestran glándula con neoplasia benigna caracterizada por la proliferación de células de citoplasma claro homogéneo y núcleos redondeados claros dispuestos a manera de cordones o ductos, están disociados por abundante estroma de tipo mixoide y condromatoso. La lesión está delimitada por capsula fibrosa.

Se concluye en adenoma pleomórfico de glándula submandibular.

DISCUSIÓN

El adenoma pleomorfo es la patología más común de las glándulas salivales y el mejor tratamiento para éste es la enucleación quirúrgica completa de la lesión, acompañada de la resección de la glándula implicada, para así reducir la probabilidad de recidiva y con ello el riesgo de malignización. El tratamiento se debe realizar previa revisión clínica del paciente con ayuda de estudios diagnósticos, como lo pueden ser la ecografía y en el mejor de los casos: tomografía axial computarizada o resonancia magnética nuclear

Los tumores benignos de las glándulas submaxilares son entidades raras. En esta glándula, aproximadamente la mitad de los tumores son benignos. Típicamente se desarrollan a partir de los acinos seromucinosos cuyo tipo histológico más frecuente es el adenoma pleomorfo.

El adenoma pleomorfo es el más frecuente de los tumores benignos de las glándulas salivales; representa el 80% de los tumores benignos y el 50% de todos los tumores de las glándulas salivales. Está compuesto fundamentalmente por

una proliferación de células mioepiteliales y por un amplio espectro de componentes del tejido epitelial y mesenquimal y rodeado de una nítida cápsula fibrosa.

El término pleomorfo hace referencia a la amplia variabilidad de la diferenciación parenquimatosa y estromal mostrada por las células tumorales. Este tumor afecta las glándulas mayores (parótida, submaxilar y sublingual) y las menores que se encuentran en paladar, labio, mucosa bucal y orofaringe.

Histopatológicamente, el adenoma pleomorfo está bien delimitada por la presencia de una marcada cápsula fibrosa; este rasgo es importante al momento de distinguir entre tumor benigno o maligno. Las células del tumor forman conductos, acinos, túbulos, o sábanas de células. Las células epiteliales son pequeñas y oscuras, cuboidales y fusiformes. Presentan tejido conectivo laxo, con frecuencia mixoide con islotes cartilaginosos. Otra característica es que las células tumorales pueden presentar dos patrones de diferenciación: ductal y mioepitelial.⁽¹¹⁾

CONCLUSIÓN

El tumor pleomórfico de glándula submandibular es menos frecuente en relación a la parótida y es el más benigno de los tumores de glándulas salivales. Están bien capsulados, pero es necesario realizar, aparte de extirpar el tumor, también la resección de parte del tejido glandular como previsión a recidivas.

Figura N° 4
Delimitación del Tumor



Figura N° 5
Incisión submandibular



Figura N° 6
Enucleación del Tumor



Figura N° 7
Avulsión del Tumor



Figura N° 8
Tumor Extirpado



Figura N° 9
Comparación del Tumor con una Pinza



REFERENCIAS

1. Biel, J. R., Aniceto, G. S., Escobar, J. S., & Martínez, V. M. Tumores de la glándula parótida. *Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. Capítulo, 50, 693-708.
2. Gander R. Guillén C. García JA. Tumores de glándulas salivales en la infancia. Importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz. *Cir Pediatr* 2014; 27: 57-61
3. Fernández MS. González j. García JP. et al. Tumores de parótida en niños. *Cir Pediatr* 2008; 21: 27-31
4. Celedón C. Ojeda JP. Agurto M. et al. Tumores de glándulas salivales. Experiencia de 20 años. *Rev otorrinolaringol cir cab-cuello*. 2002; 62: 255-264
5. García MDC. Alvarado JA. Villar RI. Adenoma pleomorfo de glándulas salivares en imagen. Granada: Ed. SERAM; 2012. Pág. 2
6. Zubillaga Y. Benítez JA. Giannunzio GA. Adenoma pleomorfo con localización atípica. *Revista de la Facultad de Odontología (UBA)* •Año 2011, Vol. 26, N° 61, 1-48
7. Barrientos M, Montoya LA. Liceaga CJ. Adenoma pleomorfo del paladar: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista ADM* 2014; 71 (2): 88-91
8. Toranzo JM. Colunga R. Amarillas RD. Mata JE. Incidencia de tumores benignos y malignos de glándulas salivales mayores en el Hospital Central de San Luis Potosí. *Revista ADM* 2008; LXV(6):291-295
9. Barnes L, Evesnon J, Reichart P, Sidranski D. World Health Organization classification of tumours. En: Barnes L, Evesnon J, Reichart P, Sidranski D, editores. *Pathology and genetics of head and neck tumours*. 2005. p. 210.
10. Alatorre S. González MJ. Montañó SA. et al. Adenoma pleomorfo de glándula submaxilar izquierda; reporte de un caso clínico. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*. Vol. 7, Núm. 1, Enero-Abril 2011. pp. 4-10
11. Kumar V. Abbas A. Fausto N. Mitchell R.. *ROBBINS Patología Humana*. 8° ed. Barcelona: Ed. Elsevier; 2008. Pág. 598