

## Adenoma pleomorfo operado por abordaje endoscópico

### Pleomorphic adenoma operated by endoscopic approach

Yamisel Rodríguez López<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2586-8394>

Oreste González Torres<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8478-082X>

Dairys Blanco Gámez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8827-6172>

Sandra Elizabeth Montúfar Paguay<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-2944-9931>

Álvaro Gabriel Peñafiel Urgilés<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8483-7948>

<sup>1</sup>Centro Nacional de Cirugía de Mínimo acceso. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [yamiselr@infomed.sld.cu](mailto:yamiselr@infomed.sld.cu)

## RESUMEN

**Introducción:** Los tumores de las glándulas salivales constituyen el 3 % de todas las neoplasias y del 1 al 6 % de las encontradas en cabeza y cuello. El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales mayores en la población pediátrica, principalmente la glándula parótida con una frecuencia del 70 al 80 %.

**Objetivo:** Describir tres casos con adenoma pleomorfo operado por abordaje endoscópico.

**Caso clínico:** Primer caso; paciente masculino de 18 años, con epistaxis y ligera obstrucción nasal unilateral de fosa nasal izquierda. Segundo caso; paciente masculino de mes y medio de edad, con persistencia de obstrucción nasal marcada y dificultad para su alimentación. Tercer caso; paciente femenina, 3 meses de edad con obstrucción nasal derecha. Al examen físico mediante nasofibroscopia rígida con lente de 0° se evidencia en todos: aumento de volumen de aspecto tumoral de color rosado brillante y de superficie lisa en la fosa nasal correspondiente.

**Conclusiones:** El adenoma pleomorfo es la neoplasia benigna más frecuente de las glándulas salivales mayores. Su presentación a nivel de la cavidad nasal es infrecuente sobretodo en la pared lateral del cornete inferior. Los estudios de imagen ayudan a establecer el tamaño y la extensión de la lesión que permitirá un tratamiento oportuno menos invasivo y con menor recidiva. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica con márgenes libres.

**Palabras clave:** adenoma pleomorfo congénito; cavidad nasal; cirugía endoscópica.

## ABSTRACT

**Introduction:** Salivary gland tumors constitute 3% of all neoplasms and 1 to 6% of those found in the head and neck. Pleomorphic adenoma is the most frequent benign tumor of the major salivary glands in the pediatric population, mainly of the parotid gland, with a frequency of 70 to 80%.

**Objective:** To describe three cases with pleomorphic adenoma.

**Clinical case:** First case; 18-year-old male patient with epistaxis and slight unilateral nasal obstruction of the left nostril. Second case; male patient a month and a half old, with persistent marked nasal obstruction and difficulty feeding. Third case; 3-month-old female patient with right nasal obstruction. On physical examination through rigid nasofibroscope with a 0° lens, it is evident in all; Tumor-like volume increase, pink, shiny, with a smooth surface in the corresponding nostril.

**Conclusions:** Pleomorphic adenoma is the most common benign neoplasm of the major salivary glands. Its presentation at the level of the nasal cavity is infrequent, especially on the lateral wall of the inferior turbinate. Imaging studies help establish the size and extent of the lesion; which will allow timely, less invasive treatment and less recurrence. The treatment of choice is surgical excision with free margins.

**Keywords:** congenital pleomorphic adenoma; nasal cavity; endoscopic surgery.

Recibido: 09/11/2022

Aceptado: 02/01/2023

## Introducción

Las glándulas salivales están constituidas por glándulas salivales mayores y menores. Las del primer grupo son: la parótida, submaxilar y sublingual. En el segundo grupo se encuentran alrededor de 450 a 700 glándulas localizadas alrededor del tracto aerodigestivo superior.<sup>(1)</sup>

De la totalidad de los tumores, los de glándulas salivales representan solamente un 3 % de todas las neoplasias y un 6 % de los tumores de cabeza y cuello. De los cuales entre un 10 al 15 % se pueden encontrar en las glándulas salivales menores y entre un 85 al 90 % en las mayores. Representa el 80 % de las neoplasias benignas, siendo el adenoma pleomorfo el más frecuente con un 75 %, <sup>(2,3,4,7)</sup>

La localización más frecuente del adenoma pleomorfo es la glándula parótida con un 80 %, seguida de la submaxilar en un 15 % y en menor cuantía en la sublingual y salivales menores (labios, paladar duro y blando, mejillas, tráquea, glándulas lagrimales, canal auditivo externo, cavidad nasal y espacio parafaríngeo) entre un 5 y un 10 %.

En relación con la cavidad nasal tienen su origen en las glándulas salivares accesorias y seromucosas. De acuerdo a la literatura consultada, el 20 % se presentan en el cornete inferior y la pared lateral, mientras que el 80 % se encuentra en el septum nasal. <sup>(2,4,5,6,7,8)</sup>

El primer reporte de un caso de adenoma pleomorfo en la cavidad nasal fue en el año 1929 por Denker y Kahler. En el año 1972 fue definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un tumor circunscrito, caracterizado por su apariencia pleomórfica o mixta, claramente reconocible entre tejido epitelial que se entremezcla con tejido de apariencia mucosoide, mixoide o condroide”. <sup>(2,9)</sup>

La sintomatología de esta enfermedad depende de su localización. Cuando se presenta en la cavidad nasal los síntomas predominantes son la obstrucción nasal y epistaxis. <sup>(2,3,6)</sup>

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico, el examen físico por nasofibroscoopia flexible, exámenes de imagen; como la ecografía, la tomografía computarizada (TC), resonancia magnética nuclear (RMN). El diagnóstico definitivo está dado por histopatología. <sup>(1,6,8)</sup>

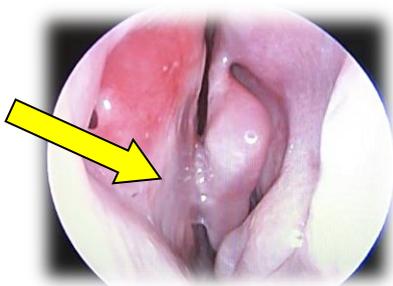
El tratamiento de elección se implementa mediante la exéresis quirúrgica con márgenes de seguridad. Se realiza un posterior seguimiento de frecuencia periódica en consulta externa por la alta probabilidad de recidiva. Se ha encontrado transformación maligna del adenoma pleomorfo entre el 1,5 al 23 % de los casos y se relaciona con el mayor tiempo de evolución de la enfermedad.<sup>(6,9,10)</sup>

## Casos clínicos

### Caso 1

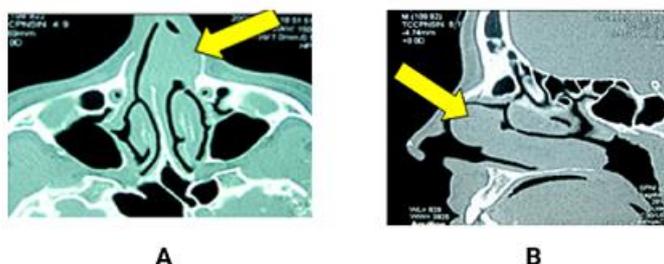
Paciente masculino de 18 años de edad. Acude a consulta de otorrinolaringología por presentar epistaxis y ligera obstrucción nasal unilateral de fosa nasal izquierda (FNI).

Al examen físico mediante nasofibroscopia rígida con lente de 0° se evidencia aumento de volumen de aspecto tumoral de color rosado, brillante, superficie lisa a nivel del *septum* nasal izquierdo en su porción media casi en contacto con el cornete medio ipsilateral, con tendencia al sangrado que obstruye parcialmente la FNI. La nasofaringe estaba libre de lesión (fig. 1).



**Fig. 1** - Imagen endoscópica mediante nasofibroscopia rígida.

Los estudios imagenológicos por tomografía computarizada (TC) axial y sagital de cráneo multicorte evidencian imagen hipodensa en región de *septum* *nasal* izquierdo, en contacto con cornete medio que obstruye parcialmente la fosa nasal izquierda (fig. 2 A y B).



**Fig. 2** - Tomografía computarizada: A. corte axial. B. corte sagital.

Se realiza exéresis transnasal video asistida a través de cirugía endoscópica de lesión tumoral en *septum* nasal porción media, reseccionando la totalidad del tumor con bordes quirúrgicos libres de tumor (fig. 3).



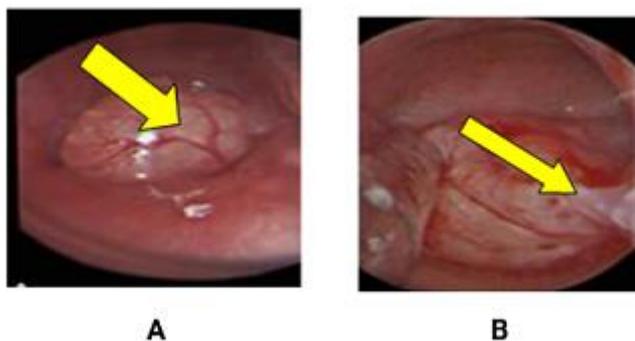
**Fig. 3** - Exéresis transnasal video asistida de lesión.

Se corrobora con anatomía patológica mediante estudio histopatológico adenoma pleomorfa de fosa nasal.

## Caso 2

Paciente masculino de mes y medio de edad. Remitido por persistencia de obstrucción nasal derecha marcada y dificultad para su alimentación.

Al examen físico de fosas nasales mediante nasofibroscopia rígida con lente de 0° se observa escasa secreción hialina por fosa nasal derecha (FND) y masa de aspecto tumoral exofítica de coloración rosa, brillante, redondeada, semiblanda que obstruye parcialmente la fosa nasal izquierda con extensión hacia las coanas (fig. 4 A y B).



**Fig. 4** – Examen físico mediante nasofibroscoopia rígida: A Adenoma pleomorfo en FND B: Pedículo de adenoma proveniente de septum nasal de FND.

En vías aéreas digestivas superiores (VADS) se constata a la bucofaringoscopia una lesión proveniente de la nasofaringe con las mismas características en contacto con paladar blando y úvula.

Los estudios imagenológicos por TC de cráneo multicorte muestran imagen hipodensa que mide aproximadamente 25,4 x 11,5 x 13 mm en nasofaringe de aspecto tumoral que obstruye totalmente la fosa nasal posterior derecha con extensión parcial hacia coana izquierda y desciende a orofaringe.

Se realiza exéresis trasnasal video asistida a través de cirugía endoscópica de lesión tumoral en septum nasal posterior derecho (fig. 5).



**Fig. 5** – Lesión tumoral.

Se corrobora el diagnóstico de adenoma pleomorfo de fosa nasal con anatomía patológica mediante estudio histopatológico.

### Caso 3

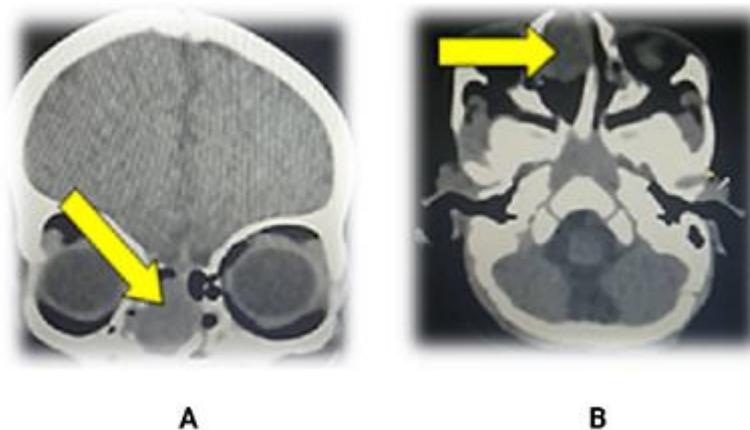
Paciente femenina de 3 meses de edad, con presencia de obstrucción nasal marcada y estudios preliminares de TC multicorte de fosas nasales sugestivas de lesión tumoral, constatados en el servicio de radiología.

Al examen físico mediante nasofibroscopia rígida con lente de 0° se evidencia aumento de volumen de aspecto tumoral de color rosado, brillante, de superficie lisa a nivel de pared lateral derecha en su porción media, que obstruye la luz de la misma fosa y desplaza el *septum* nasal hacia el lado contralateral, con tendencia al sangrado (fig. 6).



**Fig. 6** – Vista endoscópica de tumor en FND.

En estudios imagenológicos por TC de cráneo multicorte se evidencia imagen hipodensa en región de fosa nasal derecha, en contacto con pared medial que obstruye completamente la FND y desplaza el *septum* nasal hacia FNI contactando con el cornete medio (fig. 7 A y B).



**Fig. 7** – Tomografía computarizada de cráneo multicorte: A. Imagen hipodensa en FND B. Desplazamiento del *septum* hacia FNI.

Se realiza cirugía mínimamente invasiva con abordaje de pared lateral nasal derecha y exéresis de lesión compatible con adenoma pleomorfo de pared lateral nasal derecha.

## Discusión

El adenoma pleomorfo concierne a la neoplasia de potencial benigno más común de las glándulas salivales. Su localización más frecuente es en la parótida. En el tracto aerodigestivo superior los lugares más frecuentes de aparición son el paladar duro y el blando, seguido por labios, cavidad nasal, lengua, orofaringe y por último nasofaringe.<sup>(4,5,11)</sup>

Las neoplasias de las glándulas salivales menores en niños son raras: La literatura<sup>(6)</sup> menciona que solo un 5 % se han dado en pacientes menores de 20 años, siendo más común en el sexo femenino con relación de 2:1 y entre la cuarta y sexta década de vida. En pacientes pediátricos se puede observar que cuando aparecen en menores de un año de edad suelen ser tumores de origen vascular, sin embargo, cuando aparece en mayores de 10 años son tumores sólidos en su mayoría. No se ha hallado una correlación con exposición a compuestos químicos inhalados, ni laboral; pero se ha encontrado como factores de riesgo: la infección por el virus del Epstein Barr, infección por el virus de inmunodeficiencia humana, virus del papiloma humano y radiación exógena en cabeza y cuello.<sup>(2,5,6)</sup>

El adenoma pleomorfo es un tumor mixto, el cual microscópicamente carece de una capsula completa y es delimitado. Desde el punto de vista celular se compone por células mioepiteliales y epiteliales que se disponen formando planchas, ductos y cordones con focos de diferenciación escamosa. Su estroma puede ser tanto hialino, condroide, mixoide o laxo. El mixoide desarrolla una mayor tendencia a la recidiva.<sup>(6,7,10)</sup>

De acuerdo con la literatura,<sup>(2)</sup> el sitio más frecuente dentro de la cavidad nasal es el *septum* nasal con un 80 % y la cavidad nasal lateral en un 20 %. Tiene su origen glandular en las salivales accesorias y seromucosas presentes y en estadios avanzados puede invadir nasofaringe y senos paranasales.<sup>(2,3,4,6,12)</sup>

En cuanto a su origen diversas teorías proponen que el adenoma pleomorfo se origina del órgano vomeronasal y de sus remanentes, que se encuentra en el tabique cartilaginoso y sufre degeneración a través de la vida fetal temprana. Otra sugiere que se origina en el revestimiento del tabique nasal durante el segundo mes de gestación, que es el momento en que las células migran del mesodermo al ectodermo.<sup>(6,11,13)</sup>

Investigaciones actuales han encontrado translocaciones entre los cromosomas 3 y 8, que pueden ser responsables de la formación de tumores por la yuxtaposición del PLAG 1 y el gen de la  $\beta$ -catenina; lo cual provocaría proliferación celular.<sup>(5)</sup>

Su diagnóstico diferencial se realiza tanto con lesiones benignas como malignas: papiloma invertido, hamartomas, pólipos, angiofibroma nasofaríngeo juvenil, condrosarcoma, encefalocelos, adenocarcinoma, carcinoma escamoso, melanoma y carcinoma adenoideo quístico.<sup>(11)</sup>

La clínica que puede provocar es diversa de acuerdo con la localización y su tamaño, pues el crecimiento del adenoma pleomorfo es lentamente progresivo. Cuando es de localización nasal los autores difieren en relación con los porcentajes, sin embargo, los más comunes en orden de mayor a menor gravedad son: obstrucción nasal, epistaxis, deformación de la pirámide nasal, epífora y sinusitis crónica. Se han encontrado adenomas pleomorfos que miden desde 5 mm hasta 10 cm.<sup>(1,2,3,4,11)</sup>

Al examen físico se puede observar como una tumoración redonda u ovoide de coloración grisácea, amarillenta, rosada, o rojiza marrón, exofítica, de características polipoides, coloración grisácea, bordes irregulares, polilobulada con implantación con pseudocápsula por lo que muchas veces se le ha confundido con un pólipo nasal.<sup>(2,3,4, 10,11,13)</sup>.

Para llegar al diagnóstico, además de los hallazgos del examen físico, se necesita exámenes complementarios como ultrasonido, TC y resonancia magnética nuclear (RMN). El diagnóstico definitivo será dado por histopatología.<sup>(1,6,8)</sup>

En cuanto a los hallazgos imagenológicos, en la TC lo describen como una tumoración o masa lobulada, homogénea con densidad similar a los tejidos

blandos con focos de calcificación. Cuando es de gran tamaño se observa focos de necrosis sí se aplica contraste al estudio.

En la resonancia magnética nuclear se le observa como una masa con bordes delimitados, homogénea. En T1 presenta baja intensidad, en cambio en T2 se observa hiperintensa con bordes disminuidos que representan la capsula fibrosa circundante.<sup>(7,8)</sup>

El tratamiento se realiza mediante exéresis quirúrgica con márgenes libres por vía: *degloving facial*, rinotomía lateral o resección transnasal endoscópica, entre otras. La técnica se realiza en relación con la localización y tamaño del tumor. No obstante, la mayoría de los autores prefieren el abordaje endoscópico por la mayor visualización de los márgenes. Se recomienda el seguimiento prolongado en los pacientes por el riesgo de la recidiva, lo cual se ha visto en menos de un 10 % de los casos.<sup>(2,3,4,11)</sup>

La vía endoscópica es la de elección pues disminuye los días de hospitalización, aparece poco sangrado y menor cicatriz.<sup>(4)</sup>

Se concluye que el adenoma pleomorfo es la neoplasia benigna más frecuente de las glándulas salivales mayores. Su presentación a nivel de la cavidad nasal es infrecuente, sobretodo en la pared lateral del cornete inferior. Los estudios de imagen ayudan a establecer el tamaño y la extensión de la lesión; lo cual permitirá un tratamiento oportuno menos invasivo y con menor recidiva. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica con márgenes libres.

## Referencias bibliográficas

1. Bauta-Milord R, Góngora-Gómez O, Gómez-Vázquez Y. Caracterización clínica y anatomopatológica del adenoma pleomórfico de glándulas salivales. Universidad Médica Pinareña. 2020 [acceso 16/04/2022];17(2) Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/519>
2. Mercado J, Mercado V, Fernández I, Vallejos H. Adenoma pleomorfo del septum nasal, dos casos clínicos y revisión del tema. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza

- Cuello. Chile. 2011;71(1):65-70. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162011000100010>.
3. Osorio J, Rahal M, Cantero D, Castillo J. Adenoma pleomorfo del tabique nasal: Caso clínico. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. 2010;70(3):231-6. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162010000300006>
4. Abarca A, Peñaloza D, Urrutia A, Cancino M. Adenoma pleomorfo originado en pared lateral nasal: Reporte de un caso clínico. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. 2019;79(3): 341-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162019000300341>
5. Contreras W, Fernández C. Adenoma pleomorfo palatino en paciente pediátrico: reporte de un caso. Odontoestomat. 2017;11(2):147-50. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2017000200005>
6. Rodríguez Y, Quintero J, Mares N, Hernández M. Presentación inusual del adenoma pleomorfo congénito de fosa nasal en neonato. Rev Cubana Pediatr. 2022 [acceso 16/10/2022];94(1):e1500. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312022000100014&lng=es. Epub 08-Abr-2022](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312022000100014&lng=es. Epub 08-Abr-2022).
7. Leung C. Jai-sen, Aliaga D. Rodrigo, Villanueva G. Pablo, Callejas C. Claudio. Pleomorphic adenoma of the parapharyngeal space: a hidden entity. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. 2020;80(3):307-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162020000300307>.
8. González W, Wilson B, Steffens M. Adenoma pleomorfo en mujer joven: reporte de un caso. Odontoestomat. 2017;11(4):475-9. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2017000400475>
9. Bahbah S, Chbicheb S. Adenoma pleomorfo de la mejilla. Informe de caso con revisión. Odontoestomat. 2020;14(4):653-7. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2020000400653>.
10. Von Stecher F, Lewkowicz M, Bruno A, Damonte A, Avagnina A, García J. Adenoma pleomorfo con lipometaplasia: inesperada causa de obstrucción traqueal. Medicina (B. Aires). 2022 [acceso 16/10/2022];82(1):138-41. Disponible

en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802022000100138&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802022000100138&lng=es).

11. González R, Chávez G, Moreno O, Loom A. Adenoma pleomorfo nasal de origen septal. An Orl Mex. 2021;66(1):62-7. DOI:

<https://doi.org/10.24245/aorl.v66i1.4792>

12. Bhushan K, Dinesh M, Himani D, Mohit P. Pleomorphic Adenoma a Salivary Gland Tumor as Nasal Mass. Rarest Presentation. Glob J Otorr. 2017;3(3):555613

DOI: <https://doi.org/10.19080/GJO.2017.03.555613>

13. Henríquez V, Rodríguez J, Gomes A, Moura R, Fernández A, Fonseca R. Adenoma pleomorfo de septo nasal: caso clínico y revisión de la literatura. Acta Otorrinolaringol Gallega. 2017;10(1):1-7. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6121212.pdf>

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.