



REPORTE DE CASOS

Adenoma pleomórfico de rinofaringe. Reporte de dos casos y revisión de la literatura

Dr. René Weffer Abatti, Dra. Aiza Ibedaca Mariotti, Dr. Julio García V

Hospital Privado "Centro Médico de Caracas", San Bernardino, Caracas.

RESUMEN

Se presentan dos casos de tumores unilaterales de rinofaringe, en pacientes masculinos reportados entre enero de 2001 y febrero de 2004. Ambos con obstrucción nasal unilateral derecha progresiva y de tiempo de evolución entre 6 y 8 meses. Al examen físico con endoscopio flexible, se aprecia en ambos casos la presencia de una lesión de aspecto polipoideo, ubicado a nivel de coana derecha, la cual ocluye en su totalidad. Sin alteraciones en otras estructuras. Se realizan estudios imaginológicos: TAC y RMN, evidenciándose en ambos estudios la presencia de una lesión de ocupación de espacio en rinofaringe, no infiltrativa, no vascularizada, en relación con la pared lateral externa de la rinofaringe. Los pacientes se prepararon para realizar exéresis endonasal de lesión bajo visión endoscópica con óptica rígida de 0° 4 mm y disección-cauterización con electrodo de radiofrecuencia. En ambos casos el abordar la lesión se logró observar un pedículo de implantación a nivel de borde anterior de la trompa de Eustaquio. La piezas quirúrgicas extraídas se envían para análisis anatomopatológico. El resultado del estudio histológico fue: Adenoma pleomórfico (tumor mixto benigno), sin evidencia de alteraciones neoplásicas malignas. En ambos casos no ha habido recurrencia de la lesión, con seguimiento periódico posoperatorio. Describimos nuestra experiencia en el seguimiento y abordaje diagnóstico de los casos presentados siendo muy poco frecuentes; así como la revisión de los casos similares presentados en la literatura mundial.

Palabras clave: Adenoma pleomórfico, glándulas salivares menores, neoplasias.

ABSTRACT

We present two cases of unilateral tumors of rhinopharynx with progressive right nasal obstruction during 6 to 8 months and with the presence of polypoid lesion in the right coana that occluded the airway totally, without any other alterations. The lesions at CT Scan and MRI were no infiltrative, and no vascularized. The endonasal exceresis was performed by rigid endoscopic vision and were cauterized with radiofrequency. The implantation were in both cases at the Eustaquio tromp. The histology analysis demonstrated a Pleomorphic adenoma, a benign mix tumor, without malignant alterations. In both cases no recurrency of the tumor were observed in the periodic follow up. We describe our experience of these rare cases and review the literature.

Key words: Pleomorphic adenoma, salivary glands, tumors

INTRODUCCIÓN

Los adenomas pleomórficos o tumor mixto benigno, son las neoplasias benignas más comunes de las glándulas salivales mayores, afectando a las glándulas salivales menores de la cavidad oral sólo en el 8 % de los casos, fundamentalmente en el paladar, siendo muy poco habitual en otras localizaciones del tracto aerodigestivo superior (tracto nasosinusal, faringe, laringe, tráquea y glándulas lagrimales). La localización intranasal más común es a nivel del septum.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos dos casos de pacientes masculinos de 25 y 75 años, respectivamente, quienes consultan entre enero de 2001 y febrero de 2004 por obstrucción nasal unilateral derecha, progresiva de 4 a 6 meses de evolución. El paciente de 75 años refería sensación de plenitud óptica derecha, sin otro concomitante.

Al examen físico realizado con endoscopio flexible, se aprecia en ambos casos la presencia de una lesión de aspecto polipoideo, de superficie lisa, fria-

ble y de sangrado fácil a la manipulación, ubicado a nivel de coana derecha, la cual ocluye en su totalidad. El resto de las estructuras nasales no aportan datos positivos (Figura 1). La otoscopia no reveló datos significativos ni evidenció efusión en oídos medios de ambos pacientes.

La tomografía computada (TAC) (Figura 2) y la resonancia magnética (RMN) (Figura 3) evidencian lesión de ocupación de espacio en rinofaringe, de comportamiento no infiltrativo, no vascularizada, en

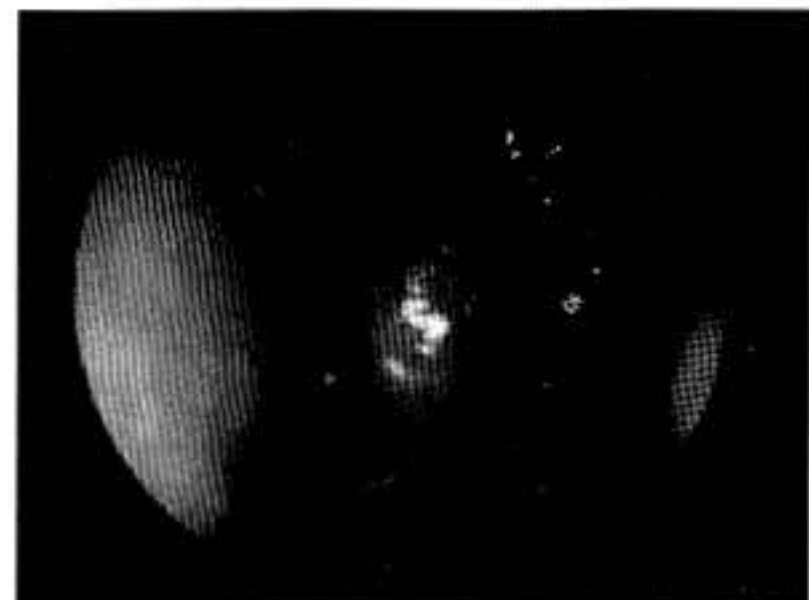


Figura 1. Visión endoscópica de la lesión nasal.

Dirección: Dr. René Weffer Abatti
Centro Médico de Caracas, Edif. Medicentro Anexo "C". Piso 2,
Cons. 2-C. San Bernardino, Caracas. e-mail: nosecare@cantv.net

Centro Médico 2006;51(1-2):5-7

relación con la pared lateral externa derecha, de la rinofaringe. No ocupa la fosa pterigomaxilar, ni desplaza la pared posterior del antro maxilar correspondiente.

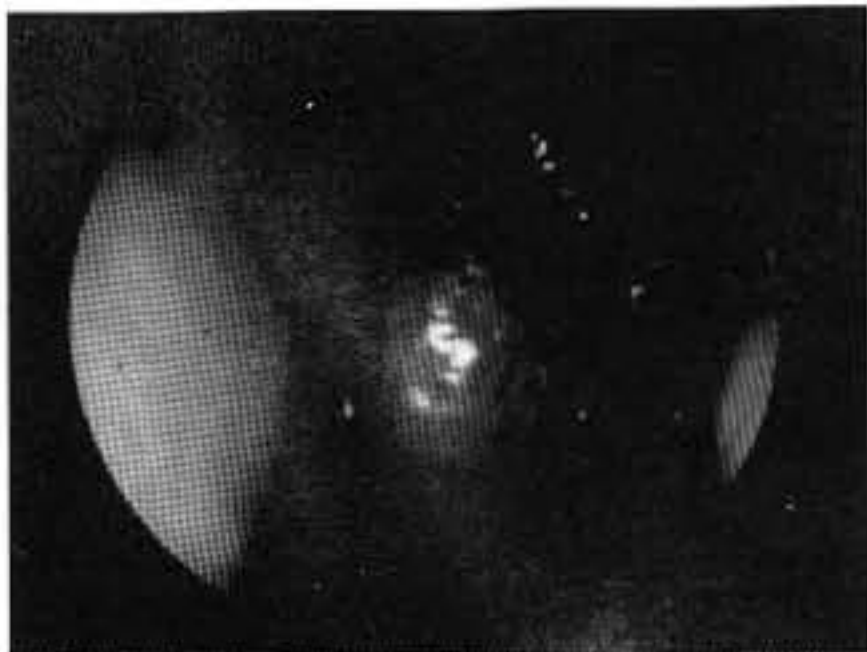


Figura 2. Estudio tomográfico. Se visualiza la que ocupa el área de la rinofaringe.



Figura 3. RNM de la lesión. Nótese la ausencia de infiltración en áreas vecinas.

Se realizó la exéresis de la lesión vía endoscópica transnasal, con óptica de 0° 4 mm; al abordar la lesión y desplazarla a la línea media, se evidencia pedículo de implantación a nivel de borde anterior de la trompa de Eustaquio (Figura 4), a través del cual se realiza disección-cauterización con electrodo de radiofrecuencia. El material remitido a anatomía patológica demuestra en ambos casos que eran lesiones únicas de superficie lisa y consistencia friable de 2,5 cm y 3,2 cm aproximadamente (Figura 5).

En ambos casos no ha habido recurrencia de la lesión con seguimiento periódico posoperatorio.

RESULTADOS

El resultado del estudio histológico fue: adenoma pleomórfico (tumor mixto benigno), sin evidencia de alteraciones neoplásicas malignas. La descripción



Figura 4. Nótese la presencia de pedículo a nivel de la lesión.

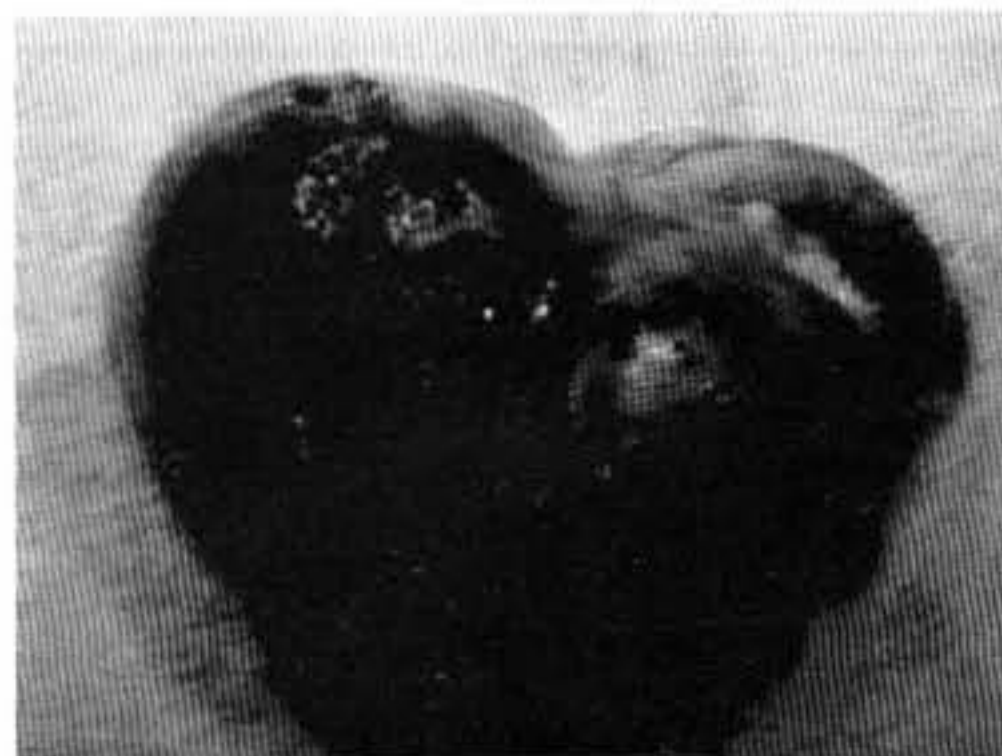


Figura 5. Pieza macroscópica extraída por vía endonasal.

histológica se caracterizó por ser una neoplasia benigna mixta constituida por un elemento epitelial, y uno estromal. El epitelial está formado por células cuboidales ordenadas en tubos o estructuras parecidas a conductos, los cuales guardan una semejanza notable con el epitelio de conductos normales. Estas células se disponen en láminas o en cúmulos.

El elemento mesenquimal, está constituido por tejido colágeno vascularizado en algunas áreas mixomatoso y con elemento de tejido condroide asociado.

La evolución posquirúrgica fue satisfactoria, asintomáticos sin evidencia de enfermedad a los 18 meses para el paciente de 75 años y a los 12 meses para el paciente de 25 años.

DISCUSIÓN

La mucosa nasofaríngea contiene glándulas salivales menores que son susceptibles a desarrollar

neoplasias benignas, aun cuando son poco comunes, entre ellas se encuentran los adenomas, tumores de Warthin y oncocitomas.

De estas neoplasias benignas, el adenoma pleomórfico (tumor mixto benigno) es el más frecuente y constituye el 50 % de todos los tumores de la glándula salivales menores. El término de adenoma pleomórfico fue propuesto por primera vez por Missen en 1874 para describir los dos componentes del tumor: mesenquimatoso y epitelial.

En la cavidad nasal es una neoplasia poco frecuente. Los estudios más amplios realizados hasta la fecha corresponden a los 40 casos de Compagno y Wong, entre los años 1949 y 1974⁽¹⁾, los 41 casos de Suzuki; en una revisión de los casos acaecidos en Japón hasta 1990⁽²⁾ y 6 casos aislados reportados, tres de ellos en septum nasal^(3,4,8), uno en rinofaringe⁽⁵⁾, uno en cornete inferior⁽⁶⁾ y dos congénitos^(7,8).

De todas las localizaciones posibles la más habitual corresponde a la porción ósea o cartilaginosa del septum nasal (80 %) seguida de los cornetes, antro maxilar, etmoides, seno frontal y esfenoidal, debido a la mayor densidad de glándulas seromucosas, en orden decreciente. Es de destacar que la localización a nivel de rinofaringe resulta una rareza en la literatura reportada.

La mayoría de los adenomas pleomorfos intranasales ocurren entre la tercera y la sexta década de la vida, sin evidencia de preferencia por sexo, según algunos autores.

La clínica inicial puede incluir síntomas no específicos, siendo el más frecuente la obstrucción nasal crónica unilateral y/o epistaxis. Al examen físico lo habitual suele corresponder a una masa intranasal no dolorosa, de crecimiento lento, de consistencia firme y de aspecto homogéneo, lobular, mamelonado o polipoideo, que pueden ser confundidas con pólipos nasales. Cuando se presentan en el área de la rinofaringe, según su localización, puede asociarse disfunción de la trompa de Eustaquio con sensación de plenitud ótica u otitis media serosa.

La etiopatogenia de estas lesiones es discutida. Se han propuesto como posibles causas restos embrionarios del órgano vomeronasal de Jacobson, células epiteliales ectodérmicas embrionarias aberrantes y tejido glandular salivar que, en algún caso podría sufrir transformación neoplásica, inducido por un polyoma virus⁽⁹⁾.

Histológicamente su aspecto es similar al descrito en otras localizaciones, si bien suelen mostrar una mayor celularidad epitelial y mioepitelial frente al componente estromal. El componente epitelial forma un patrón trabecular en un estroma que es mixoide en algunas áreas y fibroide en otras. Las células mioepiteliales, que se piensa constituyen la fuente de los componentes del estroma, se hallan principalmente en las áreas mixoides. El estroma puede ser de aspecto mixoide, condroide fibroide o incluso osteoide, con cualquier combinación en un único tumor. Se ha descrito un caso de adenoma

pleomorfo nasal con diferenciación de músculo esquelético⁽¹⁰⁾, y otro con neoformación de osteoide, que simulaba un osteosarcoma⁽¹¹⁾.

El diagnóstico diferencial de estas lesiones debe establecerse según el grupo etario. En niños descartar lesiones congénitas como: quistes dermoides, encefalocelos externos y los gliomas nasales. En adolescentes y adultos jóvenes: con angiofibromas juveniles. En adultos debe hacerse el diagnóstico diferencial con lesiones más destructivas como: papilomas invertidos, plasmocitomas, cordomas, oncocitomas, fibrohistiocitomas, neuroblastomas olfatorios y tumores neuroendocrinos, hemangiopericitomas, rhabdomiosarcomas, mioepitelioma, adenocarcinomas polimorfos de bajo grado y el carcinoma adenoideo quístico y otros.

Aunque su comportamiento biológico es benigno, se han descrito casos de carcinoma ex adenoma pleomorfo^(12,13), y de adenoma pleomorfo metastizante⁽¹⁴⁾.

Se han descrito 4 abordajes para la exéresis de los adenomas pleomorfos intranasales; dependiendo de la localización y tamaño de la lesión: transparietal, rinotomía lateral, osteotomía Le Fort I y endonasal, siendo esta última la más eficaz y la menos agresiva para resección primaria, así como la más utilizada actualmente; gracias al desarrollo de las técnicas endoscópicas.

Dada su morfología polipoidea suelen extirparse en su totalidad, siendo el índice de recidivas inferior al de otras localizaciones (10 %).

La terapéutica más habitual para los tumores polipoides es la excisión simple con márgenes histológicos libres.

REFERENCIAS

1. Compagno J, Wong RT. Intranasal mixed tumors (pleomorphic adenomas). A clinicopathologic study of 40 cases. *Am J Clin Pathol*. 1977;68:213-218.
2. 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. *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho*. 1990;5:740-745.
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. Pinedo F, Mate MA, Dhimes P, Argüelles M, Domínguez P, Nevado M. Adenoma Pleomorfo (tumor mixto) del septum nasal. Unidad de Anatomía Patológica. Unidad de ORL. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid, España.
5. Amilibia E, Bogues J, Sandoval M, Arias G, Dicenta M. Minor salivary gland tumor in nasopharynx. *Acta Otolaryngol Esp*. 1997;48:671-673.
6. Unlu HH, Celik O, Demir MA, Eskiizmir G. Pleomorphic Adenoma originated from the inferior nasal turbinate. *Auris Nasus Larynx*. 2003;30:417-420.
7. Har-el G, Zirkín HY, Tovi F, Sidi J. Congenital pleomorphic adenoma of the nasopharynx (report of a case). *J Laryngol Otol*. 1985;99:1281-1287.
8. Cohen EG, Poder M, Thomas RM, Salerno D, Isaacson G. Congenital Salivary gland anlage tumor of the nasopharynx. *Pediatrics*. 2003;112(1 Pt 1):e66-9.
9. Fraile Rodríguez JJ, Martínez Berganza y Asensio R, Yus Gotor C, García Ortín M, García Ortín J. Adenoma pleomorfo de tabique nasal. Revisión. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 1993;44:239-241.
10. Lam PW, Chan JK, Sin VC. Nasal pleomorphic adenoma with skeletal muscle differentiation: Potential misdiagnosis as rhabdomyosarcoma. *Hum Pathol*. 1997;28:1299-1302.
11. Lee KC, Chan JK, Chong YW. Ossifying pleomorphic adenoma of the maxillary antrum. *J Laryngol Otol*. 1992;106:50-52.
12. Cho KJ, el Naggat AK, Mahanupab P, Luna MA, Batsakis JG. Carcinoma expleomorphic adenoma of the nasal cavity: A report of two cases. *J Laryngol Otol*. 1995;109:677-679.
13. Freeman SR, Sloan P, de Carpentier J. Carcinoma ex-pleomorphic adenoma of the nasal septum with adenoid cystic and squamous carcinomatous differentiation. *Rhinology*. 2003;41:118-121.
14. Wenig BM, Hitchcock CL, Ellis GL, Gnepp DR. Metastasizing mixed tumor of salivary glands. A clinicopathologic and flow cytometric analysis. *Am J Surg Pathol*. 1992;16:845-858.