

ADENOMA PLEOMORFO DEL SEPTUM NASAL, REPORTE DE UN CASO

PLEOMORPHIC ADENOMA OF THE NASAL SEPTUM, A CASE REPORT

Del Carpio-Mostajo Gustavo¹, Rodríguez-Añez Cristhian F.², Huaycho-Flores Juan R.³

1. Médico especialista en Otorrinolaringología, Docente formador de la residencia médica especialidad de Otorrinolaringología, Hospital de Clínicas de La Paz.
2. Médico Residente de tercer año, especialidad Otorrinolaringología, Hospital de Clínicas de La Paz.
3. Médico Residente de segundo año especialidad Otorrinolaringología, Hospital de Clínicas de La Paz.

Autor para correspondencia: Dr. Gustavo Del Carpio Mostajo, Hospital de Clínicas, Miraflores Av. Saavedra Nro. 2245, La Paz - Bolivia, gusdelcarpio@yahoo.com

DOI: <https://doi.org/10.53287/njfx2395zr97b>

RESUMEN

Los adenomas pleomorfos son tumores mixtos benignos frecuentes de las glándulas salivales mayores, sin embargo con una incidencia muy baja en la cavidad nasal, con etiología aún en discusión. Presenta un crecimiento lentamente progresivo, una baja tasa de malignación, su diagnóstico definitivo se realiza mediante estudio histopatológico. Se presenta un caso clínico aislado de una paciente de 39 años de edad, con historia clínica de un año de evolución caracterizado por obstrucción nasal secundario a crecimiento de tumor en tabique nasal, compatible clínica e imagenológica con tumor benigno de fosa nasal, misma que fue sometida a resección quirúrgica vía endonasal, con posterior estudio histopatológico que concluye el diagnóstico de adenoma pleomorfo. Se realiza una revisión de la literatura encontrada, enfatizando en el diagnóstico diferencial, grado de malignación y controles periódicos.

PALABRAS CLAVE: Adenoma Pleomorfo, glándula salival, tabique nasal.

ABSTRACT

Pleomorphic adenomas are common benign mixed tumors of the major salivary glands. However, their incidence in the nasal cavity is very low and remains as a topic of discussion. These tumors exhibit slow but progressive growth and have a low rate of malignancy. Definitive diagnosis is established through histopathological examination. We present an isolated clinical case of a 39-year-old patient with a one-year story of nasal obstruction due to a tumor in the nasal septum. Clinical and imaging findings were consistent with a benign nasal fossa tumor. The patient underwent endonasal surgical resection, and subsequent histopathological analysis confirmed the diagnosis of pleomorphic adenoma. We also review relevant literature, emphasizing differential diagnosis, malignancy grading, and regular follow-up.

KEYWORDS: Pleomorphic Adenoma, salivary gland, nasal septum.

INTRODUCCIÓN

Los adenomas pleomorfos o tumores mixtos benignos, son neoplasias comunes de las glándulas salivales mayores entre el 60 a 90% y en menor frecuencia las glándulas salivales menores¹. Se sabe que mientras más pequeña

es la glándula salival, es menos probable que se trate de un tumor benigno. El adenoma pleomorfo intranasal es extremadamente raro^(2,5). Afectan más a mujeres que a varones entre 30 y 60 años^{1,2}. Constituyen del 1 al 6% de todas las neoplasias de cabeza y cuello³. Presenta un

lento crecimiento y la mayoría de las veces es asintomático².

El primero en describir este tipo de tumor de glándula salival, caracterizado por un componente epitelial con zonas de diferenciación glandular, rodeado de un estroma variable, fue Billroth en 1859, otro caso en la literatura fue el año 1929, por Denker y Kahler. Posteriormente Willis en 1967 sugirió el nombre de adenoma pleomorfo debido al patrón histológico poco usual que lo caracteriza, pues exhibe tejido epitelial entremezclado con diferentes tejidos mesenquimatosos. En fosas nasales es muy infrecuente encontrarlo, se publican 40 casos por Spiro, 40 por Campagno y Wong, 41 por Suzuki^{5,6,8}.

Su localización en otros sitios es poco frecuente y más aún en la cavidad nasal, el 80% se origina en el tabique nasal y solo el 20% depende de la pared lateral - cornete inferior; también se han reportado en el seno maxilar, la nasofaringe, la laringe y la tráquea^{3,5,6,9}.

Etiología

Esto ha generado una controversia en cuanto a su origen; embriológicamente las glándulas salivales derivan del epitelio bucofaringeo. Los filamentos del epitelio glandular invaden el tejido conectivo de la cápsula, siendo esto un posible responsable de la formación del tejido ectópico salival en distintos sitios. Por otro lado tres potenciales orígenes se describen en la literatura; el origen de restos embrionarios del órgano vomeronasal u órgano de Jacobson. El posible origen es de las células epiteliales ectodérmicas embrionarias aberrantes y tejido glandular salival que puede sufrir una transformación neoplásica que es inducida por el virus del papiloma humano y virus del Epstein Barr^{3,5,6}, planteamiento que se acepta mayormente en la actualidad.

Clínica y estudios diagnósticos

Los síntomas variables descritos son: obstrucción nasal, epistaxis y sensación de masa, que están dados de acuerdo al tamaño tumoral ya que podemos encontrar pacientes asintomáticos con una masa intranasal hasta otros con deformación de la pirámide nasal. En general, el crecimiento del adenoma es lentamente progresivo, de semanas a años^{2,5}.

Su aspecto macroscópico es el de un tumor exofítico liso y lobulado con una cápsula fina y circunscrita, con una amplia base de implantación, color rojizo marrón, no sangrante, de consistencia firme o en algunos casos blanda y mixoide, tamaño variable de 0.5 a 7 cm, acompañado ocasionalmente con desviación de la pirámide nasal a expensas de aumento de volumen de la región comprometida^{2,3,4,5}.

La tomografía computarizada de nariz y senos paranasales es el estudio más utilizado, aunque la resonancia magnética (RM) parece ser una herramienta más fiable para el diagnóstico, porque es posible evaluar la relación del tumor con las estructuras adyacentes en varios planos anatómicos. Sobre todo usado en sospecha de neoplasia maligna⁵.

Sin embargo, la confirmación diagnóstica definitiva será siempre histopatológica⁶.

Desde el punto de vista histológico, es una mezcla de elementos epiteliales, mioepiteliales rodeado de un estroma mesenquimatoso (mixoide, hialina, condroide y osteoide), siendo el origen de la denominación pleomórfica, el componente celular prolifera en hebras y algunas en conductos, con una cápsula incompleta y extensiones a modo de pseudópodos. Así, la característica microscópica más notable de los tumores mixtos menores intranasales es su mayor celularidad reflejando una composición predominantemente epitelial^{1,2,3,5,9}.

La técnica de inmunohistoquímica encontrada en los adenomas pleomórficos de cavidad nasal es similar a la de los de glándula parótida. Son positivas las citoqueratinas para componente epitelial, actina y S-100 para células mioepiteliales^{3,5}.

Rara vez se han descrito adenomas pleomorfos nasales con diferenciación en músculo esquelético, neoformación osteoide, transformación maligna e incluso metástasis a hueso, ganglios linfáticos, pulmón, vía oral, piel, riñón, retroperitoneo. El riesgo potencial de malignizarse descrito en la literatura es menor del 6% y es más frecuente que suceda en mujeres^{2,5,6,9}.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se puede establecer con cualquier neoplasia de cavidad nasal benignos o malignos como; papiloma, angioma, carcinoma escamoso, carcinoma adenoideo quístico, adenocarcinoma, glioma, meningioma, esteseoneuroblastoma, condrosarcoma, leiomioma, hemangiopericitoma, oncocitoma y otros^{3,5}.

Tratamiento

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa de forma precoz, logrando márgenes libres de tumoración con tasas de recidiva del 2% y baja morbilidad^{2,4,7}. La técnica quirúrgica depende del tamaño de la lesión: si es pequeña se puede reseccionar vía intranasal, tumoraciones de mayor tamaño, por rinotomía lateral o con técnica de desguante medio facial⁸. La quimioterapia y radioterapia no suelen ser utilizados debido a la baja respuesta tumoral y malignización⁹.

El pronóstico de los adenomas pleomorfos es excelente, las recidivas descritas son hasta del 10% y pueden llegar a ser muy tardías, por lo que el seguimiento ha de hacerse durante años en intervalos de cuatro a seis meses, con imágenes un año después de la cirugía^{3,4,7,9}.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 39 años, procedente de Cartagena-Colombia y residente en La Paz – Bolivia, con antecedente de alergia a productos cosméticos, penicilinas, anestésicos locales y generales, relajantes musculares y anticonvulsivantes. Quien acude a consulta por la aparición de una masa tumoral obstructiva en la fosa nasal derecha, de un año de evolución aproximadamente, crecimiento lento; asociado de congestión nasal y fatiga al esfuerzo clínico.

A la exploración física encontramos pirámide nasal simétrica, sin lesiones visibles, rinoscopia anterior se observa masa exofítica proveniente de tabique nasal, coloración rojiza, borde regular, consistente, no sangrante ni doloroso, que obstruye luz nasal en 85%, el resto de la exploración fue normal. (Figura N° 1).

Figura N° 1. Masa exofítica proveniente de tabique nasal de coloración rojiza, borde regular, consistente, no sangrante ni doloroso que obstruye luz nasal en 85%



Se cuenta con tomografía computarizada sin contraste de nariz y senos paranasales que muestra en fosa nasal derecha masa ocupante, redondeada, de 1.5 mm de diámetro, isodensa con base sésil en tabique nasal (área I y II de Cottle) sin erosión ósea, además desvío septal hacia fosa nasal izquierda. (Figura N° 2).

Figura N° 2. Fosa nasal derecha con masa ocupante, redondeada, de 1.5 mm de diámetro, isodensa con base sésil en tabique nasal (área I y II de Cottle) sin erosión ósea



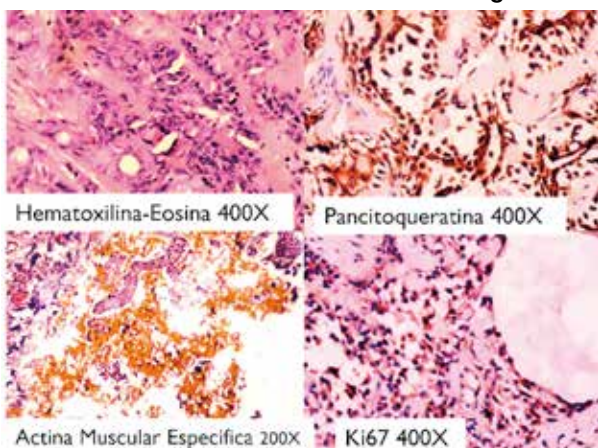
En acto quirúrgico se extirpa totalidad de masa tumoral por vía transnasal por abordaje abierto. (Figura N° 3).

Figura N° 3: Pieza quirúrgica nasal



Se envía a estudio patológico que identifica neoplasia benigna de estirpe epitelial cúbica formada por estructuras glandulares, ascinares y microquísticas, estroma laxo con zonas de aspecto mixoide y fibromuscular, en la periferia cápsula de tejido fibroconjuntivo. Células epiteliales inmunopositivas para Pancitoqueratina, citoqueratina 19, MUC-1. Ki67, células estromales inmunopositivas para: vimentina, actina de musculo liso; concluyendo Adenoma Pleomorfo o tumor mixto benigno de origen salival en cavidad nasal, con bordes negativos (Figura N° 4).

Figura N° 4. Histología e inmunohistoquímica demostrando adenoma Pleomorfo o tumor mixto benigno de origen salival. Gentileza del Dr. Delfo Carballo Montesinos-Medico Patólogo.



La evolución post operatoria es favorable con adecuada revitalización de la mucosa septal sin recidivas a tres meses de control, continua bajo seguimiento por Otorrinolaringología y oncología clínica.

DISCUSIÓN

Los adenomas pleomorfos son tumores mixtos benignos frecuentes de las glándulas salivales mayores, se ha encontrado casos muy raros en cavidad nasal y septal, con etiología aun en discusión, se manifiesta con el crecimiento lento de masa lisa exofítica y rojiza en fosa nasal hasta causar obstrucción, la tomografía es el examen complementario más utilizado mostrando características benignas, sin embargo el diagnóstico definitivo es histopatológico por lo que requiere en primera instancia resección completa de la lesión. El caso clínico presentado muestra una paciente oligoasintomática quien es sometida a tratamiento quirúrgico con resección completa, que tras estudios histopatológicos se confirma adenoma pleomorfo en tabique nasal, sin ningún grado de malignación y bordes negativos, el pronóstico en general es favorable con recidivas bajas y tardías, por lo que se solicita valoración por oncología clínica para seguimiento y se determina controles periódicos por ambas especialidades.

CONCLUSIÓN

Los adenomas pleomorfos son tumores mixtos benignos de origen salival raramente presentados en cavidad nasal, su etiología aun es inconclusa, con poca tendencia a la malignización en la mayoría de los casos, el tratamiento consiste en la resección total presentando un pronóstico favorable, el diagnóstico definitivo es siempre histopatológico. Se requiere seguimiento conjunto con oncología para descarte de transformación maligna posible.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaramos no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. Anil KL. *Diagnóstico y tratamiento en Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello*. 2a edición. México: Mc Graw Hill; 2009.
2. Cisternas MJ, Corrochano E, Álvarez MR. *Patología tumoral de las glándulas salivares. Libro virtual de formación en ORL-SEORL Capítulo 148*. URL disponible en: <https://seorl.net/PDF/cabeza%20cuello%20y%20plastica/148%20%20PATOLOG%C3%8DA%20TUMORAL%20DE%20LAS%20GL%C3%81NDULAS%20SALIVARES.pdf?boxtype=pdf&g=false&s=false&s2=false&r=wide>
3. González CR, Chávez RG, Moreno OA, Loom GA. *Adenoma pleomorfo nasal de origen septal*. *An Orl Mex*. 2021; 66 (1): 62-67.
4. Osorio S, Silva HC, Bello VE. *Adenoma pleomorfo de septum nasal: Reporte de caso*. *Acta otorrinolaringología y Cir. Cabeza Cuello*. 2017; 45(3):187-189.
5. Osorio J, Rahal M, Cantero D, Castillo J. *Adenoma pleomorfo del tabique nasal. Caso clínico*. *Rev. Otorrinolaringología. Cir. Cabeza Cuello* 2010; 70: 231-236.
6. Mercado J, Mercado V, Fernández I, Vallejos H. *Adenoma pleomorfo del septum nasal*. *Rev. Otorrinolaringología. Cir. Cabeza Cuello* 2011; 71: 65-70.
7. Ibáñez A, Rodríguez A, López C. *Tumores benignos de las fosas nasales y de los senos paranasales. Libro virtual de formación ORL-SEORL. Capítulo 62*. URL disponible en: <https://seorl.net/PDF/Nariz%20y%20senos%20paranasales/062%20%20TUMORES%20BENIGNOS%20DE%20LAS%20FOSAS%20NASALES%20Y%20DE%20LOS%20SENOS%20PARANASALES.%20QUISTES%20Y%20MUCOCELES%20DE%20LOS%20SENOS%20PARAN.pdf>
8. García F, Valenzuela J, Béjar J, Verdugo H, Sagasta A, Aguayo M, et al, *Tumoración de Glándula Salival Menor en Mucosa Nasal*, *Acta Méd. Son* 2011; XII; (5): 12- 14.
9. Mead K, Kuhar H, Ibrahim N, Adelman M, Zehr B, Schoenfield L, et al, *Pleomorphic adenoma of the nasal cavity: A case study*. *El Sevier* 2022; Feb; 100408. <https://doi.org/10.1016/j.xocr.2022.100408>.