

# Adenoma pleomorfo en glándula parótida: reporte de un caso

Hernández García, Danae Guadalupe;<sup>1\*</sup> Fernández Estrada, Ximena Iraís;<sup>1</sup> Lagunes López, Mario Alberto;<sup>1</sup> Rivera Macías, Samantha;<sup>1</sup> Rodríguez Tomas, José Antonio;<sup>1</sup> Camacho Olguín, Carlos Guillermo<sup>2</sup>

Recibido: 12 de abril de 2020

Segunda revisión: 18 de junio de 2020

Aceptado: 24 de junio de 2020

## RESUMEN

### ANTECEDENTES:

El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más frecuente que se localiza en las glándulas salivales (El-Naggar *et al.*, 2017). Su pico de incidencia se encuentra entre la tercera y sexta décadas de vida, y la frecuencia es más alta en mujeres en una relación de 2:1.

### DETALLES DEL CASO:

Fémmina de veintiséis años que presenta aumento de volumen en región parotídea del lado derecho con diez años de evolución, asintomática, sin afección del nervio facial. Se indica la toma de una tomografía axial computarizada (TAC) con contraste de cuello en la cual se observa una zona hipodensa bien definida a nivel de la glándula parótida del lado derecho.

### CONCLUSIÓN:

Es de vital importancia realizar una historia clínica completa sin omitir la parte extraoral, ya que pueden existir cambios que den pauta a una detección temprana, como es el caso de los adenomas pleomorfos donde su manejo ideal será retirar por completo la glándula, incluyendo la tumoración.

**Palabras clave:** tumor benigno, glándulas salivales, adenoma pleomorfo, parótida, parotidectomía total.

---

1 Facultad de Estomatología, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

2 Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de La Habana, Cuba.

\*Autor para correspondencia: Tel. 222 8469892; dg\_hdeez@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más común de las glándulas salivales siendo sinónimo de tumor benigno mixto. ICD-O: 8940/0 (El-Naggar *et al.*, 2017). Su nombre deriva del pleomorfismo arquitectónico visto por microscopía de luz (Choi *et al.*, 2019). Estas lesiones ocupan de 60 % a 65 %, aproximadamente, de todos los tumores de las glándulas salivales. La lesión se origina más comúnmente en las glándulas salivales principales (Adiyodi, Sequeira, & Mehra, 2020). Se localiza frecuentemente en la glándula parótida en 80 %, en la glándula submandibular en 10% y en la glándula sublingual y glándulas salivales menores en 10 %; solo ocasionalmente aparece en la lengua, labio inferior, cavidad nasal, senos paranasales y el tracto respiratorio y digestivo (Samar *et al.*, 2019). En la mayoría de los casos, los tumores se originan en el lóbulo superficial; sin embargo, en ocasiones pueden involucrar el lóbulo profundo de la glándula parótida y el espacio parafaríngeo (Cabané *et al.*, 2014).

Estos tumores muestran predilección por el sexo femenino en una relación de 2:1 y se observa con mayor frecuencia entre la tercera y la sexta décadas de vida (El-Naggar *et al.*, 2017; Singh, Handa, & Sachdev, 2019). La incidencia anual del adenoma pleomorfo es de 2-3.5 casos en promedio por cada 100 000 habitantes de la población mundial (El Naggar *et al.*, 2017).

Los adenomas pleomorfos son generalmente descubiertos durante la exploración física de rutina al realizar una historia clínica odontológica completa mediante la inspección de la cabeza y el cuello, como un aumento de volumen de origen glandular en la región de la cabeza y el cuello que no causa ulceración en la piel y mucosa suprayacente (Cabané *et al.*, 2014).

El adenoma pleomorfo evoluciona como un crecimiento lento, progresivo y asintomático durante un periodo prolongado con inflamación unilateral de la glándula parótida sin afectación del nervio facial (Adiyodi *et al.*, 2020; Cabané *et al.*, 2014).

La etiología de los tumores de glándulas salivales y, en especial, del adenoma pleomorfo es incierta y poco conocida, pudiendo estar relacionada en algunos casos a inmunosupresión y posible etiología vírica, como la implicación de determinados tipos de citomegalovirus, virus de Epstein-Barr y algunas cepas del virus del papiloma humano (Expósito *et al.*, 2017; Sotelo *et al.*, 2018).

Aquellos pacientes que fueron sometidos a radiación de la cabeza y el cuello como tratamiento de lesiones neoplásicas presentan una elevada incidencia, lo cual hace presuponer que la radiación puede constituir un factor predisponente para la aparición de tumores simultáneos de glándulas salivales mayores donde la incidencia aumenta de quince a veinte años después de la exposición a la radiación (Cabané *et al.*, 2014; El-Naggar *et al.*, 2017; Expósito *et al.*, 2017; Nagler, & Laufer, 1999; Sotelo *et al.*, 2018). Asimismo, algunos habitantes de Alaska que ingirieron un elevado porcentaje de grasa animal en su dieta presentan un mayor número de estas neoplasias, por lo cual se puede considerar la dieta como otro posible factor predisponente (Expósito *et al.*, 2017).

Existe posibilidad de implicación de anomalías cromosómicas clonales del gen supresor tumoral y el gen 1 del adenoma pleomorfo (PLAG1) con aberraciones que involucran 8q12 y 12q15, por lo que se ha propuesto que estos genes podrían ser moléculas candidatas para comprender el mecanismo de la tumorigénesis (Adiyodi *et al.*, 2020; Chiosea *et al.*, 2016; Choi *et al.*, 2019).

Histológicamente presenta células ductales y mioepiteliocitos que se ordenan formando conductos, nidos sólidos y láminas coexistiendo con áreas estromales hialinizadas, condroides y mixoides. En ocasiones se observan zonas parecidas al tejido óseo, así como metaplasia escamosa y sebácea. Las células mioepiteliales son responsables de tales pleomorfismos y de la producción de matriz extracelular (Periasamy *et al.*, 2019; Samar *et al.*, 2019).

En los diagnósticos diferenciales para el aumento de volumen en la zona parotídea, se incluyen: patologías benignas: tumor de Warthin, sialoadenitis viral, parotiditis, lipoma, adenoma de células basales, miofibroma, neurofibroma, quiste sebáceo, quiste epidermoide, quiste dermoide, oncocitoma; patologías malignas: carcinoma mucoepidermoide, carcinoma adenoide quístico, carcinoma epidermoide, carcinoma de células acinares, adenocarcinoma y tumor mixto maligno (Expósito *et al.*, 2017; Periasamy *et al.*, 2019).

Dentro de los estudios de imagen que complementan el diagnóstico y el estudio patológico, se encuentran la TAC, resonancia magnética y ecografía, ya que son útiles para determinar el tamaño y la extensión del adenoma pleomorfo. La biopsia incisional puede predisponer a recurrencia, por lo que está contraindicada (Martínez *et al.*, 2016). La citología

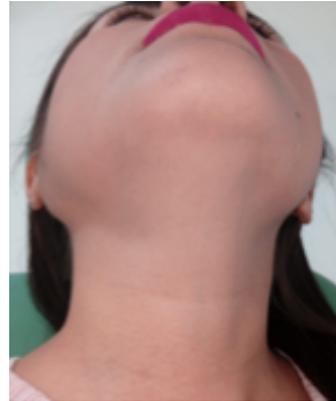
de biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) es segura, rápida y rentable con una especificidad muy alta, así como la citología de biopsia por punción con aguja gruesa con una especificidad y sensibilidad muy altas, por lo que ambas deben ser consideradas para establecer el diagnóstico preoperatorio (Song, Son, & Sung, 2015; Vicandi, 2015).

La escisión quirúrgica completa (parotidectomía total) es el tratamiento de elección, que consiste en el retiro de la glándula salival completa junto con la tumoración, pero respetando el nervio facial, ya que se trata de una lesión tumoral benigna (Choi *et al.*, 2019; Periasamy *et al.*, 2019) y se prefiere sobre la enucleación del tumor, que consiste solamente en la extirpación del mismo sin incluir la glándula salival, ya que la ruptura de la cápsula o el derrame tumoral durante la escisión puede provocar recurrencia local debido a que el tumor puede extenderse a través del parénquima de la glándula salival en forma de pseudópodo, lo que conduce a una alta tasa de recurrencia, pudiendo incluso desarrollar potencial de transformación maligno a carcinoma exadenoma pleomorfo, por lo que se mantendrá un seguimiento de 4 a 10 años (Choi *et al.*, 2019; Periasamy *et al.*, 2019). Se ha reportado que la tasa de recurrencia es aproximadamente de 12 % a 14 % de los casos a los 5 años (Valstar *et al.*, 2017) con una tasa de recurrencia en carcinoma exadenoma pleomorfo de 3.6 % (Cabané *et al.*, 2014; Martínez *et al.*, 2016).

## CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 26 años, originaria del estado de Puebla, soltera, estudiante, quien acude a consulta por historia de aumento de volumen cervical derecho con 10 años de evolución. Sin antecedentes personales patológicos y heredofamiliares de relevancia para padecimiento actual. Peso: 57 kg; talla al examen físico: 1.56 m; paciente en buen estado general de salud; consciente, cooperadora y orientada en todas las esferas de la conciencia; piel y mucosas con adecuada coloración e hidratación; fosas nasales permeables. Al examen físico: cuello asimétrico; se evidencia crecimiento progresivo en región parotídea del lado derecho referido por la paciente, ovoide, de aproximadamente 30 mm de diámetro; piel circundante de características normales. A la palpación presenta superficie regular, firme, bien delimitada, móvil y asintomática (Figuras 1-2) con función del nervio facial íntegra; resto del examen sin relevancia para la patología actual.

No refiere tratamiento alguno. Se obtienen biometría hemática, perfil hepático, química sanguínea y tiempos de coagulación con parámetros normales. Serología por hepatitis B, C, VIH, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus negativos.



**Figura 1.** Fotografía caudocefálica inicial con aumento de volumen en la región parotídea derecha.



**Figura 2.** Aumento de volumen bien delimitado dentro de la región parotídea derecha.

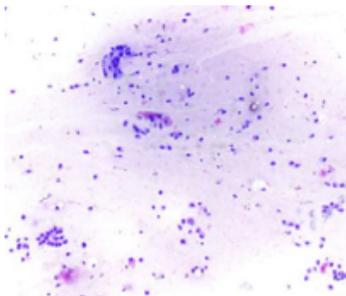
En la TAC contrastada de cuello presenta en cortes coronales una zona hipodensa encapsulada bien delimitada a nivel de C2-C3 sin invasión de las estructuras adyacentes (Figura 3). En un corte axial, se observa una masa hipodensa en la región parotídea del lado derecho que sugiere lesión en el cuello de 29.2 mm de diámetro (Figura 4). Se realizó una biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) en la cual la citología reportó proliferación de células epiteloides en un estroma mixoide (Figura 5). Con base en los hallazgos clínicos, imagenológicos y citológicos, la impresión diagnóstica fue de una neoplasia benigna de glándulas salivales sugestiva con adenoma pleomorfo.



**Figura 3.** Corte coronal en TAC, donde se observa la zona hipodensa bien definida a nivel de la glándula parótida derecha.



**Figura 4.** Corte axial en TAC, donde se observa la zona hipodensa bien definida de 29.2 mm de diámetro.



**Figura 5.** Citología de BAAF (10x).

## TRATAMIENTO

Con la paciente consciente, se realiza un marcaje de la región parotídea derecha para incisión de Blair modificada, la cual tendrá un componente endoaural y cervical. Es llevada a la sala de operaciones, donde es tratada bajo anestesia general balanceada e intubación orotraqueal. Se coloca en decúbito supino con inclinación contralateral y en extensión para exponer área parotídea derecha. Se infiltra solución de tumescencia tras hacer antisepsia local. Se incide donde se marcó previamente (Figura 6).



**Figura 6.** Disección inicial mediante incisión de Blair modificada.

Posteriormente se diseccionó y divulsionó con ayuda de electrocauterio por planos (Figuras 7-9) hasta identificar y exponer el aumento de volumen.



**Figura 7.** Abordaje quirúrgico a la región parotídea mediante incisión de Blair modificada con componente endoaural y cervical.



**Figura 8.** Discección por planos.



**Figura 9.** Discección de planos más profundos.

Se identifica una masa tumoral solitaria unifocal, encapsulada, de superficie lisa de aproximadamente 4 x 3 x 3 cm de tamaño (Figura 10) y cadenas ganglionares en nivel II A, II B y III ipsilaterales (Figura 11).

En este momento se toman biopsias transoperatorias donde se refiere a patología como ganglios cervicales superiores (Figura 12).



**Figura 10.** Identificación de masa tumoral en región parotídea.



**Figura 12.** Biopsia transoperatoria referida a patología.

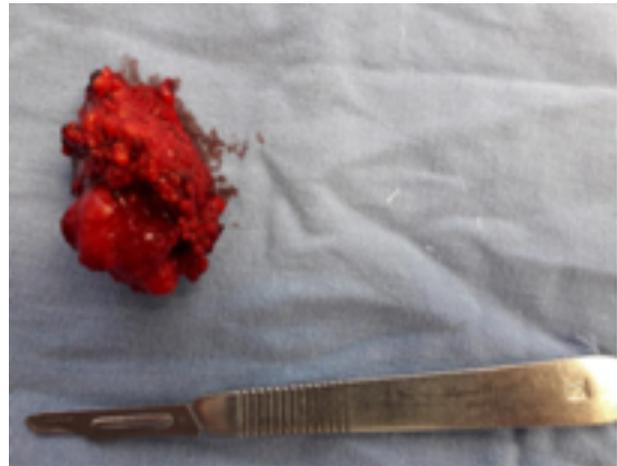


**Figura 11.** Discección ganglionar comprometida con tumoración.

En su descripción macroscópica: se identifica como pieza quirúrgica de 3.0 cm en la cual se procede a búsqueda de ganglios encontrando dos nódulos de color café-azulado de consistencia media realizándose estudio transoperatorio, el cual se reportó como negativo a malignidad. En su descripción microscópica: se observa presencia de numerosos folículos de diferentes dimensiones con centros germinales prominentes, conservación de células del manto y presencia de macrófagos con cuerpos teñibles en su interior. También se hace evidente expansión de la zona paracortical y dilatación sinusoidal, donde no se observa proceso neoplásico



**Figura 13.** Exposición de la tumoración previa a su retiro.



**Figura 15.** Pieza quirúrgica de glándula parótida derecha.



**Figura 14.** Parotidectomía total incluyendo la tumoración.



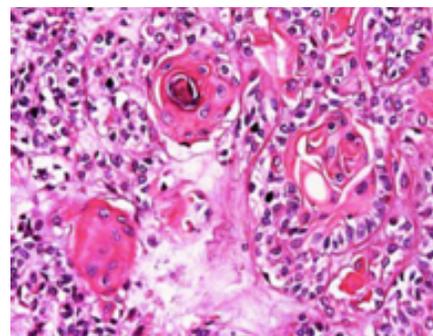
**Figura 16.** Cierre del lecho quirúrgico y colocación de dren.

maligno; por lo que se procede a realizar la parotidectomía total junto con la tumoración respetando la integridad del nervio facial (Figuras 13-15). Se verifica hemostasia del lecho tumoral y se aproxima por planos sin complicaciones para finalizar con el cierre del lecho quirúrgico, así como colocación de dren durante veinticuatro horas (Figura 16). Se envía pieza operatoria para estudio histopatológico.

## HISTOPATOLOGÍA

Hallazgos macroscópicos: material referido como glándula parótida del lado derecho, recibiendo pieza quirúrgica de 4.5 cm de eje mayor de color café-azulado con algunas estrías de hemorragia; al corte es de consistencia media y la superficie de sección muestra una lesión de aspecto neoplásico circunscrita que mide 2.4 cm de color blanco-azulado. Hallazgos microscópicos: en un corte histológico teñido con H y E al 40x, se pueden identificar la for-

mación de ductos y rosetas, dobles capas de células mioepiteliales rodeando los ductos, así como vasos de pequeño calibre con áreas mixoides en un estroma de tejido fibroso (Figura 17).



**Figura 17.** Corte histológico de adenoma pleomorfo teñido con H y E (40x).

La biopsia del espécimen quirúrgico entregó el diagnóstico final de adenoma pleomorfo en glándula parótida y ganglios linfáticos con hiperplasia folicular.

La evolución fue favorable y permitió comenzar con dieta blanda y retirar el dren quirúrgico a las 24 horas posteriores a la intervención, presentando únicamente gasto serohemático. La paciente fue dada de alta al tercer día del posoperatorio con las recomendaciones de seguir una dieta blanda y estricta higiene oral, así como un tratamiento antibiótico con clindamicina 300 mg vía oral cada 8 horas durante 5 días y analgesia con dorixina-TMR 125 mg/25 mg vía oral cada 8 horas durante 5 días. El posoperatorio inmediato no presentó complicaciones importantes. Mediante la evaluación del nervio facial en su porción motora, se buscaron asimetrías en la expresión facial mediante la inspección, examinando los siguientes movimientos: fruncir el entrecejo, cerrar los ojos, elevar las cejas y sonreír (García, Garrido, & Martín, 2011). De acuerdo con

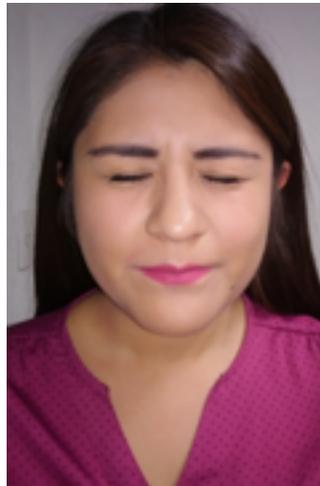
la clasificación de House-Brackmann (Gandolfi, & Slattery, 2016) presenta una paresia leve (grado II). Debido a la desviación de la comisura bucal del lado derecho (Figura 18), cierre completo del ojo con mínimo esfuerzo (Figura 19), así como la posibilidad de fruncir el entrecejo y elevar las cejas (Figuras 19-20) experimentó mejoría progresiva en los días subsiguientes a la intervención hasta recuperarla por completo al cabo de seis meses (grado I).

Se ha llevado un seguimiento de esta paciente desde la primera semana (Figura 21), a los tres meses (Figuras 22-23) y, posteriormente, a los catorce meses (Figuras 24-25), donde clínicamente no se observaron signos de recidiva; todo esto constatado mediante una TAC, donde en un corte coronal (Figura 26) y en un corte axial (Figura 27) no se observan cambios en las estructuras anatómicas.

Las funciones del nervio facial y del aurículo-temporal, se encuentran conservadas y no hay presencia de adenomegalias cervicales. Refiere parestesia en la zona inervada por el auricular mayor.



**Figura 18.** Desviación de la comisura bucal derecha que se aprecia al sonreír (paresia leve grado II, según House-Brackmann, transitoria a los tres meses después del acto quirúrgico).



**Figura 19.** Fotografía que muestra cierre ocular con mínimo esfuerzo y posibilidad de fruncir el entrecejo. Control a los tres meses.



**Figura 20.** Elevación de cejas con ligera asimetría. Control a los tres meses.



**Figura 21.** Fotografía de perfil derecho del posoperatorio a los 6 días.



**Figura 23.** Fotografía caudocefálica del control a los 3 meses sin mostrar clínicamente recidiva de la lesión.



**Figura 22.** Fotografía de perfil derecho del control a los 3 meses después de la intervención.



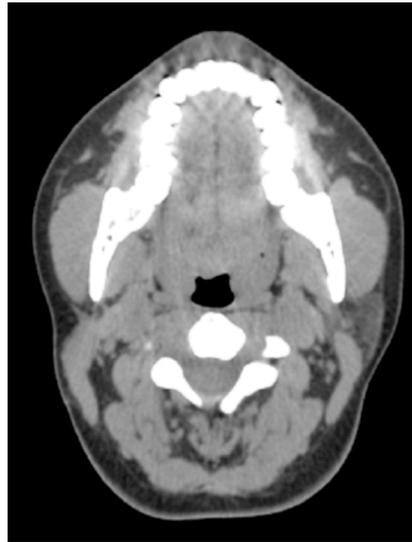
**Figura 24.** Fotografía de perfil derecho del control a los 14 meses sin mostrar clínicamente recidiva de la lesión.



**Figura 25.** Fotografía caudocefálica del control a los 14 meses sin mostrar clínicamente recidiva de la lesión.



**Figura 26.** Corte coronal en TAC del control a los 14 meses sin presencia de recidiva.



**Figura 27.** Corte axial en TAC del control a los 14 meses sin presencia de recidiva.

## DISCUSIÓN

Sotelo *et al.* (2018) en un estudio de casos refieren que las tumoraciones que se presentan en las glándulas salivales corresponden a 0.16 % del total de todas las tumoraciones, dentro de las cuales 77 % son de neoplasias benignas y 23 %, de neoplasias malignas.

Dentro de las tumoraciones benignas en las glándulas salivales, el adenoma pleomorfo fue la que mayor predominio tuvo (Campohermoso *et al.*, 2016; Expósito *et al.*, 2017; Hussein, 2007; Nourwali, & Dar, 2019; Sotelo *et al.*, 2018).

La glándula parótida fue el sitio de afección más frecuente con un rango de 63-72 % de los casos (Hussein, 2007; Sotelo *et al.*, 2018). Estos autores concuerdan con el presente, al referir que dentro de las tumoraciones benignas en las glándulas salivales, principalmente en la glándula parótida, se va a tratar de un adenoma pleomorfo, teniendo siempre en consideración sus diagnósticos diferenciales.

Existe mayor predilección del sexo femenino debido a la influencia de las hormonas gonadales, ya que el adenoma pleomorfo en la glándula parótida expresa receptores de estrógeno y progesterona (Valstar *et al.*, 2017), lo que explicaría una mayor presentación en mujeres respecto a los hombres con una relación de 2:1 (El-Naggar *et al.*, 2017).

Dentro de las características de los tumores benignos se encuentran: presentación de larga evolución (aproximadamente en un rango de diez a veinte años), lenta progresión, sin afectación del nervio facial, tumoración firme y bien delimitada, presencia de cierta movilidad y ausencia de dolor (Adiyodi *et al.*, 2020; Expósito *et al.*, 2017; Singh *et al.*, 2019). El presente caso concuerda con lo descrito, ya que tuvo una evolución de diez años y que en la exploración física se encontró la función del nervio facial íntegra, así como una tumoración con todas las características antes mencionadas.

El diagnóstico preoperatorio se basa principalmente en la historia clínica, examen físico y estudios de imagen donde una de las principales es la TAC con contraste, con una sensibilidad de 64-92 % y una especificidad de 86-98 % (Cabané *et al.*, 2014; Singh *et al.*, 2019), siendo el auxiliar diagnóstico utilizado que permitió tener un panorama más acertado de la extensión tumoral y para corroborar la ausencia de recidiva en el posoperatorio. Otro de los estudios es la citología mediante biopsia por punción-aspiración con aguja fina (BAAF), que surge como una técnica

confiable, sensible, mínimamente invasiva y con costo efectivo en el diagnóstico de las lesiones de las glándulas salivales (Cabané *et al.*, 2014; Expósito *et al.*, 2017; Song *et al.*, 2015; Vicandi, 2015) con lo cual se pudo descartar inicialmente signos de malignidad en el preoperatorio.

González *et al.* (2006) establecen que el diagnóstico diferencial ha de establecerse de modo fundamental con algunas entidades de pronóstico favorable y desfavorable, ya que aunque se trate de una entidad benigna puede llegar a una diferenciación maligna.

Las características histológicas presentes en los reportes de caso coinciden con lo ya descrito en el presente, donde se destaca 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, oscuras, cuboidales y fusiformes y presentan tejido conectivo laxo, con frecuencia mixoide, con islotes cartilagosos. Las células tumorales pueden presentar dos patrones de diferenciación: ductal y mioepitelial (Campohermoso *et al.*, 2016; Jain *et al.*, 2015).

Ledesma *et al.* (2002) coinciden en que cuando el tumor presenta abundante tejido condroide, este es duro, firme y difícil de cortar, y que la superficie de corte muestra una cápsula bien delimitada de color oscuro, donde la textura del tumor es ligeramente granular, de color café-azulado en las zonas condroides y blanco-amarillento en las áreas mucoides. La muestra obtenida se describe dentro de las características macroscópicas con un color igual al descrito en el artículo mencionado.

La planeación quirúrgica se realizó para manejarse de la manera más segura posible, utilizando como tratamiento de elección la parotidectomía total en lugar de la parotidectomía superficial (retiro del lóbulo superficial de la glándula parótida) más la tumoración, debido a la mayor propensión a la multicentricidad, recurrencias múltiples y ocasional transformación maligna (Cabané *et al.*, 2014; González *et al.*, 2006; Samar *et al.*, 2019; Singh *et al.*, 2019).

Cabané *et al.* (2014) y Samar *et al.* (2019) mencionan la relevancia que tiene el no incidir en la cápsula, lo que provocaría su ruptura durante la manipulación quirúrgica facilitando la propagación del material mixoide hacia los tejidos blandos cir-

cundantes y sitios distantes mediante vía linfática o hematopoyética.

La importancia del control radica en su posible transformación maligna en hasta 6.2 % de los casos (El-Naggar *et al.*, 2017), lo que concuerda con Martínez *et al.* (2016), Samar *et al.* (2019) y Cabané *et al.* (2014), ya que mencionan que el carcinoma exadenoma pleomorfo está referenciado como un tumor maligno raro de las glándulas salivales mayores que ocupa 3.6 % del total de los tumores malignos en las glándulas salivales. La mayoría de los casos (81.7 %) se producen en la glándula parótida y su origen puede ser un adenoma pleomorfo no tratado y malignizado (el intervalo de malignización puede ser de hasta 20 años) o una malignización de una recurrencia tumoral derivada de un adenoma pleomorfo preexistente. La frecuencia para desarrollar malignidad es 1.7 veces mayor en un adenoma pleomorfo con características atípicas, como hialinización, hiperce-lularidad, anaplasia celular, necrosis e invasión capsular. Cabe destacar la importancia del diagnóstico oportuno ante la sospecha de malignidad mediante un interrogatorio adecuado, un examen físico completo y estudios de imagen en pacientes con una lesión preexistente de larga evolución (Cabané *et al.*, 2014; Martínez *et al.*, 2016; Samar *et al.*, 2019).

Autores recalcan la posibilidad de una transformación maligna del adenoma pleomorfo en carcinoma exadenoma pleomorfo, debido a la exéresis incompleta del tumor o a la ruptura de la cápsula durante el acto quirúrgico, debiéndose tomar esto en consideración; por lo tanto, la evaluación clínica periódica de los pacientes es muy necesaria durante varios años dejando muy en claro el seguimiento a largo plazo para detectar recurrencias de manera precoz (Adiyodi *et al.*, 2020; García, & Chamorro, 2005; González *et al.*, 2006; Samar *et al.*, 2019; Singh *et al.*, 2019).

Dentro de los factores de riesgo de recurrencia también se encuentran: edad más joven en el diagnóstico, sexo femenino, edad temprana en el tratamiento inicial y realización de enucleación en lugar de parotidectomía en el tratamiento (El-Naggar *et al.*, 2017; Lori, 2017; Valstar *et al.*, 2017). Múltiples recurrencias, ubicación en el lóbulo profundo de la parótida, presentación en el sexo masculino y la edad avanzada del paciente, se asocian con un aumento de la malignidad (El-Naggar *et al.*, 2017), donde actualmente el vaciamiento supraomohioideo es el tratamiento profiláctico, lo que reduciría la probabilidad de recidiva y, con ello, el riesgo de malig-

nización (Cabané *et al.*, 2014; Campohermoso *et al.*, 2016). Es por ello que se hizo hincapié en la escisión completa de todos los componentes, requiriéndose también el apoyo de los auxiliares diagnósticos necesarios en el pre y transoperatorio; justificándose así dicho chequeo y la solicitud de estudios de imagen durante el control a varios años. No dejando de lado la importancia de que, al existir recurrencias locales múltiples, se ha documentado la aparición de adenoma pleomorfo metastásico, el cual es indistinguible histológicamente del adenoma pleomorfo, pero que produce tumores secundarios a distancia con un intervalo entre el diagnóstico del adenoma pleomorfo primario y una metástasis de tres a cincuenta y dos años. Siendo los sitios más comunes los huesos, la cabeza, el cuello y los pulmones (El-Naggar *et al.*, 2017).

Calderón, Vinitzky, & Prado (2015) y Velasco *et al.* (2013) mencionan que dentro de los accesos descritos para la glándula parótida, específicamente para el manejo de un adenoma pleomorfo, la incisión de Blair modificada es la más utilizada, indicando que si una disección del cuello está prevista, dicha incisión se puede adaptar más fácilmente, por lo que fue la incisión de elección durante el acto quirúrgico, previendo que podría dar el resultado de neoplasia maligna por el tiempo de evolución de diez años, donde su modificación se hubiera adaptado a la misma.

Por otro lado, Infante *et al.* (2018) y De Vicente *et al.* (2015) mencionan la utilización de la incisión de estiramiento facial (ritidectomía) modificada, para disfrazar lo más visible la cicatriz y así mejorar los resultados estéticos de los pacientes sometidos a una parotidectomía, lo que concuerda con el empleo del componente endoaural en este tipo de incisión, ya que se usa de manera amplia en varios centros quirúrgicos.

Xu *et al.* (2017) en un estudio comparativo refieren la utilización de dos tipos de incisión Blair modificada y de ritidectomía modificada donde en ambas la extensión de la parotidectomía, el tiempo de operación, la cantidad de drenaje y las complicaciones no fueron diferentes entre los dos grupos, pero la satisfacción del paciente en el grupo de incisión de ritidectomía modificada fue significativamente mayor, siendo esta la incisión que tiene un mejor resultado estético. Por lo que se puede destacar la combinación de ambas, gozando de sus beneficios, así como de seguridad para su posible adecuación, si así se hubiera requerido.

Infante *et al.* (2018) mencionan que la principal complicación posquirúrgica es la disfunción del nervio facial que puede aparecer como parálisis (pérdida completa de la función) o paresia (pérdida parcial). En la mayoría de los casos esta paresia facial es temporal, donde el porcentaje de aparición a una semana fue de 77.2 % y la mitad de los pacientes recuperaron la función facial al mes, 94.9 % a los 6 meses y 100 % a los 12 meses después de la cirugía. Otras complicaciones posparotidectomía incluyen: infección, fistula salival, hemorragia, hematoma, sialocele/seroma, deformidad estética, entumecimiento alrededor del lóbulo de la oreja y síndrome de Frey. Gracias al manejo quirúrgico adecuado y meticuloso, la complicación mínima que se presentó fue una paresia leve grado II, según House-Brackmann, que justamente se resolvió a los 6 meses después de la cirugía (Gandolfi, & Slattery, 2016).

## CONCLUSIÓN

Es de vital importancia realizar una historia clínica completa sin omitir la parte extraoral, incluyendo la inspección y palpación del cuello, así como de cadenas ganglionares, ya que podrían existir cambios morfológicos, como aumentos de volumen, que pueden ser detectados a tiempo, para entidades como los adenomas pleomorfos, debido a que evolucionan de manera asintomática en la mayoría de los casos. Destacando así la importancia del seguimiento con un control mínimo de cinco años, todo esto con la finalidad de obtener un pronóstico favorable, ya que a pesar de ser una entidad benigna se ha demostrado su recidiva en malignidad a carcinoma exadenoma pleomorfo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adiyodi, N., Sequeira, J., & Mehra, A. (2020). Twinning of Pleomorphic Adenoma: A Case Report. *Cureus*, 12, 6608.

Cabané, P., Gac, P., Muñoz, A. *et al.* (2014). Carcinoma *in situ* exadenoma pleomorfo en glándula parótida: descripción de un caso inusual. *Rev. Chil. Cir.*, 66, 367-370.

Calderón, O., Vinitzky, I., & Prado, H. (2015). Parotidectomía superficial como tratamiento de adenoma pleomorfo: presentación de caso y revisión de la literatura. *Rev. Mex. Cir. Bucal Maxilofac.*, 11, 40-44.

Campohermoso, O., Tinta, H., Condori, J. *et al.* (2016). Tumor pleomórfico de glándula submandibular. *Rev. Cuadernos*, 57, 57-61.

Chiosea, S., Thompson, L., Weinreb, I. *et al.* (2016). Subsets of Salivary Duct Carcinoma Defined by Morphologic Evidence of Pleomorphic Adenoma, *PLAG1* or *HMGA2* Rearrangements, and Common Genetic Alterations. *Cancer*, 122, 3136-3144.

Choi, J., Han, B., Kim, H. *et al.* (2019). Identification of New Genes of Pleomorphic Adenoma. *Medicine*, 98, 1-6.

De Vicente, J., González, M., De Villalaín, L. *et al.* (2015). Modified Facelift Approach combined with a Superficial Musculoaponeurotic System Flap in the Treatment of Benign Parotid Tumors. *J. Cranio Maxil. Surg.*, 43, 1655-1661.

El-Naggar, A. K., Chan, J., K. C., Grandis, J. R., Takata, T., & Slootweg, P. J. (Eds.) (2017). Tumours of Salivary Glands. *WHO Classification of Head and Neck Tumors* (4<sup>th</sup> Ed.). IARC, 159-201.

Expósito, D., Wilcarani, M., Pérez, M. *et al.* (2017). Comportamiento de los tumores de glándulas salivales en el Hospital Docente Vladimir Ilich Lenin. *CCM*, 2, 511-525.

Gandolfi, M., & Slattery, W. (2016). Parotid Gland Tumors and the Facial Nerve. *Otolaryngol. Clin. N. Am.*, 49, 425-434.

García, L., & Chamorro, P. (2005). Adenoma pleomorfo en espacio parafaríngeo. Extirpación a través de abordaje transoral. *Rev. Esp. Cir. Oral Maxilofac.*, 27, 43-46.

García, J., Garrido, J., & Martín, A. (2011). Exploración neurológica y atención primaria. Bloque I: pares craneales, sensibilidad, signos meníngeos. Cerebelo y coordinación. *Semerger*, 37, 293-302.

González, R., Nam, S., Muñoz, M. *et al.* (2006). Adenoma de células basales de glándula parótida: caso clínico y revisión de la literatura. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*, 11, 6-9.

Hussein, M. (2007). Salivary Gland Tumors in an Iranian Population: A Retrospective Study of 130 Cases. *J. Oral Maxil. Surg.*, 65, 2187-2194.

Infante, P., González, E., García, A. *et al.* (2018). Complications after Superficial Parotidectomy for Pleomorphic Adenoma. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*, 23, 485-492.

Jain, S., Hasan, S., Vyas, N. *et al.* (2015). Pleomorphic Adenoma of the Parotid Gland: Report of

- a Case with Review of Literature". *Ethiop. J. Health Sci.*, 25, 189-194.
- Ledesma, C., Garcés, M., Gómez, R. *et al.* (2002). Adenoma pleomorfo. *Revista ADM*, 59, 58-62.
- Lori, E. (2017). Pleomorphic Adenoma in the Parotid Gland. *Mayo Clin. Proc.*, 92, 55-56.
- Martínez, O., Cardona, B., García, I. *et al.* (2016). Carcinoma exadenoma pleomorfo a propósito de un caso. *iMedPub J.*, 12, 15.
- Nagler, R. M., & Laufer, D. (1999). Synchronous Pleomorphic Adenomas of the Major Salivary Glands: A Case Report. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, 87, 735-737.
- Nourwali, I., & Dar, O. (2019). Pleomorphic Adenoma in the Lower Lip: A Case Report and a Review. *Eur. J. Dent.*, 13, 649-654.
- Periasamy, S., Manoharan, A., Garg, H. *et al.* (2019). Pleomorphic Adenoma of the Cheek: A Case Report. *Cureus*, 11, 5312.
- Samar, M., Ávila, R., Fernández, J. *et al.* (2019). Adenoma pleomórfico metastásico de glándula parótida: reporte de un caso y estudio descriptivo retrospectivo de la literatura en inglés. *Rev. Fac. Odont.*, 29, 7-14.
- Singh, A., Handa, A., & Sachdev, R. (2019). Synchronous Parotid and Homolateral Submandibular Gland Pleomorphic Adenoma. *Iran J. Otorhinolaryngol.*, 31, 185-190.
- Song, I., Son, J., & Sung, C. (2015). Accuracy of Core Needle Biopsy Versus Fine Needle Aspiration Cytology for Diagnosing Salivary Gland Tumors. *J. Pathol. Transl. Med.*, 49, 136-143.
- Sotelo, J., Pérez, M., Aderete, G. *et al.* (2018). Tumores de glándulas salivales en Veracruz: experiencia de dos instituciones. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.*, 56, 154-157.
- Valstar, M., De Ridder, M., Van den Broek, E. *et al.* (2017). Salivary Gland Pleomorphic Adenoma in the Netherlands: A Nationwide Observational Study of Primary Tumor Incidence, Malignant Transformation, Recurrence, and Risk Factors for Recurrence. *Oral Oncol.*, 66, 93-99.
- Velasco, I., Salinas, F., Aguilar, L. *et al.* (2013). Consideraciones anatómicas en la parotidectomía: revisión de la literatura a propósito de un caso. *Int. J. Morphol.*, 31, 231-238.
- Vicandi, B. (2015). Utilidad de la PAAF en el diagnóstico del adenoma pleomórfico de glándula salival con correlación inmunocitohistológica. Tesis de maestría. Universidad Autónoma de Madrid- Facultad de Medicina, 148.
- Xu, Z., Chen, L., Zhan, J. *et al.* (2017). Modified Rhytidectomy Incision and Modified Blair Incision Contrast Research in Superficial Parotid Gland Tumor Resection. *J. Clinic. Otorhinolaryngol., Head Neck Surg.*, 31, 1684-1687.