

00613

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ADENOMA PLEOMÓRFICO DE GLÁNDULA PARÓTIDA. CARACTERÍSTICAS
CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS

SANTAFÉ DE BOGOTÁ D.C.
OCTUBRE DE 1997

6-7-01-004

F3795
7

**ADENOMA PLEOMÓRFICO DE GLÁNDULA PAROTIDA. CARACTERÍSTICAS
CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS**

PRESENTADO POR:

**ANGELA PAOLA GUZMAN GALLEGO
MONICA BONILLA URREA
ASTRID MARITZA CHÍQUIZA QUIROGA
JACQUELINE LIZARAZO SUAREZ
ADRIANA DEL PILAR ZAMBRANO RIVEROS
CLAUDIA LORENA CABRERA FLOREZ**

TUTOR:

DR. CARLOS ARTURO VILLAMIZAR

PRESENTADO A:

**DR. JORGE ARANGO MEJÍA
DR. FREDY OSORIO
DR. RAFAEL VALDERRAMA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
SANTAFÉ DE BOGOTÁ D.C.
OCTUBRE DE 1997**

AGRADECIMIENTOS

Dr. Miryam Alarcón Directora del departamento de Patología Oral del Colegio Odontológico Colombiano, por su colaboración fue posible obtener el caso clínico de dicha monografía.

A la Dr. Eugenia Cepeda Coordinadora del Centro de Implantología Oral del Colegio Odontológico Colombiano.

Al Dr. Carlos Arturo Villamizar Cirujano Oral e Implantólogo, Jefe del Departamento de Radiología Oral de preclínica del Colegio Odontológico Colombiano. Porque gracias a su valiosa colaboración e interés fue posible realizar esta monografía.

A nuestros docentes que con sus conocimientos y experiencia nos guiaron durante nuestra carrera.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedicamos a Dios, porque sin El, la culminación de nuestros estudios no hubiera sido posible.

A nuestros padres y seres queridos en gratitud a sus esfuerzos y enseñanzas que con tanto amor nos han brindado, para hacer posible nuestra formación integral, para brindarnos al servicio de la comunidad que nos requiera.

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar una guía practica que le permita conocer al odontólogo general y a los estudiantes de últimos semestres del Colegio Odontológico Colombiano. Las características clínicas e histológicas del adenoma pleomórfico como la neoplásia benigna más frecuente en las glándulas salivales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer los signos y síntomas que caracterizan la presencia del adenoma pleomórfico.
- Resaltar como métodos diagnósticos de mayor veracidad para detectar el adenoma pleomórfico a la biopsia excisional y por aspiración con aguja fina.

- Destacar la importancia de la paridectomia superficial como el procedimiento quirúrgico que presenta el menor número de complicaciones y/o recurrencias.
- Identificar los factores asociados con la recurrencia de esta neoplásia de glándula parótida.
- Determinar los patrones de riesgo relacionados con la probabilidad de transformación maligna del adenoma pleomórfico.

PROPÓSITO

Proporcionar un concepto unificado acerca de las características clínicas e histológicas del adenoma pleomórfico, permitiendo así al odontólogo general y al estudiante de odontología, establecer un diagnóstico presuntivo y un posible plan de tratamiento de esta neoplásia benigna de glándula salival.

JUSTIFICACIÓN

No existen criterios claros y definidos acerca de las características clínicas e histológicas así como el manejo del adenoma pleomórfico, como la neoplasia benigna más común de las glándulas salivales.

TABLA DE CONTENIDO

	Pg.
ANTECEDENTES	1
I. INTRODUCCIÓN	3
II. MARCO TEÓRICO	5
1. Histogénesis	6
2. Hallazgos Histopatológicos	7
3. Características Clínicas	9
4. Métodos de Diagnóstico	12
5. Tratamiento	13
6. Recurrencia y Tratamientos Secundarios	16
7. Malignidad	20
III. DISCUSIÓN	22
IV. CONCLUSIONES	24
V. BIBLIOGRAFÍA	25



ANTECEDENTES

El adenoma pleomórfico hasta hace poco tiempo, se denominó de diferentes maneras por ejemplo enclaucoma, bronquioma, endotelioma, encondroma, pero el término de adenoma pleomórfico que fue sugerido por Willis, caracterizan con más exactitud del patrón histológico poco usual que presenta la lesión. (4)

En 1977 Jr. Anderson mencionó que se desconocía la naturaleza de las células que se transforman en condrocitos, tampoco estaba claro el estímulo que provocaba semejante diferenciación. (8)

En 1986 Eneroth indicó que el 90 % de un grupo de casi 1900 de dichos tumores se presentaron en la glándula parótida, sin embargo puede presentarse en cualquiera de las glándulas salivales. También sugirió que era más frecuente en mujeres que en hombres en

una proporción aproximada de 6-4, casi todos los pacientes estaban entre la 4^{ta} y 6^{ta} década de vida. (4)

Aunque Kochi y colaboradores encontraron en 1996 que el adenoma se presenta típicamente en mujeres de 30 a 70 años. (11)

Estos tumores se pueden presentar en cualquier época de la vida incluso en el recién nacido, pero son más frecuentemente en la 5^{ta} y 6^{ta} década. (9-10)

En la actualidad gracias a nuevas técnicas clínicas e histológicas se ha podido establecer su etiología y patogenia así como su plan de tratamiento con miras a disminuir la incidencia de dicha neoplasia.

I. INTRODUCCIÓN

Las patologías de glándulas salivales son comunes. Estas patologías afectan principalmente las glándulas salivales mayores, esto es; glándula parótida, glándula submandibular, glándula submaxilar.

Dentro de las patologías que afectan las glándulas salivales encontramos los neoplasicos las cuales pueden ser tanto benignas como malignas; siendo éstas últimas bastante agresivas u en muchas ocasiones comprometiendo la salud del paciente.

Una de las neoplasias benignas de glándulas salivales más común es el adenoma pleomórfico. Es la patología ha tenido diferentes nombres, así como diferente etiología y diferente diagnóstico. Es por eso que su tratamiento, no ha sido, en la mayoría de los casos el más conveniente.

En este trabajo se busca determinar la etiología, características clínicas, histológicas, diagnóstico y plan de tratamiento, que permita al odontólogo general identificar a tiempo la presencia de dicha patología, como la neoplasia benigna más frecuente en la glándula parótida.



II. MARCO TEÓRICO

La mayoría de las neoplasias de glándulas de las glándulas salivales en la parótida y en las glándulas salivales menores del espacio parafaríngeo son adenomas pleomórficos. Ha habido desacuerdo con respecto a la extensión de la cirugía requerida para un control local del tumor efectivo y los beneficios de la radioterapia post-operatorio. Se encontró que la enucleación simple de los adenomas pleomórficos eran inadecuada debido a la naturaleza pseudoencapsulado del tumor. Los efectos colaterales reportados de la irradiación incluyen, fibrosis, xerostomía, osteoradionecrosis, otitis externa crónica y el desarrollo local de malignidades tardías. Esta aproximación ha sido generalmente abandonada en los Estados Unidos en favor de la parotidectomía con preservación del nervio facial para adenomas pleomórficos de la glándula parótida.

1. HISTOGÉNESIS

Se han sugerido diversas teorías para explicar la histogénesis del adenoma pleomórfico; generalmente esta se centra alrededor de la célula mioepitelial y de una célula de reserva en el conducto intercalado de la glándula salival. Los estudios ultraestructurales han confirmado la presencia de células mioepiteliales y ductales en los adenomas pleomórficos. Se piensa que, probablemente cualquiera de ellas o ambas pueden jugar papeles activos en la histogénesis del tumor. (4)

Noguchi, Aikara en 1995 (5) refirió que aún estaba por declararse el origen real de las células tumorales y definir si su origen se debe a una célula única o derivan de células diferentes.

Hubber (4) y colaboradores postularon que la célula mioepitelial es la causa de la diversidad morfológica del tumor, incluyendo la producción de las áreas fibrosas, mucinosas, condroides y óseos. Regezzi y Batzaki (4) postularon que la célula mioepitelial de reserva del conducto intercalado pueden diferenciarse en células ductales y mioepiteliales y esto último puede, a su vez, sufrir metoplasia mesenquimal debido a que de forma hereditaria tiene propiedades parecidas al músculo liso. Además, después puede ocurrir la diferenciación de estas células mesenquimatosas según Muir Jr. Anderson. (4)

Otros autores en 1996 sugieren también que las células del adenoma pleomórfico se forma a partir de una célula pluripotencial ductal con capacidad de diferenciar las células tumorales en elementos epiteliales y mesenquimatosos. Los elementos mesenquimales funcionan como tales dando especiales características al tumor. Las líneas celulares tienen características similares a las del tumor, más no células mioepiteliales idénticas especulándose el origen de tipo celular como precursor inmediato. (6)

En un estudio realizado en 1994 por Atwarfield y Smallmen (7) se confirma la típica heterogeneidad de los adenomas pleomórficos; extromas mixoides de baja celularidad y mayores áreas de densidad están mezcladas en iguales proporciones. Las áreas celulares demuestran un patrón diverso de hojas sólidas y cordones anatómicos de células epiteliales, ocasionales, células claras grupos esparcidos con apariencias plasmocitoides y frecuentes estructuras que parecen de diferentes tamaños.

2. HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS

El examen microscópico muestra la heterogeneidad antes mencionada. Algunos tumores son predominantemente celulares y compuestos de elementos epiteliales o mioepiteliales;

otros están formados principalmente por componente aparente mesenquimatoso, que solo contiene algunas células epiteliales diversas. Se presta cierta importancia a la proposición que guardan estos dos elementos básicos fundándose en que las neoplasias con predominio epitelial tienen mayor tendencia a crecer rápidamente que los formados sobre todo por componente de aspecto mesenquimatoso. Sin embargo hay que insistir en que, incluso dentro de un mismo tumor hay grandes diferencias de un campo microscópico a otro. Las células epiteliales pueden estar dispersas por todo el fondo del estroma en pequeños cordones o formar conductos acinos tubulos irregulares o microquistes. Las células pueden ser curvoideas o de tipo columnar y algunas veces contienen vacuolas con mucina. Puede existir diferenciación escamosa que se manifiesta por aparición de puentes intercelulares o de perlas de queratina. Las células mioepiteliales son más oscuras y pequeñas y suelen ser poligonales; tienen un núcleo excéntrico y un citoplasma hialino eosinado (2). Este aspecto ha dado pie a su denominación de células "hialinas" o plasmatoideas. Es característica la fusión imperceptibles de los componentes epiteliales y mesenquimales en los lugares donde tienen contacto.

Por otras parte pueden apreciarse islotes de tejido condroide con aspecto de cartilago verdadero, pero sus bordes también se fusionan imperceptiblemente con las áreas adyacentes de tejido mixoide y celular. La variedad histológica apreciada es amplísima y es precisamente esa variación la que caracteriza el adenoma pleomórfico. (2)

Los patrones histológicos variables dentro de cada tumor, son los que hacen que se le denominan "adenoma pleomórfico". (1)

El componente mioepitelial es de dos tipos morfológicos:

células plásmacitoides y fusiformes (1)

El factor básico que guía el tratamiento es la configuración de la cápsula la cual se observa lisa y completa y en el análisis histopatológicos se observa áreas de cápsula expuesta, roturas capsulares, cápsulas incompletas y crecimiento del tumor dentro de la cápsula (1).

3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS



Microscópicamente los adenomas pleomórficos se presentan como masas encapsuladas, algo lóbuladas, de 1-6 cm. de diámetro pueden estar incluidos dentro del parenquima de la glándula salival o hacen protrusión superficialmente por debajo de la cápsula glandular. La superficie de corte blanca o amarilla es blanda y carnosa; pero frecuentemente presenta zonas de mayor consistencia causada por focos condroides, y tiene otras zonas donde es mucoide y gelatinosa.

Los adenomas pleomórficos se pueden presentar en cualquiera de las glándulas salivales, ya sea mayores o menores pero la parótida es el sitio más común de localización correspondiendo a un 85% de los casos (9) y (10).

Es más frecuente en mujeres en una proporción de 6-4 (9) y (10), aunque no todas las series apoyan esta cifra ya que en algunos no se reportan diferencias de sexos (10), y en otras se reportan mayor frecuencia en hombres (1).

Estos tumores pueden presentarse en cualquier época de la vida incluso en el recién nacido, pero son más frecuentes, entre la 5^a y 6^a década de vida (9) y (10).

El adenoma se presenta clínicamente como una masa a nivel de glándula parótida de tipo nodular, de tamaño variable, según el tiempo de evolución, generalmente pequeña de crecimiento lento por lo general asintomáticas (9).

En raras ocasiones están adheridas a planos profundos y ocasionalmente ocurre transformación maligna de estos (3) y (4).

Muy eventualmente cuando su tamaño es grande, pueden comprometer el nervio facial causando el síndrome de parálisis facial (4). Por presión de este, ya que el VII par pasa por el parenquima de la glándula parótida.

El tumor es lóbulado y posee una pseudocápsula del tejido conectivo de grosor variable que, por lo general es incompleta. En los sitios en donde la cápsula no esta completa, el tejido neoplasico esta en contacto directo con el tejido salival adyacente (1).

El adenoma pleomórfico de las glándulas accesorias intrabucuales pocas veces obtienen un tamaño mayor de 1-2 cm. de diámetro. Como este tumor causa al paciente dificultades en la masticación, en el habla y en la respiración, se detecta y se trata más temprano que el resto de los tumores de las glándulas salivares (4). El adenoma pleomórfico palatino puede aparecer fijo al hueso subyacente, pero no es invasivo. En otros sitios suele moverse con libertad y se palpa fácilmente (4).

Encontramos que en 1979, se entienda el hecho de que este tipo tumoral era relativamente más frecuente fuera de la parótida que en el seno de la misma: también aparece en la nariz, en el meato auditivo externo y en la piel (una forma de hidroadenoma), en todas estas localizaciones, excepto en la última en la que suele ser posible una adecuada extirpación amplia, el tumor presenta el mismo tipo de crecimiento lento pero de diagnóstico reservado (8).

4. MEDIOS DE DIAGNOSTICO

Los adenomas pleomórficos de parótida como el tumor más común de glándula, deben ser diferenciados de lesiones parotídeas. Estos pueden ser eliminados por cirugía, si la cápsula es completamente removida. Por esto el diagnóstico preoperatorio es importante para obtener resultados óptimos en la cirugía (11).

En 1996 Kochi y colaboradores (11) realizaron un estudio sobre la utilidad de la resonancia magnética en el diagnóstico del adenoma pleomórfico. Reportaron que se muestran contornos lóbulados causados por los diferentes tasas de crecimiento de los tipos celulares de tumor aunque este aspecto no ha sido enfatizado. El estudio sugiere que una imagen de resonancia magnética (I.R.M), no distingue adenoma pleomórfico de tumores malignos.

Se encontró que la sensibilidad, la especificidad los diagnósticos positivos y negativos para la homogeneidad de la lesión, en la resonancia magnética no tiene importancia relevante.

También se ha encontrado que la prueba en aspiración y citología de esta lesión, no tiene un alto grado de certeza. Shoshang y colaboradores sugieren que la aspiración se usa en todo el mundo y es bien tolerado por el paciente y sin complicaciones (14) aunque reportan el

caso de un adenoma pleomórfico aspirado con aguja fina que luego del procedimiento se necroso; James y Jacob (12) en 1994 confirman la importancia y utilidad de la biopsia por aspiración como un procedimiento seguro y simple para evaluar las lesiones de glándulas salivares separando la inflamatorias de las neoplásicas. La tomografía axial computarizada o TAC, también ha sido utilizada para determinar las dimensiones del adenoma pleomórfico según un estudio reportado por Louis D y colaboradores en 1994 (10).

Finalmente se ha sugerido que la biopsia incisional y el diagnóstico histológico es el mejor medio para reconocer la presencia del adenoma pleomórfico en glándula parótida (1).

5. TRATAMIENTO

El tratamiento de primera elección de un tumor benigno de glándulas salivales menores o mayores es la excisión quirúrgica, no se recomienda la enucleación de tumores mixtos parotídeos por el riesgo de recurrencia, debido a defectos capsulares, como se dijo antes la eliminación debe incluir la conservación del nervio facial intacto (1).

Se tiene claro que el tratamiento en la glándula parótida debe ajustarse a los principios

establecidos para la cirugía de la glándula lo cual quiere decir, extirpar el tumor y el lóbulo de la glándula afectada (4).

La enucleación de los adenomas pleomórficos solo es una terapia inadecuada y debe ser evitada, la observación sola en cada situación, reservando la irradiación como un accesorio para la cirugía de revisión para recurrencia tumorales producen un control local y tasas de morbilidad aceptadas (15).

En general las lesiones de paladar duro debe quitarse junto con la mucosa que lo recubre, en tanto que las que se encuentren en mucosa de revestimiento, como en los labios, para dar en mucosa bucal muchas veces son tratados con el éxito mediante la enucleación o la excisión extracápsular (4).

Sin embargo la patología de Regezzi no recomienda la enucleación de tumores parotídeos por el riesgo de recurrencia, por los defectos capsulares (1).

En mayor parte de los casos, una parotidectomía superficial con conservación del nervio facial es el tratamiento más adecuado para los tumores mixtos de parótida a diferencia los tumores de glándula submaxilar es el tratamiento de elección de la recesión (1).

Como los tumores son radioresistentes, tiene poco beneficio la radioterapia razón por la cual esta contraindicada (4).

Con frecuencia las lesiones del paladar o encía afectan el periostio o el hueso por la que su extirpación es difícil (1). Otros tumores mixtos bucales pueden removerse con mayor facilidad, pero en todos los casos la intervención quirúrgica debe incluir tejido exterior a la pseudocápsula (1).

Se tiene clara la posibilidad de transformación maligna que es mayor cuando los pacientes recibieron radioterapia en esta zona (1).

En la primera mitad de este siglo, el tratamiento por enucleación se asoció con tasas de recurrencia de 10 a 35 % pero las técnicas quirúrgicas actuales la han reducido de 0 a 25 %, por eso hoy los adenomas pleomórficos recurrentes, son pocos comunes y la experiencia en su tratamiento esta limitada a pocas situaciones (18).

La disección extra capsular es una técnica alternativa, quizás no también, conocida de remoción quirúrgica de tumores de parótida, la cual algunos defienden de la parotidectomía superficial categorizandola erróneamente como enucleación, más bien es la cuidadosa disección del tumor por fuera de la cápsula sin identificación previa del nervio facial, así como también los tumores tratados con parotidectomía superficial tienden a estar

localizados más profundamente y estos probablemente explica la alta incidencia de la neuropraxias (16).

La parotidectomía superficial es una técnica preferida para aplicación general y permiten un gran margen de error, el mérito del estudio es que libera el tumor de responsabilidad por la recurrencia y centra la atención en la técnica quirúrgica (16).

Los tumores con compromiso del lóbulo profundo requieren parotidectomía total con preservación del nervio facial, esta aproximación quirúrgica a limitado, las tasas de recurrencia además se ha demostrado que la incidencia del daño del nervio facial permanente es mayor con la enucleación que con la parotidectomía superficial (15).

6. RECURRENCIA Y TRATAMIENTOS SECUNDARIOS

En 1930, Mc Farland, prestó atención a la alta incidencia de la recurrencia del tumor, asociado con la enucleación (8) y posteriormente fue explicado en términos patológicos por Patey y Thackray, quienes demostraron una pérdida de la integridad capsular y extensiones microscópicas del adenoma por fuera del cuerpo principal del tumor (16).

En cuanto a la recurrencia del adenoma pleomorfo se encontró que en 1977 se describió como un problema clínico (8), común en cualquier sitio, ya fuera por el tratamiento

inadecuado, por las células tumorales que se presentaban dentro de la cápsula o por las irregularidades en la superficie capsular.

En un estudio de los patrones de crecimiento y de la recurrencia de los adenomas pleomórficos, Narmeim y colaboradores, encontraron que una recesión incompleta, hipocelularidad y encápsulación incompleta eran los aspectos asociados con la recurrencia (4).

44% de recurrencia asociados o procedimiento quirúrgico inadecuado, otro estudio entre 1947 y 1992 con 475 pacientes con diagnóstico de adenoma pleomórfico a lo cual se le encontraron diferencias con los tumores primarios limitados, estos se trataron solamente con cirugía, teniendo en cuenta dos técnicas:

- La disección extracápsular (380 pacientes).
- Parotidectomía superficial (95 pacientes).

Se observaron 7 recurrencias después de la extracápsular, (2%), y 2 luego de la parotidectomía superficial (2%). Por otra parte fue comprobado en 480 pacientes, que la

remoción de la adenoma con un adecuado margen de tejido normal es posible, teniendo en cuenta la relación anatómica del adenoma con el nervio facial (16).

En conclusión la extirpación inicial deficiente puede producir una recurrencia en forma de múltiples focos tumorales leves, estos daños se distribuyen en la zona operatoria y esta relacionado con la cicatriz quirúrgica.

En la mayoría de casos el tumor recurrente mantiene las características histológicas del tumor primario y en cada recaída aumenta el riesgo de malignidad (1).

Citamos un caso del presente año, extraño pero interesante de la recurrencia del adenoma pleomórfico al conducto auditivo externo desde la parótida, teniendo en cuenta que no hay reportes previos de esta forma de recurrencia, los adenomas pleomórficos están contenidos por una cápsula fibrosa frecuentemente incompleta con proyecciones tumorales para extendersen más allá de sus márgenes, la enucleación puede dejar aquellas proyecciones y favorecer la recurrencia; otro mecanismo de recurrencia es la ruptura del tumor y dispersión de células.

El tumor de glándula parótida se presentó como una masa de conducto auditivo externo; la vía de diseminación del tumor fue un defecto en la parte interior del conducto asociado a la

persistencia del agujero Huschke, el cual es evidente en el niño de 11 meses y usualmente se cierra entre los cuatro y cinco años de vida pero su real persistencia y variables anatómicas no se han estudiado.

Finalmente se llegó a la conclusión de que una historia pasada de tumor de glándula parótida y tumores recurrentes, son poco probables de presentarse como una lesión maligna, aunque si una residiva de las anteriores (17).

Las recurrencias se han reportado por más de 20 años, la mayoría de las recurrencias iniciales se han reportado que ocurren en los primeros 5 - 10 años. Todos los casos de recurrencia han sido tratados con parotidectomía, la recesión inadecuada y la dispersión del tumor intraoperatorio. Se ha sugerido esto entre las mayores razones para la recurrencia del adenoma pleomórfico. La recesión inadecuada del tumor y la ruptura de este están relacionadas, ya que es probable que ocurran cuando la pseudocápsula del adenoma pleomórfico es comprometida durante la recesión quirúrgica.

Se ha sugerido la irradiación como tratamiento en casos de dispersión del tumor, recesión inadecuada y recurrencia ya que la cirugía para el adenoma pleomórfico trae el riesgo de daño permanente del nervio facial.

La enucleación de los adenomas pleomórficos sólo es una terapia inadecuada y debe ser evitada. Los márgenes microscópicamente positivos después de la resección de un adenoma fueron asociados con un porcentaje aumentado de recurrencia tumoral, pero la dispersión tumoral intraoperatoria no lo fue (15).

7. MALIGNIDAD

En la mayor parte de los casos, el tumor recurrente mantiene las características histológicas del tumor primario, sin embargo con cada recaída aumenta el riesgo de malignidad (1). Además, cerca de 25% de los tumores mixtos benignos sufre transformación maligna sino se tratan por tiempo prolongados. La posibilidad de transformación maligna es mayor cuando los pacientes recibieron radioterapia en la zona (1).

El adenoma pleomórfico de parótida es un tumor benigno de larga duración el cual comienza en glándulas salivales, sufre transformación maligna en el 6% y hace metástasis a pulmón y hueso. en el 21% de los mismos la metástasis a piel ocurre solo a pacientes con enfermedad avanzada. Un estudio con 420 pacientes con metástasis a piel no reportaron tumor de glándula parótida (19).

Para 1997 se tenía ya clara la radioresistencia del adenoma pleomórfico, por lo cual tiene poco beneficio la radioterapia, razón por la cual esta contraindicada. La transformación maligna de adenoma pleomórfico, según el componente maligno puede ser: Carcinoma, adenocarcinoma o clindliomatoso (8).

En un estudio realizado en 1995, por Martha B, la parotidectomía total contenía una masa sólida de color amarillento, lóbulado y rodeado de un tejido fibroso con una zona necrótica adyacente con características de carcinoma mucoepidermoide y con tejido predominante fibroconectivo con un componente epitelial. En este caso la neoplasia es de difícil diagnóstico por la similitud con adenoma pleomórfico pre-existente.

Cuando el carcinoma mucoepidermoide se origina de un adenoma pleomórfico, este hace metástasis a piel. El carcinoma adquiere un patrón metastásico o por vía linfática, incluyendo diseminación nodular.

El carcinoma enapleoide reportó metástasis a: Colón, pulmón, ovario, útero, estómago, lengua, próstata y a veces se transforma en melanoma. La metástasis es usualmente una placa bien definida con bordes en espina. El compromiso de la piel puede ser causa del intento de drenaje linfático en la zona (12).

III. DISCUSIÓN

El adenoma pleomórfico también llamado tumor mixto benigno, ha sido difícilmente diagnosticado; en muchos casos debido a la ausencia de experiencia clínica por parte del odontólogo.

La etiología así como la histología de esta neoplasia de la glándula salival es compleja y suele confundirse con otras patologías glandulares tales como: el carcinoma mucoepidermoide y el oncocitoma.

El tratamiento del adenoma pleomórfico consiste básicamente en la excisión quirúrgica de parte de glándula o en muchos casos de su totalidad (parotidectomia). Por otra parte los tratamiento son radioterapia han demostrado una tendencia a la malignización y recurrencia de esta neoplasia benigna. Sin embargo el porcentaje de malignización es bajo al igual que su recurrencia. Hoy en día la biopsia incisional junto con análisis histopatológico han

demostrado ser el medio de diagnóstico más exacto para determinar la presencia de adenoma pleomórfico en glándulas salivales principalmente en glándula parótida .

IV. CONCLUSIONES

- El adenoma pleomórfico es la neoplasia benigna de mayor incidencia en glándulas salivales.
- A pesar de existen diferentes medios diagnósticos, la biopsia incisional junto con el análisis histopatológico han demostrado ser los más efectivos.
- La variabilidad histológica que no presenta un patrón definido ha llevado a denominarlo en la actualidad como adenoma pleomórfico.
- La radioterapia debido a su ineficacia en la resolución de la neoplasia, ha demostrado ser contraindicada en el tratamiento del adenoma pleomórfico.
- El tratamiento ideal aplicable al adenoma pleomórfico de la glándula en la excisión quirúrgica de la glándula (parotidectomia) tratando siempre de preservar estructuras anatómicas entre estas: Nervio facial, arteria facial, cadena linfática.

V. BIBLIOGRAFÍAS

1. REGEZZI, Scuibba. Patología Bucal. 2^{da} Edición. Editorial interamericana. México. 1995.
2. ROBBINS, Patología Funcional y estructural. 2^{da} Edición. Editorial
3. RAJ. K. Gupta, M.D.F.I.A.C y Col. Acta Cytol. Mucoepidermoid Carcinoma Ex Pleomorphic Adenoma of the Parotida Gland. Vol 39. No. 3. 1995.
4. W. G. Shafer. y Col. Tratado de patología Bucal. Editorial interamericana. México D. C. 1996.
5. SCHWARTZ y Col. Principios de Cirugía 5^{ta} Edición. Editorial Interamericana. México D. C. Vol 1. 1989.

6. SHINZABURO, Noguchi, M.D. y Col. Demonstration of Monoclonal Origin of Human Cancer. Vol 77 No. 3. 1996.
7. AT WARFIELD, LA Smallman, Simultaneous bilateral pleomorphic adenomas of the parotid glands with unilateral tyrosine rich crystalloids. Journal of clinica pathology. Vol 47.
8. Jr. ANDERSON. Patología de Murr. Compendio de anatomía patológica y patología general . 1^{ra} Edición. Espaxs S.A. Barcelona. España. 1979.
9. Pleomorphic Adenoma of the Salivary glands . Oral surg. Oral med. Vol 79. Junio 1995.
10. LOUIS D. y Col. Pathologic Quiz caso 1. Archives of otolaryngol. Vol 120. Agosto 1994.
11. LCDR JAMES C Jacobs, MC. USNR. Low Grade. Mucoepidermoid Carcinoma Ex Pleomorphic Adenoma. A Diagnostic Problem Acta Cytol. Vol 38. No. 1. 1994.
12. CHIDZONGA. MM. Pleomorphic Adenoma of the salivary glands clinicopathologic studi of 206 cases in Zimbawe. Oral surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radid Endod. Vol 79 No. 6 1995.

13. KAOSHI Ikeda y Col. The Usefulness of MR in Establishing the Diagnosis of parotid pleomorphic Adenoma. American Journal of Neuroradiol. Vol 17. 1996.
14. SHOSHANA, Gottshak Sabag . MD. Necrosis of the parotid pleomorphic Adenoma Following Fine Needle Aspiration A Case Report. Acta Cytol. Vol 39. 1995.
15. CRAIG Buchaman, MD y Col . Pleomorphic Adenoma: Effect of Tumor spill and Inadequate Resection on Tumor Recurrence Laryngoscope. Vol 104. Octubre 1994.
16. M. Mc. GURK y Col. Clinical Significance of the treatment of parotid pleomorphic adenomas. British Journal of Surgery. Vol 83 . 1996.
17. C.ROSE y Col . Recurrent Pleomorphic Adenoma.
18. ANDREW. Renehan y Col. An Analysis of the treatment of 144 patients with Recurrence Pleomorphic Adenomas of the parotid Gland. 1996 by Excerpta Medical. Inc. All rights reserved.
19. SOLER. E. Malignant pleomorphic parotid adenoma with inflammatory cutaneous metastasis. Br. J. Dermatol. Vol. 134. 1996. No abstract available.