



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**MANEJO QUIRURGICO DEL ADENOMA PLEOMORFO EN
EL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA DEL ISSSTE**

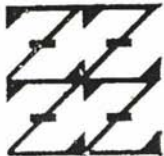
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A:
VIDAL PERALTA SILVIA

DIRECTORA:
C.D. ROSA DIANA HERNÁNDEZ PALACIOS

ASESOR:
C.M.F. JOSÉ ERNESTO MIRANDA VILLASANA

U N A M
F E S
Z A R A G O Z A



ENERO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICADO A:

ALAN Y EDDER LOS GRANDES MOTIVOS EN MI VIDA.

KELVIN, DIANA, MYTCHELL, PEPE Y XELL.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: SILVIA VIDAL PERALTA.

FECHA: 09-ENERO-2004

FIRMA: 

AGRADEZCO A:

DIOS.

Por lo alcanzado hasta ahora.

A MI MADRE.

Por el apoyo brindado y nunca perder la fe.

A MIS HERMANOS.

Por estar siempre al pendiente.

A DAVID.

Por traer una nueva esperanza a mi vida y por todos los lindos momentos.

A LA DOCTORA DIANA HERNANDEZ P.

Por el tiempo y la comprensión.

AL DOCTOR J. ERNESTO MIRANDA V.

Por las facilidades y el apoyo.

A MIS MAESTROS.

Por todos los conocimientos brindados.

A REBECA Y OLIVIA.

Por su apoyo y ayuda.

Índice

Introducción	1
Justificación	2
Planteamiento del problema	3
Marco teórico	4
Datos epidemiológicos	4
Embriología	5
Clasificación glándular	5
Anatomía	6
Etiología del adenoma pleomorfo	13
Cuadro clínico	14
Exploración	14
Auxiliares de diagnóstico	15
Histopatología	17
Diagnóstico diferencial	18
Tratamiento	19
Técnica quirúrgica	20
Pronostico	21
Objetivo general	22
Objetivos específicos	23
Hipótesis	24
Metodología	25
Recursos	26

Presentación de resultados	27
Cuadro y grafica 1	28
Cuadro y grafica 2	29
Cuadro y grafica 3	30
Cuadro y grafica 4	31
Cuadro y grafica 5	32
Cuadro y grafica 6	33
Cuadro y grafica 7	34
Cuadro y grafica 8	35
Cuadro y grafico 9	36
Resultados	37
Caso clínico	39
Conclusiones	44
Discusión	45
Bibliografía	46
Anexos	48
Hoja de concentración	49
Organigrama de actividades	50

Introducción

El Cirujano Dentista en su práctica profesional enfrenta el diagnóstico y tratamiento de diversas alteraciones bucales que pueden ser de origen genético, infeccioso o neoplásico entre otras. Se deben establecer con certeza los criterios para identificar las enfermedades más frecuentes y saber en qué casos puede llevar su tratamiento y en cuáles es necesario remitirlos.

Toman especial importancia los procesos neoplásicos, que por las dimensiones que pueden alcanzar, causan en el paciente gran incomodidad y alarma, haciéndolos pasar por tratamientos quirúrgicos que en ocasiones representan grandes mutilaciones, o bien malignizándose la lesión y llevándolos hasta la muerte.

Las neoplasias de las glándulas salivales representan del 1 al 3% de los tumores del organismo, afectando de 1 a 3 habitantes por cada 100,000. Se desarrollan entre la 5ª y 7ª década de la vida aunque pueden aparecer a cualquier edad. El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales mayores y menores.¹

Este estudio tiene como propósito identificar los criterios diagnósticos para el adenoma pleomorfo y establecer el manejo quirúrgico que se lleva a cabo en el Hospital Ignacio Zaragoza del ISSSTE.

Justificación.

Los datos epidemiológicos sobre el adenoma pleomorfo son casi en su totalidad realizados en otros países.

La frecuencia de los tumores salivales es entre el 2 y el 6.5% de todos los tumores de cabeza y cuello; dejando por tal motivo unas 650 muertes al año en países como Estados Unidos. Algunos estudios realizados en Brasil y Argentina mencionan al adenoma pleomorfo como el principal tumor benigno en glándulas salivales mayores y menores.^{2,3,4}

Desgraciadamente en países como el nuestro por razones ideológico-culturales los pacientes no dan la importancia necesaria a patologías de lenta evolución y asintomáticas como el adenoma pleomorfo; postergando la visita para su atención, es entonces en el periodo de tratamiento cuando el paciente genera un gran estado de stress, debido a su ingreso hospitalario, a la incapacidad laboral temporal y en muchas ocasiones también presentan repercusiones psicopatológicas debidas a los trastornos funcionales y estéticos que observan por la afectación a estructuras importantes tales como el nervio facial, que da motricidad a los músculos de la expresión de la cara.

Por lo tanto es importante conocer cuáles son los criterios para el diagnóstico y el manejo quirúrgico del adenoma pleomorfo en el Hospital Ignacio Zaragoza del ISSSTE

Planteamiento del problema.

¿Cuáles son los principales criterios que han permitido valorar y diagnosticar al paciente con adenoma pleomorfo para determinar su manejo quirúrgico en el Hospital Ignacio Zaragoza del ISSSTE?

MARCO TEÓRICO

Datos epidemiológicos

Los tumores de las glándulas salivales, según Sapp, afectan a 1 de cada 3 individuos por cada 100 000, sin embargo en las poblaciones nórdicas la frecuencia es entre 5 y 10 veces mayor. De los tumores salivales más del 70% se desarrollan en las glándulas principales y menos del 30% lo hacen en las glándulas menores. Aunque la mayoría de estos tumores se desarrolla entre la 5ª y 7ª década de la vida; pueden aparecer a cualquier edad. En la glándula parotida casi el 70% de los tumores del parénquima salival son adenomas benignos, mientras los tumores de la glándula submandibular y de las glándulas menores de la cavidad oral, nasal y de los senos paranasales, muestran igual proporción de tumores benignos y malignos. Los tumores de las glándulas salivales menores intraorales son más frecuentes en el paladar, seguido por el labio superior y la mucosa bucal.¹

El tumor mixto benigno o adenoma pleomorfo, es el más común de las glándulas salivales mayores y menores; el 85% de estos tumores se presentan en la glándula parotida, en tanto que en las glándulas submaxilares y salivares menores intrabucales representan el 7% respectivamente. De todas las malformaciones que se originan en la cavidad bucal la mayor parte aparecen en el paladar.⁵

Lopes y colaboradores, realizaron un estudio en Brasil en el que analizaron 40 mil tumores de cabeza y cuello; 196 de estos eran de glándulas salivales menores, el 38% de estos eran benignos, el promedio de edad en que se presentaron fue de 43.5 años, predominantemente en el sexo femenino. El 95.6% de estos tumores fueron adenomas pleomorfos.⁴ En Japón el adenoma pleomorfo comprende el 61% de todos los tumores en las glándulas salivales y el 75% de los tumores benignos.⁶

Simkin y Colaboradores estudiaron 327 pacientes argentinos intervenidos quirúrgicamente, los cuales eran portadores de tumores de la glándula parotida, el 78.8% correspondían a patologías benignas; más de la mitad de estas eran adenomas pleomorfos.³

El adenoma pleomorfo a nivel de la fosa nasal es poco frecuente, de todas las localizaciones posibles la más habitual corresponde al septum nasal (80%), seguida de los cornetes, antro, etmoides, seno frontal y esfenoidal, debido a la mayor densidad de glándulas seromucosas, en orden decreciente. La mayoría de los adenomas pleomorfos intranasales ocurren entre la 3ª. Y 6ª década de la vida.⁷

Yarrouge y colaboradores estudiaron de 1992 hasta 1994, 26 pacientes con diferentes enfermedades de la glándula parotida, 57.6% presentaban tumores, de estos el 66.6% fueron adenomas pleomorfos.⁸

Embriología

Algunas o todas las células epiteliales de algunas membranas elaboran una secreción a la superficie que cubren. Sin embargo, en muchos sitios del cuerpo es demasiado grande la necesidad de secreción para que sea satisfecha por el número limitado de células secretorias. Para proporcionar la secreción extra las células de la membrana epitelial en estos sitios del cuerpo crecen durante el desarrollo del embrión hacia el tejido conectivo subyacente en desarrollo, para formar estructuras que se denominan glándulas (glans, bellota), porque algunas de las primeras que se estudiaron tenían forma de bellota.

El tipo más común de glándula es la exocrina (ex, fuera o lejos de; krinein, separado). Como lo sugiere este nombre, las glándulas exocrinas liberan su secreción en la superficie desde la cual se origina la glándula, y por lo tanto hacia fuera de la sustancia del cuerpo. Para hacerlo todas las glándulas exocrinas poseen tubos denominados conductos, que transportan la secreción producida en las células secretorias de localización más profunda a la superficie.⁹

El tejido conectivo se deriva del mesodermo. De este modo el tejido conectivo está en posición ideal para nutrir y sostener las membranas epiteliales y glándulas que se desarrollan a partir del ectodermo y endodermo. Como podría esperarse en el desarrollo de cualquier estructura glandular epitelial, las células epiteliales y el tejido conectivo mesodérmico, se desarrollan en relación íntima entre sí. Como las células epiteliales efectúan el trabajo de la glándula, la parte epitelial de la estructura compuesta se denomina parénquima (que significa algo que se vierte al lado) de la glándula, en tanto que el tejido conectivo sostiene y nutre al parénquima se le llama estroma (algo que se encuentra fuera, por estar situado o colocado en) de la glándula.

Las glándulas salivales mayores y menores, derivan embriológicamente del ectodermo primitivo del estomatodeo, estableciendo una estructura lobular característica casi a los cinco meses de desarrollo. Los primordios glandulares penetran en la submucosa en forma de invaginaciones tubulares que acaban diferenciándose en engrosamientos terminales con capacidad secretora.^{1,5}

Clasificación glandular

Las glándulas pueden dividirse por su tipo de secreciones en serosa, mucosa o mixta. La palabra serosa significa como suero; el suero es un líquido claro y acuoso. Las glándulas serosas contienen sólo células glandulares serosas y secretan saliva fluida que contiene ptialina, pero carece de mucina. Las glándulas mucosas sólo contienen células glandulares mucosas y secretan mucina bastante viscosa. El moco es un líquido un poco más viscoso. Cualquier glándula que produzca una mezcla de líquidos serosos y mucosos se denomina glándula mixta, las glándulas salivales mayores entran en este apartado.^{9,10}

En la cavidad bucal drenan tres glándulas mayores; parótida, submandibular y sublingual y numerosas glándulas salivales mucosas menores. La glándula parótida es solo serosa en el ser humano, la glándula submaxilar es mixta con predominio de células serosas, por lo que también se le denomina seromucosa, la glándula sublingual es mixta con predominio mucoso, por lo que se denomina seromucosa.^{1,10}

Anatomía

Glándula parótida.

La glándula parótida es la más voluminosa de las glándulas salivales. Es posterior a la rama de la mandíbula, inferior al conducto auditivo externo y anterior a las apófisis mastoides y estiloides y a los músculos que allí se insertan. La superficie de la glándula es lobulada, de coloración grisácea tirando al amarillo. Su peso, muy variable, es de 25 g de promedio.

Forma y relaciones de la parótida con las paredes de la celda parotídea.

La parótida llena una excavación profunda y anfractuosa, llamada celda parotídea, y su superficie se adapta exactamente a las paredes de ésta. La celda parotídea es irregularmente prismática triangular. Asimismo, la glándula parótida también es prismática triangular y presenta tres caras (lateral, anterior y posterior), dos extremidades o bases (superior e inferior) y tres bordes (anterior, medial y posterior).

La cara lateral, plana o ligeramente convexa, está cubierta por la lámina superficial de la fascia cervical, que se extiende anteriormente a la vaina del esternocleidomastoideo hasta la fascia masetéica.

La cara anterior tiene la forma de un canal vertical, cóncavo anteriormente. Se relaciona de lateral a medial: con el borde posterior del masetero cubierto por su fascia; con el borde posterior de la rama de la mandíbula, de la cual está separada por una delgada capa de tejido celular muy laxo; con el pterigoideo medial y su revestimiento facial inferiormente; con la parte posterior de la fascia interpterigoidea, representada por el ligamento esfenomandibular, superiormente, y finalmente con una membrana celulofibrosa que une el ligamento estilomandibular con el esfenomandibular. Esta membrana está bastante a menudo desplazada medial y anteriormente por la prolongación medial o faríngea de la parótida.

La cara posterior está orientada posteroinferior y medialmente; se relaciona, de lateral a medial, con el borde anterior del esternocleidomastoideo, el digástrico, el estilohioideo y el estilogloso. Estos músculos están rodeados y unidos entre sí por una lámina facial que se extiende desde el borde anterior del

esternocleidomastoideo a la pared de la faringe. Esta fascia está reforzada por el ligamento estilomandibular, que desciende anteriormente al estilogloso, y por el ligamento estilohioideo, que está situado en la prolongación de la apófisis estiloideas medialmente al músculo estiohioideo.

La glándula emite posteriormente dos prolongaciones, una entre los músculos esternocleidomastoideo y digástrico y otra entre el digástrico y la apófisis estiloideas.

La extremidad superior se relaciona con la articulación temporomandibular anteriormente y con el conducto auditivo externo posteriormente.

La extremidad inferior reposa en un tabique fibroso que separa la parótida de la glándula submandibular y que por esta razón se denomina tabique intersubmandibuloparotídeo. Esta lámina fibrosa está constituida en gran parte por una banda fascial que se extiende entre el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y el ángulo de la mandíbula, y por la parte interior del ligamento estilomandibular.

El borde anterior de la glándula avanza, más o menos según los individuos, sobre la cara lateral del masetero. En este borde, el conducto excretor de la parótida o conducto parotídeo emerge de la glándula. Frecuentemente, la parótida emite a lo largo del conducto parotídeo una prolongación anterior llamada prolongación masetérica. Esta prolongación algunas veces se separa de la masa glandular principal y forma una glándula parótida accesoria.

El borde posterior se corresponde con el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.

El borde medial sigue el ligamento estilomandibular. Puede llegar más medialmente a dicho ligamento cuando existe una prolongación faríngea de la parótida.

Relaciones de la parótida en la celda parotídea.

Todos los elementos óseos, ligamentosos, musculares y faciales que están en relación con la superficie de la glándula forman las paredes de la celda parotídea.

En la celda parotídea, la parótida está envuelta por una fina capa de tejido celular, diferente al de la fascia que limita su celda. En ciertas partes de la superficie glandular, este tejido se vuelve muy denso y la glándula se adhiere a las partes correspondientes de la celda.

La parótida está recorrida de inferior a superior por la carótida externa, que da sus ramas terminales en la parte superior de la glándula. También está recorrida de interior a superior por la vena yugular externa que nace en la parótida; a menudo se encuentra ahí la vena retromandibular o también la vena satélite de la carótida

externa (de Launay). La parótida está atravesada por el nervio facial. También está relacionada con numerosos nódulos linfáticos parotídeos. La parótida está dividida en dos lóbulos por el plano fibrocelular que ocupan en el espesor de la glándula el nervio facial, la vena yugular externa y la vena retromandibular.

Conducto parotídeo (de Stenon).

El conducto excretor de la parótida, llamado conducto parotídeo, es un conducto de paredes gruesas, blanquecino y ligeramente aplanado; mide aproximadamente 4 cm. de longitud y 3 mm. de diámetro. Nace en el espesor de la parótida, unas veces por medio de dos troncos de origen o raíces, una superior y otra inferior, y otras veces por un solo tronco colector que se dirige, a través de la glándula, oblicuamente en sentido superior y anterior.

El conducto parotídeo emerge del borde anterior de la glándula un poco superiormente a su parte media. Se dirige hacia la cavidad bucal atravesando sucesivamente las regiones masetérica e infraorbitaria, siguiendo de posterior a anterior en un desdoblamiento de la fascia masetérica. La distancia que lo separa de la arcada alcanza 15 mm. en el borde anterior de la parótida; disminuye de posterior a anterior y mide 1 cm. en el borde anterior del masetero. La dirección general está indicada por una línea horizontal que se dirige desde el trago hasta el borde inferior del ala de la nariz. La arteria transversa de la cara pasa superiormente al conducto.

Al llegar al borde anterior del masetero, el conducto se inclina medialmente y rodea la cara anterior del cuerpo adiposo de la mejilla (de Bichat), en un desdoblamiento de la hoja facial que recubre este cuerpo. Atraviesa después el buccinador, se desliza de posterior a anterior bajo la mucosa, en una extensión de algunos milímetros, y se abre en la boca por medio de un orificio cortado oblicuamente, frente al cuello del molar superior primero o segundo.

Vasos y nervios de la parótida.

Las arterias de la parótida son ramas parotídeas de la carótida externa y de la auricular posterior.

Las venas drenan en la yugular externa y en la retromandibular.

Los linfáticos van hacia los nódulos linfáticos parotídeos.

Los nervios proceden del auriculotemporal, del ramo auricular mayor del plexo cervical y del simpático anexo a la carótida externa.

Inervación funcional de la glándula parótida.

La parótida recibe su inervación secretora del nervio auriculotemporal, el cual transmite los impulsos que proceden del núcleo salivatorio inferior situado en la médula oblonga. Las fibras secretoras salen de este núcleo siguiendo primeramente la vía del nervio glossofaríngeo y después la del nervio timpánico y de los nervios petrosos menores que, unidos, terminan en el ganglio ótico.

Después de realizar allí un relevo, la vía secretora continúa con el nervio auriculotemporal, que la lleva hacia la glándula. ^{11,12}

Glándula submandibular

La glándula submandibular está situada en la porción lateral de la región suprahiodea, y ocupa la depresión angulosa comprendida entre la cara medial de la mandíbula por un lado y los músculos suprahiodeos y la cara lateral de la raíz de la lengua y de la faringe por otro.

Es gruesa como una almendra y pesa unos 7 g aproximadamente.

Su coloración es ligeramente rosada en el sujeto vivo, y de un blanco grisáceo en el cadáver.

Forma y relaciones.

La glándula submandibular está contenida en una excavación osteomusculofacial, llamada celda submandibular.

La glándula submandibular y su celda tienen evidentemente la misma forma y presentan ambas tres caras, tres bordes y dos extremidades.

La cara superolateral de la glándula se relaciona con la fosita submandibular de la mandíbula, y, posteriormente a esta fosita con la cara medial del pterigoideo medial.

La cara inferolateral está recubierta por la lámina superficial de la fascia cervical, el platismo y la piel.

La cara medial de la glándula está en relación: anteriormente, es decir, en la región del suelo de la boca, con los músculos digástrico, milohioideo e hiogloso, con el nervio hipogloso y, por medio del músculo hiogloso, con la arteria lingual; posteriormente, con la pared lateral de la faringe, cruzada a esa altura por el músculo estilgloso

El borde lateral rodea el borde inferior de la mandíbula.

El borde superior se relaciona: anteriormente, con la inserción mandibular del milohioideo; posteriormente, con la mucosa del surco alveololingual primeramente y con el espacio paratonsilar propiamente dicho después. Entre la mucosa alveololingual y la glándula pasa el nervio lingual. El nódulo linfático submandibular es superficial a la glándula.

El borde inferior, convexo inferiormente, desborda frecuentemente el hueso hioides.

La extremidad anterior de la glándula, un poco posterior al vientre anterior del músculo digástrico, sigue la línea de unión de la lámina superficial de la fascia cervical con la tascia del milohioideo.

La extremidad posterior se relaciona con el tabique intersubmandibuloparotideo.

La glándula submandibular se relaciona también, en el interior de la celda submandihular, con la vena facial, que cruza su cara lateral, con los nodulos linfáticos suhmandibulares dispuestos a lo largo dei borde interior de la mandíbula y con la arteria tacial, que rodea la glándula.

Prolongación anterior. De la cara medial de la glándula submandibular se desprende, posteriormente al músculo milohioideo, una prolongación glandular que se introduce superiormente a este músculo y se abraza a la cara medial de la extremidad posterior de la glándula sublingual

La disposición de esta prolongación glandular es tal que podemos decir que la submandibular se divide anteriormente en dos prolongaciones que pasan una medial y otra lateralmente al milollioideo; ahora bien, esta última es más voluminosa que la anterior v debe considerarse como parte del cuerpo mismo de la glándula.

Conducto submandibular (de Wharton)

El conducto excretor de la glándula submandibular, llamado conducto submandibular, es un conducto de paredes delgadas pero resistentes, aplanado en el cadáver y blanquecino; su longitud es de 4 a 5 cm y su diámetro de 2 a 3 mm.

El conducto submandibular procede de la unión de muchos conductos colectores. Emerge de la cara medial de la glándula y se dirige inmediatamente en sentido anteromedial. Este conducto acompaña primero a la prolongación anterior de la glándula; después avanza medialmente al milohioideo v a la glándula sublingual hasta la extremidad inferior del frenillo de la lengua. Cambia después de dirección y se adosa al del lado opuesto; se dirige directamente en sentido anterior en una distancia de 2 a 3 mm. y se abre en la cavidad bucal por medio del orificio umbilical. El nervio lingual lo rodea de lateral a medial y de posterior a anterior.

Vasos y nervios de la glándula submandibular.

Las arterias de la glándula submandibular proceden de la facial y la submentoniana

Las venas drenan en la vena facial

Los linfáticos drenan en los nódulos linfáticos submandibulares y los nódulos linfáticos superiores del grupo cervical lateral profundo superior.

Los nervios proceden del ganglio submandibular, del nervio lingual y de la cuerda del tímpano por medio del nervio lingual.^{11,12}

Glándula sublingual

La glándula sublingual esta situada en el suelo de la boca, profundamente a la mucosa del surco alveololingual, aplanada transversalmente y un poco afilada en sus extremidades. La sublingual pesa alrededor de 3 g. mide unos 3 cm. de largo, 5 mm. de altura y de 7 a 8 mm. de anchura.

Su coloración es semejante a la de la glándula submandibular.

Relaciones.

En la glándula sublingual se distinguen dos caras (lateral y medial), dos bordes (superior e inferior) y dos extremidades (anterior y posterior).

La cara lateral se relaciona con la fosita sublingual de la mandíbula y con el milohioideo.

La cara medial está en relación con los músculos geniogloso y longitudinal inferior, con el nervio lingual y el conducto submandibular.

El borde superior está recubierto por la mucosa del surco alveololingual, que forma a esta altura el pliegue sublingual.

El borde inferior acompaña al genihioideo, que ocupa el ángulo formado por el geniogloso y el milohioideo.

La extremidad anterior está en relación, posteriormente a la sínfisis mandibular, con la glándula del lado opuesto.

La extremidad posterior se relaciona con la glándula submandibular y con su prolongación anterior

Conductos excretores.

La glándula sublingual es una aglomeración de glándulas y posee tantos conductos excretores como pequeñas glándulas agrupadas.

Se cuentan de 15 a 30 conductos excretores. Uno de ellos, más voluminoso que los otros, llamado conducto sublingual mayor (de Rivinitis o de Bartiulin), nace de la parte media de la cara medial de la glándula, rodea el conducto submandibular y se abre lateralmente a éste en el vértice de la carúncula sublingual. Los otros conductos, denominados conductos sublinguales menores (de Walther), son pequeños y cortos y terminan lateralmente al conducto sublingual mayor, a lo largo del pliegue sublingual formado por la glándula.

Vasos y nervios.

Las arterias proceden de la sublingual.

Las venas drenan en las venas linguales profundas y en la vena lingual.

Los linfáticos drenan en los nódulos linfáticos submandibulares y en los nódulos linfáticos superiores del grupo cervical lateral profundo superior.

Los nervios proceden del ganglio sublingual y de la cuerda del tímpano por medio del nervio sublingual, ramo del nervio lingual.

Inervación funcional de las glándulas submandibular y sublingual

Las glándulas submandibular y sublingual reciben su inervación secretora del nervio lingual. Éste transporta los impulsos procedentes del núcleo salivatorio superior, situado en el puente. Las fibras secretoras de este núcleo siguen la vía del nervio facial y después la cuerda del tímpano, que se comunica con el nervio lingual.

Las fibras nerviosas hacen sinapsis en los pequeños ganglios submandibular y sublingual, de donde se desprenden los ramos que inervan cada una de las glándulas.¹³

Glándulas salivales accesorias.

De Las glándulas menores se distribuyen por toda la cavidad oral, a excepción del dorso de la lengua, y la encía adherida. Se calcula que como media existen en el paladar duro 450 glándulas menores, 220 en el paladar blando y 8 en la úvula.¹

Las cuatro capas que conforman la región palatina, (la que viene a nuestro interés); la capa glandular, esta formada por dos masas de pequeñas glándulas racimadas, las glándulas palatinas, que se encuentran situadas a cada lado de la línea media en el espesor mismo de la mucosa y presentan su máximo desarrollo en la parte posterior de la región, donde forman una capa continua y espesa^{11,12}

Fisiología glandular

Una glándula madura puede contener tres tipos de células acinares (secretoras): mucosas, seromucosas y serosas. En algunas glándulas los acinos mucosos están rodeados por semilunares serosas o seromucosas. Las células acinares están rodeadas por células mioepiteliales contráctiles rodeadas por una membrana basal.

Los líquidos y proteínas secretados pasan a los conductos intercalados y terminales de epitelio cúbico y avanza hacia los conductos estriados, ricos en mitocondrias. Estos dos elementos ductales de la glándula salival son componentes de los conductos intralobulillares. Numerosas unidades acinares secretan sus productos en estos conductos, que drenan colectivamente en conductos de tamaño mucho mayor formados por células basales de reserva, epitelio estratificado y células cúbicas o cilíndricas orientadas hacia la luz. Estos conductos mayores salen del lobulillo en forma de conductos secretores extralobulillares, que convergen, finalmente, en los conductos salivales principales.¹

Así se ha observado que los tubulos de las glándulas maxilares del ratón hembra grávido, aumentaban de calibre, y su aspecto se parecía al masculino; seis semanas después de terminar la gravidez las glándulas habían recuperado sus

dimensiones normales con las características histológicas de las glándulas femeninas.⁹

Etiología del adenoma pleomorfo.

Así como la etiología de otras neoplasias la del adenoma pleomorfo resulta también una incógnita. Sin embargo, existen factores que se han podido asociar a las tumoraciones de las glándulas salivales en general. Tales como:

- a) Algunos virus; como el polioma virus, el citomegalovirus, el papiloma virus (algunas cepas) y el virus de Epstein-Barr (este causa una lesión linfoepitelial maligna, presente en sujetos de origen esquimal).
- b) Radiación: se ha establecido una asociación con la exposición a la radiación y la tendencia a desarrollar tumores. Así los individuos expuestos a energía nuclear durante las explosiones en la segunda guerra mundial, los pacientes sometidos a radioterapia por tumores de cabeza y cuello presentan un gran riesgo a desarrollar tumores malignos, este riesgo es especialmente elevado entre los años 12 y 16 post exposición. La dosis mínima para desarrollar la lesión comienza en 150 rads.
- c) Ocupación: también se ha observado el riesgo laboral en sujetos que tienen contacto con productos del caucho, asbestos o están expuestos a metales.
- d) Estilo de vida: El tabaco y el alcohol son factores importantes en la mayoría de los tumores de cabeza y cuello, aunque no se encuentran asociados a la neoplasia de glándulas salivales excepto el tumor de Warthin.¹³
- e) Hormonas: aunque todavía se encuentra en tema de estudio se ha demostrado la presencia de receptores estrogénicos en tumores salivales.²

Muchos investigadores se han dado la tarea de determinar cuál es la causa de la diversidad morfológica de las células que componen la estructura microscópica del tumor. Batsakis y Regezi responsabilizan a la célula de reserva del conducto intercalado por su capacidad de diferenciarse en células ductales y mioepiteliales. Además observaron que el tejido tumoral puede presentar metaplasia mesenquimal. Dardick y colaboradores estudian el papel de las células de reserva ductal y mioepitelial estableciendo que una célula epitelial que ha presentado alteración neoplásica, tiene el potencial para realizar una rediferenciación multidireccional.¹⁴

Cuadro clínico

El adenoma pleomorfo es una neoplasia benigna habitualmente indolora y de crecimiento lento cuando se desarrolla en la parótida. Por lo general es una tumoración móvil salvo cuando se presentan en el paladar duro. En la mayoría de los casos no ulceran la mucosa que los recubre. Suelen localizarse por debajo de la oreja y detrás de la mandíbula.⁵

Las tumoraciones pueden aparecer por delante del esternocleidomastoideo y en el ángulo mandibular ejerciendo gran presión hasta causar su atrofia.⁵

Los sitios bucales mas afectados son el paladar y el labio.¹⁴ Son raros en niños aunque existen algunos casos reportados.¹⁵

El tamaño de los tumores varía desde unos cuantos milímetros hasta varios centímetros de diámetro y alcanza proporciones gigantes en las glándulas salivales mayores.⁵ Son de forma ovoidea, de superficie lisa o rugosa, a veces son masas de consistencia semidura y pueden ser nódulos únicos o incluso multilobulados.¹⁴ El peso del tumor varía debido a la cantidad de sus componentes. Cuando el tumor presenta abundante tejido condroide, este es duro firme y difícil de cortar. La superficie de corte muestra una cápsula bien definida de color grisáceo a oscuro,¹⁴ es de espesor variable según Regezi.

La localización puede ser parafaríngea o en orofaringe, si es así produce modificaciones en la voz, disfagia y disnea. También puede localizarse en el seno maxilar, produciendo modificaciones faciales.¹⁴

Exploración.

La región parotídea se presenta en forma de un surco más o menos acentuado dependiendo del estado nutricional del paciente, se vuelve más ancho en la extensión de la cabeza y por efecto de la propulsión de la mandíbula. En condiciones normales y aún poniendo a los músculos en estado de relajación es imposible reconocer por la palpación a la glándula del mismo nombre; sólo siendo esto posible cuando ésta última está aumentada de volumen por razones patológicas. Es importante entonces la inspección visual en la que se debe observar con gran cuidado su tamaño, localización, existencia de lobulación, características de la piel suprayacente, motilidad labial y ocular, Veremos modificada la forma normal de la región hacia el lado externo, o bien desplazando a la amígdala si es hacia el lado interno cuando se encuentra un proceso patológico como el adenoma pleomorfo.

En la región parotídea debe verificarse a la vez por su cara cutánea y por su cara faríngea: se aplican los dedos de una mano, formando gancho en el surco parotídeo, a la vez que se introduce el índice de la otra mano en el fondo de la cavidad bucal, aplicándolo sobre la parte correspondiente de la faringe; con esta palpación bimanual es posible, apreciar los cambios de consistencia y de volumen de la parótida. Así también las relaciones que establece con los tejidos profundos y con la piel que la cubre, la posibilidad de movilización y la respuesta dolorosa a la palpación.^{16,17} Aunque el dolor no es signo característico en los pacientes con adenoma pleomorfo, el tamaño de la tumoración puede ser de gran incomodidad al paciente e incluso hasta causar dolor.

El piso de la cavidad oral se explora fácilmente introduciendo un dedo en la misma y un dedo de la otra mano aplicada sobre la región suprahiodea. De esta forma se percibirán los menores cambios de consistencia de los diversos planos que constituyen la región. Palparemos una consistencia blanda y depresible cuando los músculos están en reposo, cuando ordenamos al examinado que abra la boca y nos oponemos a este movimiento, esta región se inmoviliza y endurece.

La glándula submandibular no es visible en condiciones normales: Su aumento de tamaño es indicativo de patología, se debe valorar si el cuadro es unilateral o bilateral, si es doloroso a la palpación o si es continuo o intermitente, se debe diferenciar de adenomegalias de cualquier origen. Se deben evaluar las características de la piel vecina. Si la tumefacción se observa tanto interna como externamente, se debe sospechar de una tumefacción de origen glandular. Si la tumefacción es evidente a la palpación extraoral debe sospecharse un origen ganglionar.^{2,11}

La glándula sublingual se localiza en la parte anterior del piso de la cavidad oral, por encima del músculo milohiideo. Es fácilmente visible y palpable, pero es en esta glándula en donde el adenoma pleomorfo se encuentra con menor frecuencia.²

Las glándulas salivales menores que se encuentran dispersas en la cavidad oral, no son visibles en condiciones normales. Las tumoraciones aparecen como masas de crecimiento lento, que con frecuencia infiltran y ulceran la mucosa oral, pudiendo causar erosiones óseas. La región palatina en específico el paladar duro es la zona más afectada por el adenoma pleomorfo, observando un aumento de volumen, indoloro, e inmóvil.^{2,16}

Auxiliares de diagnóstico

Citología por aspiración con aguja fina.

Es un procedimiento sencillo y confiable mostrando entre un 89.5% y un 96.2% de acierto diagnóstico.¹⁸ Evita el traumatismo quirúrgico inapropiado. Se efectúa de forma ambulatoria y sin anestesia local.^{2,19}

Aspiración con aguja fina.

Usada en el diagnóstico de masas de las glándulas salivales. Existen pocos resultados positivos falsos, pero unos cuantos casos de falsos negativos. Por lo tanto, si el diagnóstico no coincide con la impresión clínica, debe hacerse una biopsia abierta.

Indicaciones.

- Determina si la masa es benigna o maligna.
- Determina el tejido de origen de la masa.
- Determina el modo de tratamiento; pudiera requerirse de mayor investigación.

Complicaciones.

- Las complicaciones más frecuentes son el hematoma y
- La toma de un espécimen no diagnóstico.

Técnica.

1. Palpe la lesión y determine la distancia desde la superficie de la piel.
2. Prepare antisépticamente el área de entrada.
3. Use una jeringa de 20 ml. Con una aguja calibre 21 a 22.
4. Comience con el embolo puesto en la marca de 5 ml. Este aire permitirá que los contenidos provenientes de la luz de la aguja puedan ser expelidos después de la biopsia.
5. Fije el objetivo entre el dedo índice y el pulgar de una mano
6. Penetre la lesión vía la trayectoria más corta y mueva la punta dentro del tejido blanco para desprender las células y poder obtener una muestra representativa (debe mantenerse la presión negativa con el émbolo durante todo el procedimiento)
7. Remueva la aguja del tejido y use los 5 ml. De aire contenidos dentro de la jeringa para expeler el contenido celular desde la luz de la aguja al portaobjetos de vidrio y fije inmediatamente con alcohol al 95% o fijador de cabello.¹⁹

Existen otros auxiliares de diagnóstico como la tomografía axial computarizada (TAC) de senos paranasales, la ecografía, la resonancia magnética nuclear (RMN), la gammagrafía, entre otros que nos brindan ayuda para determinar la extensión y los márgenes del tumor. También existen publicaciones que pretenden por medio de estos estudios dar una predicción del curso anatómico del nervio facial en la parotida, encaminados a la planeación quirúrgica.²⁰ Sin embargo, estos métodos resultan costosos y aplican radiación innecesaria ya que

con una PAAF el margen de error para el diagnóstico del adenoma pleomorfo es mínimo.

Histopatología

Los tumores salivales pueden derivar de cualquiera de los componentes celulares del árbol glandular, como células ductales basales o de reserva, conductos estriados, conductos intercalados, acinos y células mioepiteliales. La mayoría de los adenomas benignos son delimitados infiltrantes y encapsulados.¹

El adenoma pleomorfo está compuesto fundamentalmente, por una proliferación de células mioepiteliales y por un amplio espectro de componentes del tejido epitelial y mesenquimal rodeado por una nítida cápsula fibrosa.¹

Casi una tercera parte de estas malformaciones posee una proporción igual de elementos epiteliales y mesenquimatosos.⁵ El componente epitelial puede configurarse en un gran número de patrones, incluyendo aquellos que forman glándulas, bandas y láminas sólidas. A la complejidad histológica se añaden mezclas estromales de tejido mixoide, condroide, hialino y raras veces de tejido adiposo y óseo. Los componentes mioepiteliales pueden ser de dos tipos morfológicos: células plasmacitoides y células fusiformes.

El examen de tejido conectivo fibroso comprimido limitante a la pseudo cápsula que rodea el tumor puede revelar islotes de tejido en su interior, a veces extendidos a través de la misma.⁵ Las células epiteliales son cilíndricas aunque también pueden ser ovaladas o cúbicas y presentan núcleos grandes y bien definidos. Dichas células pueden agruparse en hileras o cordones o formando conductos que en ocasiones su luz contiene una forma especial de mucina llamada mucina epitelial. En otros acini se ha encontrado un material parecido al coloide de la tiroides que se ha denominado mucina mesenquimatosas.¹⁵

Componente mesenquimatoso. La gran mayoría presenta áreas extensas de tejido mixoide con células alargadas o estrelladas, de núcleos ovoides. En algunas zonas el tumor muestra pseudocartilago y en menor proporción tejido condroide bien diferenciado. Con pocas variaciones las células en la matriz cartilaginosa, son de apariencia uniforme, larga, ovalada o irregular, que tienen procesos citoplasmáticos que se extienden hacia el estroma, el núcleo es desigualmente cromático, al igual que el nucleolo. Muy rara vez puede observarse la formación de tejido óseo hay tumores cuyo componente mesenquimatoso es simplemente tejido conjuntivo fibroso.¹⁵

Actualmente se realizan estudios de Inmunofluorescencia para estudiar los componentes condroides hallados en el adenoma pleomorfo.²¹ Utilizando esta misma técnica se buscan factores de crecimiento óseo en esta lesión neoplásica.²²

Diagnóstico diferencial

Todas las neoplasias de glándulas salivales de origen benigno se observan como aumentos de volumen no dolorosos de lenta evolución, la variación por sexo y edad, es mínima, por tales razones solo el estudio histopatológico determinara con certeza un diagnóstico definitivo, las siguientes son las neoplasias más frecuentes de glándulas salivales.

El mioepitelioma es un tumor epitelial benigno que se caracteriza por estar compuesto total o mayoritariamente por células mioepiteliales, en ocasiones se considera una variación del tumor mixto benigno. La mayor parte de estos se origina en la parótida aunque puede estar presente en las glándulas menores, clínicamente se observa como masas circunscritas e indoloras dentro de la glándula afectada, no hay predilección por sexo aparece en un promedio de 53 años de edad.⁵

El oncocitoma o adenoma oxifílico y el adenoma de células basales son tumoraciones benignas, clasificadas dentro de los adenomas monomórficos que tienen gran predilección por la parótida y aparecen en adultos después de la 4ª y 5ª década de la vida. En el examen clínico el oncocitoma tiende a ser una anomalía sólida, redonda u ovoide, encapsulada y a menudo menor de 5 cm. De diámetro cuando aparece en las glándulas salivales mayores. Raras veces se presenta en la boca. En algunos casos es bilateral. El cuadro clínico del oncocitoma es muy poco diferencial al de el adenoma pleomorfo o de otros tumores benignos de las glándulas salivales, su diferenciación será más bien en el estudio histopatológico; ya que presentara oncocitos (células ácidofilas granulares de gran tamaño que se localizan en los conductos intralobulillares).

El adenoma de células basales puede distinguirse por medio de la palpación al igual que el adenoma pleomorfo es indoloro y de crecimiento lento, varia de 1 a 5 cm. En su mayor dimensión. Se presenta con mayor frecuencia en glándulas salivales mayores, paladar, mucosa bucal y labio inferior. El promedio de edad es de 60 años con predilección al sexo masculino. Estos adenomas son en realidad muy poco frecuentes.^{1,5}

El cistadenoma papilar linfomatoso también conocido como tumor de Warthin, se presenta como el segundo tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales mayores, con predilección por la parótida y siendo más frecuente en el sexo masculino, se cree que esta neoplasia se origina a partir de los ganglios linfáticos en las primeras etapas embrionarias del desarrollo de las glándulas salivales. En la parótida aparece como una masa pastosa o quística en el polo inferior de la glándula por detrás y adyacente al ángulo de mandíbula. Su cercanía con la glándula submaxilar puede dar la impresión de que se origina en esta.^{1,5}

Lesión linfopitelial benigna o enfermedad de Mikulicz, considerada en un inicio de origen inflamatorio y luego se asumió a procesos neoplásicos o pseudoneoplásicos. La evidencia más reciente indica que se trata de una anomalía inmunitaria. Puede observarse como un trastorno aislado o como una de las manifestaciones del síndrome de Sjögern y tal vez por enfermedad por HIV. Clínicamente se observa aumento de tamaño de la glándula afectada asintomático y progresivo puede ser unilateral y con el tiempo se convierte en bilateral, es característica frecuente la xerostomía que suele complicarse con infección bacteriana, y debido a esto la lesión se presenta nodular.⁵

Otros trastornos observados en adultos y con predilección en la parótida son las sialoadenosis, estas son; desordenes no inflamatorios debidos a enfermedades de origen metabólico, (Diabetes, menopausia, enfermedad tiroidea, atrofia testicular y pacientes VIH positivos) y de secreción del parénquima, solo que esta afección es bilateral, y obedece a alteraciones en la inervación vegetativa.¹

El carcinoma de células acinares, se puede presentar clínicamente como un tumor benigno aun que el dolor y la parálisis facial son hechos excepcionales, la evolución suele ser lenta. La agresividad y la metástasis son indicadores de una lesión maligna.^{19,2}

Tratamiento

El tratamiento de los adenomas pleomorfos es quirúrgico. La extensión de la cirugía varía dependiendo del criterio del Cirujano, hay quienes deciden una excisión local cuidadosa para eliminar lo menos posible de tejido, hasta la extirpación amplia del tumor con márgenes amplios de tejido sano. La enucleación simple de estos tumores no puede recomendarse, ya que a pesar de que puede haber un plano bien marcado de separación entre la glándula y la neoplasia, en la mayoría de las zonas, el plano de separación puede encontrarse, inmediatamente por debajo del tumor. Además, los nidos de tejido tumoral dentro de la cápsula y las excrescencias peri-insulares pueden ser quirúrgicamente inaccesibles. Desde que la extirpación quirúrgica de la glándula es total las recidivas han disminuido. En los tumores del lóbulo profundo se realiza parotidectomía superficial con conservación del nervio facial y extirpación del lóbulo profundo.^{1,2,14}

En tumores que afectan las glándulas submandibular y sublingual la exeresis glandular total es el tratamiento más común.¹⁵

Los adenomas pleomorfos de las glándulas salivales menores por lo general se tratan de manera más conservadora. La forma más adecuada del tratamiento es la eliminación de la neoplasia junto con una porción de tejido vecino normal, incluyendo la porción superficial de la mucosa.¹⁵

Se ha descrito 4 abordajes para la exeresis de los adenomas pleomorfos intranasales: transparietal, rinotomía lateral, osteotomía Lefort I y endonasal, siendo esta última la más eficaz y menos agresiva para reacción primaria, así como la más utilizada actualmente.⁷

Técnica quirúrgica

Existen varias técnicas de incisión para acceso a la glándula parótida, como la descrita desde 1903 por Gutierrez teniendo modificaciones y otras propuestas realizadas por otros, como Appiani, Adson y Ott, Redon, Samengo, siempre tratando de lograr una mejor visibilidad, control de las estructuras adyacentes y una cicatrización más estética.²³

El procedimiento para la exeresis total del tumor en la glándula parótida que se realiza en el servicio de cirugía maxilofacial del ISSSTE es la técnica de incisión en forma de "S", la cual se realiza con anestesia general balanceada y entubación orotraqueal.

La técnica quirúrgica es la siguiente: se introduce una gasa en forma de garbanzo en el conducto auditivo externo, se procede a realizar asepsia y antisepsia con yodopovidona, se colocan campos estériles en la forma convencional, se pinta la incisión con violeta de genciana, a 3 mm. anterior al pabellón auricular, desde la mitad del trago hasta la porción más inferior del lóbulo de la oreja, continua con una curvatura hacia atrás hasta llegar a la región más anterior de la apófisis mastoides, se dirige hacia abajo a 3 cm. por detrás del borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula, siguiendo la dirección del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, al llegar al ángulo inferior de la mandíbula se realiza una nueva curvatura hacia adelante a 2 cm. del borde inferior de la mandíbula.

Se inicia la incisión de una sola intención hasta la fascia parótidea, se realiza disección hacia la línea media. Se descubre el músculo esternocleidomastoideo que es el primer punto de referencia. La disección roma de los contornos de la glándula parótida se inicia de arriba abajo, de atrás hacia delante, localizando el cartilago inferior del conducto auditivo externo segundo punto de referencia.

En la profundidad por debajo de la cola de la parótida es donde se localiza el tercer punto de referencia que es el vientre posterior del músculo digástrico. El tronco principal del nervio facial se localiza por encima del músculo digástrico. En este sentido, profundizando, se localiza la apófisis estiloides que es el cuarto punto de referencia. Cautelosamente se realiza la parotidectomía, separándola de las ramas terminales del nervio facial, y posteriormente de las ramas colaterales. La tracción excesiva de los tejidos provoca lesión al tronco principal del nervio facial. El uso del electrocauterio se limita a regiones alejadas al nervio facial. Posteriormente se observa al nervio facial sobre el músculo masetero.

Se finaliza el tratamiento con sutura de la piel y dejando un dren con presión negativa que se saca por contrabertura y un aposito compresivo.²⁴

Pronóstico

El pronóstico para los pacientes con tratamiento radicales de estas afecciones es bueno, la recidiva se ha reducido en gran escala, se maneja de un 13% a un 1%.^{1,4} Algunos autores recomiendan la radioterapia para evitar la recurrencia del tumor después de la resección del adenoma recidivante.^{3,18}

Un porcentaje elevado de las recidivas de adenoma pleomorfo se producen antes de los 5 años Cuando recidivan como cáncer el 45% lo hace después de los 10 años.^{3,25} Para Ontake y colaboradores la recidiva dependerá entonces del tratamiento temprano de la tumoración y la extirpación completa de la misma.⁶

Objetivo general

Identificar los criterios para la valoración y el diagnóstico del adenoma pleomorfo y determinar su manejo quirúrgico en el Hospital Ignacio Zaragoza del ISSSTE.

Objetivos específicos.

Identificar cuáles son las características clínicas que se presentan en el adenoma pleomorfo.

Determinar la frecuencia de los pacientes con adenoma pleomorfo de acuerdo a la edad y sexo.

Identificar cuál es la glándula salival en la que aparece con más frecuencia el adenoma pleomorfo.

Establecer cuál es el tiempo promedio de evolución antes de solicitar un tratamiento quirúrgico para el adenoma pleomorfo.

Determinar la frecuencia de la recidiva posterior al tratamiento quirúrgico del adenoma pleomorfo.

Hipótesis

El manejo quirúrgico del adenoma pleomorfo requiere de la eliminación total de la glándula afectada conservando en lo posible los tejidos sanos adyacentes.

Metodología.

Tipo de estudio: descriptivo, transversal, prolectivo.

Población de estudio: pacientes de ambos sexos y diferentes edades, intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital Ignacio Zaragoza del ISSSTE.

Periodo de investigación: enero de 1995 a mayo del 2003.

Variables	Tipo de variable	Definición	Operacionalización
Sexo	Cualitativa	Características fenotípicas del sujeto	Masculino, femenino
Edad	Cuantitativa	Edad cronológica tomada del expediente del sujeto	Intervalos de 3 décadas: 10 a 30, 31 a 50, 51 a 70.
Adenoma pleomorfo	Cualitativa	Neoplasia benigna de glándula salival mayor o menor	Aumento de volumen, consistencia, tamaño variable.

Criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos y diferentes edades que fueron valorados, diagnosticados e intervenidos quirúrgicamente para el tratamiento del adenoma pleomorfo en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital Ignacio Zaragoza del ISSSTE en el período comprendido de enero de 1995 a mayo del 2003.

Criterios de exclusión: pacientes de ambos sexos y diferentes edades que fueron intervenidos quirúrgicamente para el tratamiento de adenoma pleomorfo en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital Ignacio Zaragoza del ISSSTE antes de enero de 1995 y posteriores a mayo del 2003.

Técnica e instrumentos: se registra a cada uno de los pacientes intervenidos quirúrgicamente para el tratamiento del adenoma pleomorfo en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital Ignacio Zaragoza del ISSSTE en el período comprendido de enero de 1995 a mayo del 2003 en una hoja de concentración, (anexo 1) la cual contiene los siguientes datos:

- Numero de expediente.
- Edad.
- Sexo.
- Tiempo de evolución.
- Localización.
- Tamaño de la lesión.
- Consistencia.
- Recidiva.
- Diagnóstico clínico corroborado con el histopatológico.

Recopilación de la información: se recopila la información de la bitácora de cirugía maxilofacial (libro de diario de programación, procedimientos trans y post operatorios de cirugías realizadas) y de los expedientes clínicos, y el informe final histopatológico de los pacientes valorados, diagnosticados y tratados en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital Ignacio Zaragoza del ISSSTE en el período comprendido de enero de 1995 a mayo del 2003. Asistencia a procedimiento quirúrgico para la excisión quirúrgica de adenoma pleomorfo.

Presentación de información: Se elaboran tablas de promedios y porcentajes de las diferentes variables, y se elaboran graficas para la presentación de las mismas.

Recursos

Humanos:

- Pasante de la carrera de Cirujano Dentista.
- Director del proyecto de investigación.
- Asesor del proyecto de investigación.
- Médicos de base, residentes y personal de enfermería del servicio de cirugía maxilofacial del hospital Ignacio Zaragoza del ISSSTE.

Materiales:

- Hoja de concentración de información.
- 2 lápices.
- Cámara fotográfica digital.
- Bitácora de cirugía maxilofacial (libro de diario de programación, procedimientos trans y post operatorios de cirugías realizadas) del servicio de cirugía maxilofacial del hospital Ignacio Zaragoza del ISSSTE
- Expedientes clínicos de los pacientes en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital Ignacio Zaragoza del ISSSTE.
- Informe final histopatológico.

Físicos:

- Instalaciones del hospital Ignacio Zaragoza del ISSSTE.
 - Área de consulta externa.
 - Área de quirófanos.
 - Archivo.
- Biblioteca de la facultad de estudios superiores Zaragoza.

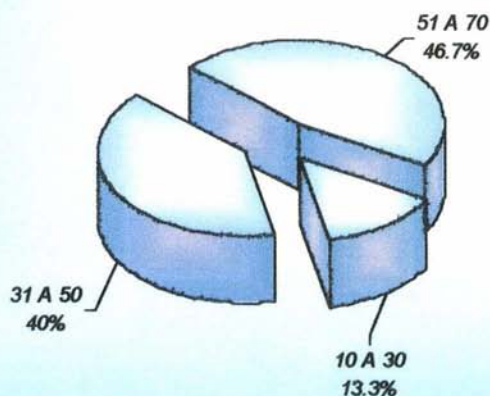
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO Y GRAFICA 1

EDAD DE PACIENTES CON ADENOMA PLEOMORFO TRATADOS EN EL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA DEL ISSSTE (1995 - 2003).

EDAD	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
10 - 30	2	13.3%
31 - 50	6	40.0%
51 - 70	7	46.7%
TOTAL	15	100%

GRAFICO 1
PORCENTAJE DE EDAD EN PACIENTES CON ADENOMA
PLEOMORFO TRATADOS EN EL HOSPITAL ISSSTE ZARAGOZA
(1995 - 2003).

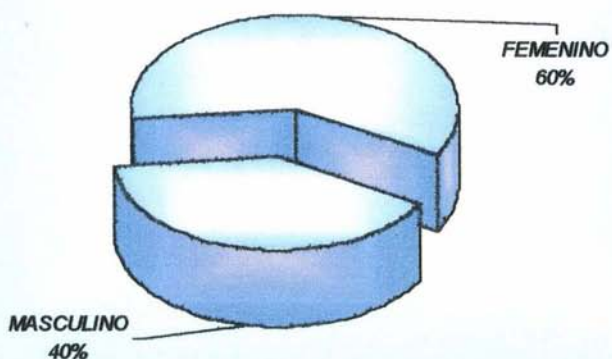


CUADRO Y GRAFICA 2

SEXO DE PACIENTES CON ADENOMA PLEOMORFO TRATADOS EN EL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA DEL ISSSTE (1995 - 2003).

SEXO	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	6	40.0%
FEMENINO	9	60.0%
TOTAL	15	100%

GRAFICO 2
PORCENTAJE DEL SEXO DE PACIENTES CON ADENOMA PLEOMORFO TRATADOS EN EL HOSPITAL ISSSTE ZARAGOZA (1995 - 2003).

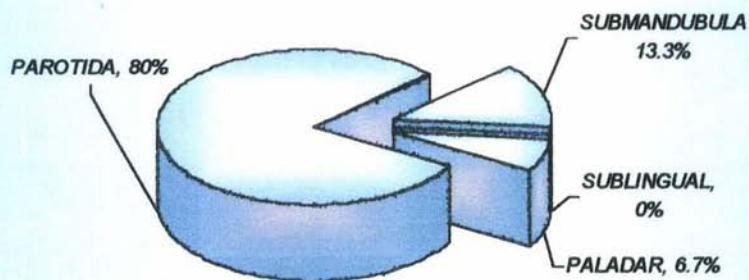


CUADRO Y GRAFICA 3

LOCALIZACION DE LA GLANDULA AFECTADA POR ADENOMA PLEOMORFO DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA DEL ISSSTE (1995 – 2003).

GLANDULA EN QUE SE LOCALIZA	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
PAROTIDA	12	80%
SUBMANDIBULAR	2	13.3%
SUBLINGUAL	0	0%
PALADAR	1	6.7%
TOTAL	15	100%

GRAFICO 3
PORCENTAJE DE PACIENTES CON ADENOMA PLEOMORFO SEGUN LA GLANDULA AFECTADA. HOSPITAL ISSSTE ZARAGOZA (1995 - 2003)

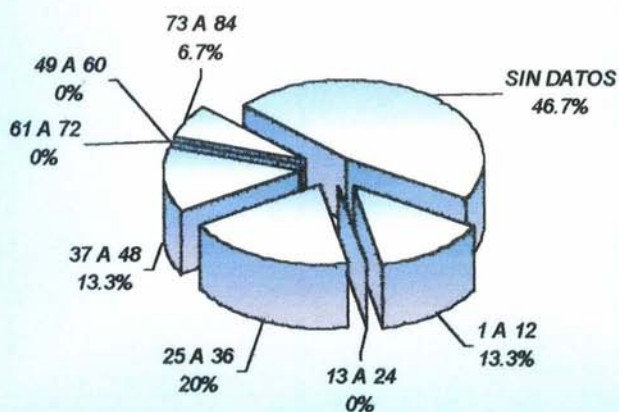


CUADRO Y GRAFICA 4

TIEMPO DE EVOLUCION EN MESES DE PACIENTES CON ADENOMA PLEOMORFO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA DEL ISSSTE (1995 – 2003).

TIEMPO DE EVOLUCION MESES	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
1 - 12	2	13.3%
13 - 24	0	0%
25 - 36	3	20.0%
37 - 48	2	13.3%
49 -60	0	0%
61 - 72	0	0%
73 - 84	1	6.7%
SIN DATOS	7	46.7%
TOTAL	15	100%

GRAFICO 4
PORCENTAJE DEL TIEMPO DE EVOLUCION EN MESES DEL
ADENOMA PLEOMORFO EN PACIENTES TRATADOS EN EL
HOSPITAL ISSSTE ZARAGOZA (1995 - 2003)

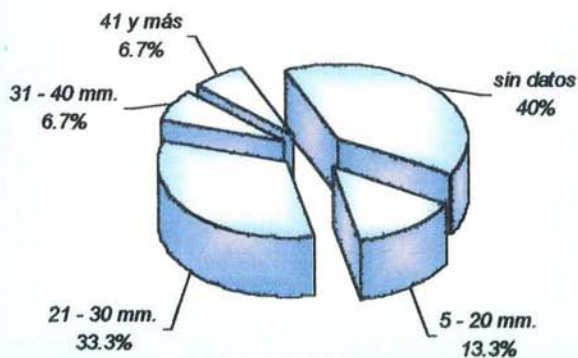


CUADRO Y GRAFICO 5

TAMAÑO DEL ADENOMA PLEOMORFO DE LOS PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA DEL ISSSTE (1995 – 2003).

TAMAÑO DEL ADENOMA EN MM.	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
5 – 20	2	13.3%
21 – 30	5	33.3%
31 – 40	1	6.7%
41 y más	1	6.7%
Sin datos	6	40.0%
TOTAL	15	100%

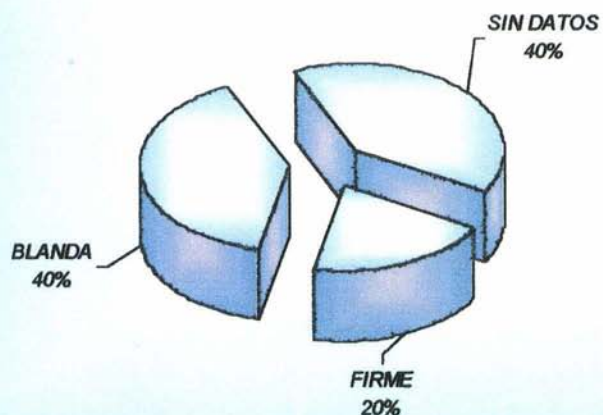
GRAFICO 5
PORCENTAJE DEL TAMAÑO QUE PRESENTO EL ADENOMA PLEOMORFO EN PACIENTES TRATADOS DEL HOSPITAL ISSSTE ZARAGOZA (1995 - 2003)



CUADRO Y GRAFICA 6**CONSISTENCIA DE LOS ADENOMAS PLEOMORFOS EXCISIONADOS EN EL HOSPITAL
IGNACIO ZARAGOZA DEL ISSSTE (1995 – 2003).**

CONSISTENCIA	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
FIRME	3	20.0%
BLANDA	6	40.0%
SIN DATOS	6	40.0%

GRAFICO 6
PORCENTAJE DE LA CONSISTENCIA DE LOS ADENOMAS PLEOMORFOS
EXCISIONADOS A LOS PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL
ISSSTE ZARAGOZA (1995 - 2003)

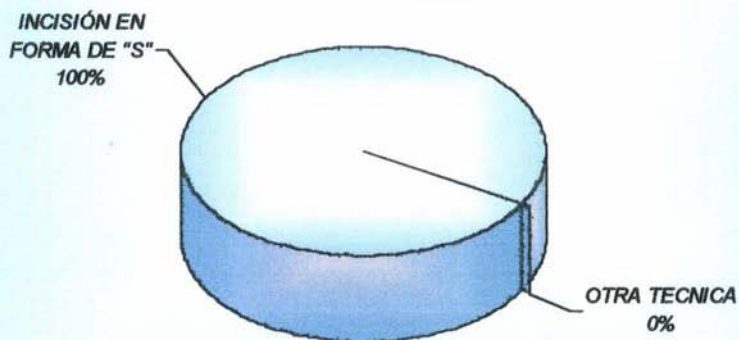


CUADRO Y GRAFICA 7

TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA PARA EL TRATAMIENTO DE ADENOMA PLEOMORFO EN EL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA DEL ISSSTE (1995 – 2003).

TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
INCISION EN FORMA DE "S"	15	100%
OTRA TECNICA	0	0%
TOTAL	15	100%

GRAFICO 8
PORCENTAJE DE LA TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA PARA EL TRATAMIENTO DE ADENOMA PLEOMORFO EN EL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA DEL ISSSTE (1995 – 2003).

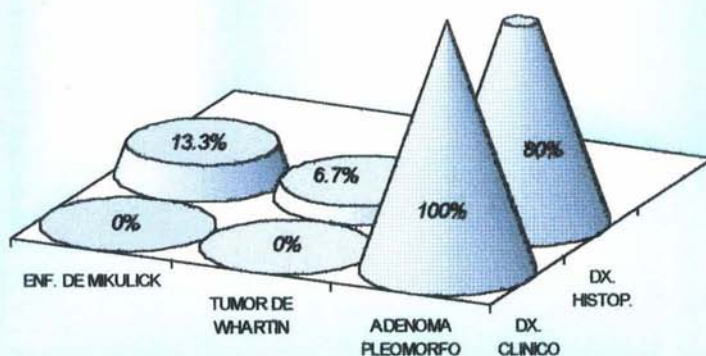


CUADRO Y GRAFICA 8

DIANOSTICO CLINICO CORROBORADO CON EL HISTOPATOLOGICO EN PACIENTES TARATADOS CON ADENOMA PLEOMORFO EN EL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA DEL ISSSTE (1995 – 2003).

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA	DIAGNOSTICO CLINICO		DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	
	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
ADENOMA PLEOMORFO	15	100%	12	80.0%
TUMOR DE WARTHIN	0	0%	1	6.7%
ENFERMEDAD DE MIKULICK	0	0%	2	13.3%
TOTAL	15	100%	15	100%

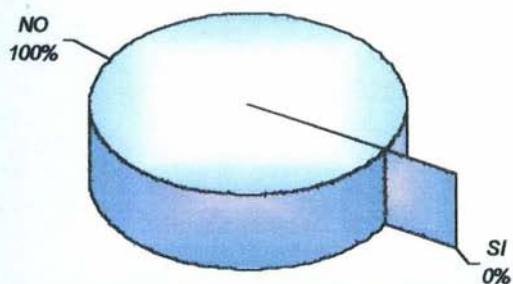
GRAFICA 8
DIAGNOSTICO CLINICO CORROBORADO CON EL HISTOPATOLOGICO EN PACIENTES TRATADOS DE ADENOMA PLEOMORFO EN EL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA DEL ISSSTE (1995 – 2003).



CUADRO Y GRAFICA 9**RECIDIVA DEL ADENOMA PLEOMORFO DE PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL
IGNACIO ZARAGOZA DEL ISSSTE (1995 – 2003).**

RESIDIVA	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	15	100.0%
TOTAL	15	100%

GRAFICO 9
PORCENTAJE DE RECIDIVA DE ADENOMA PLEOMORFO EN LOS
PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL ISSSTE ZARAGOZA (1995 -
2003).



RESULTADOS

Siete de los pacientes que representan un 46.7% presentaron adenoma pleomorfo entre los 51 y 70 años, entre los 31 y 50 años 6 pacientes presentaron adenoma pleomorfo que representa el 40%, solo 2 casos se presentaron entre los 10 y 30 años de edad lo que representa un 13.3%. (Cuadro y grafica 1)

Respecto al sexo de los pacientes con adenoma pleomorfo, el femenino presento 9 casos lo que representa un 60%, en tanto que el sexo masculino con solo el 40% y 6 casos (cuadro y grafica 2).

Con relación a la localización del adenoma pleomorfo, en la parotida 12 casos se reportaron, lo que equivale a un 80%, seguido por la glándula submaxilar con 2 casos lo que representa un 13.3% y, en el paladar un caso, lo cual representa un 6.7% de todos los casos reportados. En nuestro estudio la glándula sublingual no reporto ningún caso con afectación. (cuadro y grafica 3).

En cuanto al tiempo de evolución el grupo de 25 a 36 meses representa el 20%, con un total tres casos, los grupos de 1 a 12 y de 37 a 48 meses, con dos pacientes cada uno, representando el 13.3% cada grupo, sólo un paciente estuvo presente en el grupo de 73 a 84 meses de evolución representando el 6.75%, en los grupos de 13 a 24, de 49 a 60 y de 61 a 72 no se presentaron casos. Del 46.7% del total que representa 6 pacientes no fue posible obtener esta información. (cuadro y grafica 4).

En cuanto a las dimensiones del adenoma pleomorfo en 5 pacientes la lesión presentó un tamaño entre 21 a 30 mm. representando un 33.3%, en dos casos de 5 a 20 mm. lo que representa un 13.32%, en los rubros de 31 a 40 mm. y de 41 y mas mm. se reporto un paciente en cada uno, con un 6.7%, para cada rubro. En 6 de los 15 casos reportados, un 40% no se pudieron encontrar datos referentes a este apartado. (cuadro y grafica 5).

En el 40% de los casos de adenoma pleomorfo la consistencia fue blanda lo que representa un total de 6 casos, mientras que el 20% fue de consistencia dura lo que representa solo 3 pacientes, en 6 de los pacientes no se registraron datos lo cual representa el 40% restante (cuadro y grafica 6).

El 80% de los diagnósticos clínicos corroborados con el diagnostico histopatológico fue de adenoma pleomorfo con 12 pacientes, el 13.3% que representa a 2 pacientes presentaron enfermedad de Mikulick y solo un paciente presento tumor de Whartin lo cual representa un 6.7% (cuadro y grafica 7).

Ninguno de los 15 pacientes tratados con adenoma pleomorfo presento recidiva (cuadro y grafica 8).

CASO CLINICO

Ficha de identificación.

Nombre: L V S
 Edad: 39 años
 Sexo: Femenino
 Estado civil: soltera
 Ocupación: empleada de gobierno.
 Lugar de nacimiento y residencia:
 Estado de México.



Motivo de consulta

- ✓ La paciente acude al servicio de cirugía maxilofacial por presentar aumento de volumen por delante y debajo de la oreja.

Padecimiento actual

- ✓ INICIO HACE 6 MESES
- ✓ AUMENTO DE DIMENSIONES EN LOS ULTIMOS 2 MESES.
- ✓ DOLOR A LA FLEXION Y ROTACION DEL CUELLO
- ✓ XEROSTOMIA LEVE.

Antecedentes heredofamiliares.

- ✓ ABUELO MAT: FINADO, ANT. ASMA
- ✓ ABUELA MAT: FINADA, ANT. HAS
- ✓ PADRE: FINADO, ANT. ALCOHOLISMO
- ✓ MADRE: FINADA, ANT. HAS Y CARDIOPATIA
- ✓ RESTO FAMILIARES: CARDIOPATIAS Y HAS

Antecedentes personales no patológicos

- ✓ ALCOHOLISMO (+)
- ✓ TABAQUISMO (+)

Antecedentes personales patológicos

- ✓ TIROIDECTOMIA (1987)
- ✓ ACTUALMENTE CON HIPOTIROIDISMO
- ✓ BAJO TX CON TRIYODOTIRONINA Y TIROXINA
- ✓ HISTERECTOMIA (1997)
- ✓ GASTRITIS
- ✓ ALERGICOS NEGADOS.

Interrogatorio por aparatos y sistemas.

- ✓ GASTRITIS.

Somatometria y signos vitales.

T:A: 120/70 mm/Hg F:C: 100/ min. F:R: 26/ min. Temp: 37.3°
 Talla : 1.58 mts. Peso : 84.0 Kg.

Exploración física

- ✓ AUMENTO DE VOLUMEN PREAURICULAR Y SUBMANDIBULAR IZQUIERDA
- ✓ 4X4 CM APROX.
- ✓ NO ADENOMEGALIAS
- ✓ MUCOSAS HIDRATADAS
- ✓ SIN EXUDADO.

Exploración intrabucal.

- ✓ GINGIVITIS GENERALIZADA
- ✓ PRESENCIA DE PLACA DENTOBACTERIANA EN ORGANOS DENTALES SUPERIORES POSTERIORES
- ✓ CARIES DE PRIMER GRADO

Diagnóstico.

- DX: TUMORACION PAROTIDEA IZQUIERDA

Estudios de laboratorio.

- CITOLOGIA (22.NOV.2002):
- Tumor mixto o malformación aguda.
- LABORATORIALES (5.12.2002)
- QS: GLUC: 100 UREA: 26 CREAT: 0.72
- TTP: 31.669 TEST: 31.7
- BH: ERITROS: 4.98 HGB: 14.8 HCT: 44.5
- LEUCOS: 7.1 PLAQ: 308

Diagnóstico diferencial

- ✓ HIPOTIROIDISMO
- ✓ SIALOLITIASIS VS. ADENOMA PLEOMORFO

Tratamiento.

- PAROTIDECTOMIA IZQUIERDA



Figura 2: vista lateral derecha que muestra el lado no afectado.

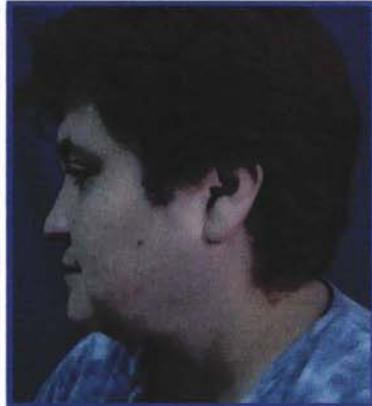


Figura 3 : vista lateral izquierda en la que se observa tumoración de la región parótidea.



Figura 4: vista lateral izquierda que muestra coloración rojiza en la región parótidea.



Figura 5: vista en proyección submentovertex que muestra tumoración marcada del lado izquierdo.



Figura 6: Guía para la incisión pintada con violeta de genciana



Figura 7: incisión hasta la fascia parotídea.

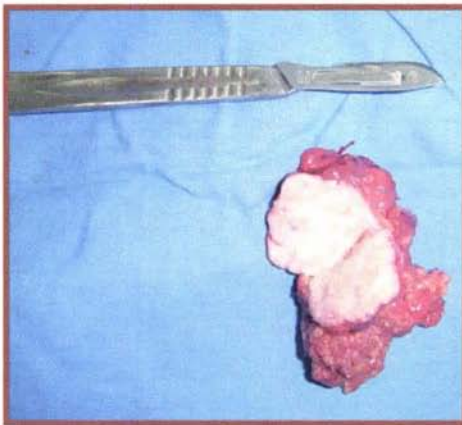


Figura 8: glándula parótida y tejido neoplásico.



Figura 9: Cierre de la herida quirúrgica con la colocación de drenaje a presión negativa.



Figura 10: Postoperatorio que presenta herida quirúrgica y dren.

Conclusiones.

- ✓ El diagnóstico del adenoma pleomorfo se realiza en etapas avanzadas.
- ✓ La parótida es la glándula con mayor frecuencia de afectación por adenoma pleomorfo.
- ✓ El tamaño más frecuente de los adenomas pleomorfos es entre 21 y 30 mm.
- ✓ La consistencia blanda del adenoma pleomorfo es la más frecuente.
- ✓ El tiempo de evolución en el que los pacientes son diagnosticados es de 25 a 36 meses.
- ✓ El manejo quirúrgico del adenoma pleomorfo requiere de la eliminación total de la glándula afectada, utilizando una técnica quirúrgica, de amplio campo; como la incisión en "S", para la satisfactoria evolución del proceso funcional y cicatrizal, y así evitar recidiva.

Discusión.

El adenoma pleomorfo se presenta con más frecuencia en la glándula parotida en un 80% y en cuanto a la localización intrabucal, el paladar es el sitio más frecuente con un porcentaje del 6.7%, coincidiendo con los datos presentados por Regezi⁵ y Ledesma.¹⁵

El sexo femenino dentro de la 5ª y 7ª década de la vida resulta ser el más afectado por adenoma pleomorfo encontrando similitud con Lopes⁴ pero difiriendo en la edad promedio que el encuentra.

La citología por aspiración con aguja fina resulto ser un método efectivo, sencillo y confiable tal como lo reporta Víguer¹⁸ y Laskin¹⁹ en el diagnóstico clínico corroborado con el diagnóstico histopatológico mostrando efectividad del 80%.

El tiempo de evolución en el que los pacientes son diagnosticados es de 25 a 36 meses, coincidiendo con Luengo y col.¹⁴ quien dice que estos tumores son de crecimiento lento y de diagnóstico hasta la aparición de síntomas.

La técnica de incisión en "S" permite la completa eliminación de la glándula afectada siendo un procedimiento de amplio campo quirúrgico, permitiendo realizar una cuidadosa disección de los tejidos ideal para la satisfactoria evolución del proceso funcional y cicatrizal tal como lo describe Flores²⁴ y de esta manera disminuir las recidivas.

Bibliografía.

1. Sapp P, Lewis R. Patología oral y Maxilofacial contemporánea. España: 1998: 336 – 340.
2. Raspall G. Cirugía maxilofacial 1ª. ed. España: Panamericana 1997: 439-466.
3. <http://www.cirurgiacabezaycuello.org/publicaciones/revistadecirugia/Adenoma%20pleomorfo%20de%20Parotida.html> Simkin D, Pardo H, Vannelli A, Simkin D, Rossi A, Gonzalez O. Adenoma pleomorfo recidivado de parotida. Un desafío terapéutico
4. Lopes M, Kowalski L, Santos G, Almeida O. A clinicopathologic study of intraoral minor salivary gland tumours. J Oral Pathol Med 1999; 28 (3): 264-267.
5. Regezi J. Patología bucal. México: Mcgraw-hill 2000: 242 – 247
6. Ohtaké S, Cheng J, Ida H, Suzuki M, Ohshiro K, Zhang W, Saku T. Precancerous foci in pleomorphic adenoma of the salivary gland: recognition of focal carcinoma and atypical tumor cells by P53 Immunohistochemistry. J Oral Pathol Med 2002; 31 (6): 590-597.
7. Pinedo F, Mate A, Dhimes P, Argüelles M, Domínguez M, Nevado M. IV Congreso virtual hispanoamericano de anatomía patológica. Adenoma pleomorfo (tumor mixto) del septum nasal.
8. http://www.medicalexpress.com/endocrinologia/end_02_01_22/end_02_01_22.htm. Yarrougue M, Altrudi R, Besada A, Echave J, Ianco J. Patología de la glándula parotida.
9. Ham A. Tratado de histología 7ª ed. México: Interamericana 1975: Cap. 6,7,21.
10. Finn G. Histología 3ª ed. España: Panamericana 2001: 472 – 475.
11. H. Rouviere, A. Delmas. Anatomía humana descriptiva, topográfica y funcional. Tomo I 10ª. ed. : Masson 1999: 402-409.
12. Putz R., Pabst R. Atlas de anatomía humana Sobotta 21ª Ed. España: Panamericana 2002: 114, 115,120, 272,273, 276.
13. <http://www.infomedonline.com.ve/otorrino/oto131art4.pdf>. Luengo M González M y otros. Adenoma pleomorfo de lóbulo profundo de la parótida. Acta otorrinolaringológica. 2001 13 (1).

14. <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2002/od022d.pdf> Ledesma C, Garcés M y otros. Adenoma pleomorfo. Revista ADM 2002; 59 (2) México: 58-62
15. Hernández M, Toranzo F, Juárez G. Adenoma pleomorfo parotideo en el paciente pediátrico. Revista ADM 1996; 53 (4): 201-203.
16. Testut L. Tratado de anatomía topográfica 8ª. Ed. España: Salvat 1983: 270 – 282, 624 – 636, 703 – 716.
17. Cerecedo V, Herrera D, Ricalde R. Historia clínica metodología didáctica 1ª ed. México: Panamericana 2003: 62 – 80.
18. <http://www.uv.es/medicina-oral/revista16/costas.htm>. Vígner J., Vicandi B. y otros II Congreso virtual hispanoamericano de anatomía patológica. Citopatología de adenoma pleomorfo.
19. Kwon P, Laskin D. Manual clínico de cirugía oral y Maxilofacial 3ª ed. México: Amolca 2003: 393-406.
20. Ru J, Van Benthem P, Hordijk G. The location of parotid gland tumors in relation to the facial nerve on magnetic resonance images and computed tomography scans J Oral Maxillofacial Surg. 2002; 60: 992 - 995.
21. Devlin H, Sloan P. Immunolocalisation of cartilage-derived retinoic acid-sensitive protein in pleomorphic adenoma of the parotid salivary gland. J Oral Pathol Med 2001 30 (2): 87-90.
22. Kusafuka K, Yamaguchi A, Kayano T, Takemura T. Immunohistochemical localization of members of transforming growth factor (TGF)-Beta superfamily in normal human salivary and pleomorphic adenoma. J Oral Pathol Med 2001; 30 (7): 413-420.
23. Ferreira J, Mauriño N, Michael E, Surgery of the parotid region: A new approach J Oral Maxillofacial Surg. 1990; 48: 803 - 807.
24. Flores R. Parotidectomía con incisión en forma de "S" estudio retrospectivo en el hospital regional "general Ignacio Zaragoza" marzo de 1997 a Junio del 2000. México. Tesis para especialidad: UNAM-ISSSTE
25. Mizui T, Ishimaru J, Miyamoto K, Makoto T. Malignant transformation of a gigantic pleomorphic adenoma of the submandibular gland: a case report. J Oral Maxillofacial Surg. 2000; 58: 1422-1424.

ANEXOS

Anexo 1

HOJA DE CONCENTRACIÓN

NUM.	EXPEDIEN- TE	EDAD M / F	TIEMPO DE EVOLUCI ON	LOCALIZA- CION	TAMA- ÑO DE LA LESION	CONSISTEN- CIA	RECIDIVA	DIAGNÓSTI- CO CLÍNICO Vs. DIAGNÓSTIC O HISTOPATO- LÓGICO.
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

