



Adenoma pleomórfico nasal de origen septal*

Pleomorphic adenoma of the nasal septum.

Ruth González-Cruz,¹ Graciela Chávez-Ramírez,³ Oscar Alejandro Moreno-Solís,⁴ Alfredo Loom-García²

Resumen

ANTECEDENTES: El adenoma pleomorfo es la neoplasia más frecuente de las glándulas salivales mayores; es poco común en la cavidad nasal.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 32 años, quien acudió a consulta por obstrucción nasal unilateral izquierda y epistaxis, aumento de volumen en la pared lateral nasal, cuyo estudio de imagen y biopsia sugirieron adenoma pleomorfo, que fue tratado mediante resección quirúrgica.

CONCLUSIONES: El adenoma pleomorfo nasal es un tumor benigno de las glándulas salivales que contiene tejido epitelial y mesenquimatoso; puede ocasionar obstrucción nasal unilateral, lentamente progresiva.

PALABRAS CLAVE: Adenoma pleomorfo; obstrucción nasal.

Abstract

BACKGROUND: Pleomorphic adenomas are the most common tumors of the salivary glands, but uncommon in the nasal cavity.

CLINICAL CASE: We describe the case of a middle-aged man who presented to our ENT service with a history of unilateral nasal obstruction and epistaxis; with a volume enlargement of the lateral nasal wall, whose imaging studies and biopsy suggested a pleomorphic adenoma. He was treated by surgical removal of the mass.

CONCLUSIONS: Nasal pleomorphic adenoma is a benign tumor of the salivary glands that contains epithelial and mesenchymal tissue; it can cause unilateral, slowly progressive nasal obstruction.

KEYWORDS: Pleomorphic adenoma; Nasal obstruction.

* Presentado en el 68º Congreso Nacional de SMORLCCC en Acapulco, 2018, en modalidad cartel.

¹ Otorrinolaringólogo.

² Médico patólogo.

Hospital General Regional núm. 6 Ignacio García Téllez, Ciudad Madero, Tamaulipas, México.

³ Otorrinolaringólogo. Medicina privada.

⁴ Residente de segundo año de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar núm. 77, Ciudad Madero, Tamaulipas, México.

Recibido: 25 de septiembre 2019

Aceptado: 9 de enero 2020

Correspondencia

Graciela Chávez Ramírez
gracielaehr@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como: González-Cruz R, Chávez-Ramírez G, Moreno-Solís OA, Loom-García A. Adenoma pleomórfico nasal de origen septal. An Orl Mex. 2021; 66 (1): 62-67. <https://doi.org/10.24245/aorl.v66i1.4792>



ANTECEDENTES

Los tumores de las glándulas salivales constituyen el 3% de todas las neoplasias y del 1 al 6% de las encontradas en la cabeza y el cuello.^{1,2}

El adenoma pleomorfo es la neoplasia benigna más frecuente de las glándulas salivales mayores, principalmente de la glándula parótida; su origen en las glándulas salivales menores es poco frecuente, por lo que suele no estar en la primera línea de diagnósticos diferenciales en pacientes con tumores nasales.²⁻⁵ Del 8 al 23% de los casos de adenoma pleomorfo se manifiesta en las glándulas salivales menores.^{1,2}

Su localización en otros sitios es poco frecuente y más aún en la cavidad nasal, en esta región, el 80% se origina en el tabique nasal y solo el 20% depende de la pared lateral-cornete inferior; también se han reportado en el seno maxilar, la nasofaringe, la laringe y la tráquea. En estas localizaciones la incidencia de malignidad es mayor que en las glándulas salivales mayores.^{1,2,4,5}

El adenoma pleomorfo es un tumor mixto con dos componentes: un componente celular que comprende células epiteliales y mioepiteliales y un estroma mesenquimatoso (mixoide, hialina, condroide y osteoide).^{6,7,8} En términos histológicos, las células epiteliales proliferan en hebras y algunas en conductos, las de origen mioepitelial proliferan en forma de hojas.^{2,8} El material mucoide se produce por separado, lo que da un aspecto mixomatoso que en cortes histológicos parece cartílago.³ Su evolución clínica cursa con crecimiento lento y una masa de aspecto nodular o lobular bien circunscrita.⁸

Comunicamos un caso de adenoma pleomorfo nasal de origen septal y una revisión de la bibliografía al respecto.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 32 años, hipertenso de dos años de evolución, en tratamiento con metoprolol de 50 mg por las noches, operado de varicocele.

Padecimiento actual: epistaxis intermitente de la fosa nasal izquierda de 8 años de evolución en forma mensual, obstrucción nasal izquierda, progresiva; notó la existencia de costras en la fosa mencionada, por lo que acudió a revisión médica y biopsia, que reportó adenoma pleomorfo.

En la exploración física se encontró desviación de la pirámide nasal a la izquierda a expensas de aumento de volumen de la región alar; a la rinoscopia anterior se observó una masa proveniente del tabique, de 3 cm de diámetro, de coloración rojiza, bordes lisos, no sangrante, ni dolorosa, que obstruía el 90% de la luz de la fosa nasal, y desviación septal derecha en el área II de Cottle. El resto de la exploración fue normal. **Figura 1**

La tomografía computada de nariz y senos paranasales simple y contrastada en corte coronal evidenció aumento de volumen de 29 x 24 x 32 mm a expensas del tabique, con densidad homogénea de los tejidos blandos, que no reforzaba con el medio de contraste, de bordes bien delimitados, redondeada. Desviación septal derecha en el área II, con espolón del lado izquierdo en el área IV. **Figura 2**



Figura 1. Imagen clínica preoperatoria. Observe el tumor en la fosa nasal izquierda, obstructiva, que deforma la pared lateral nasal.

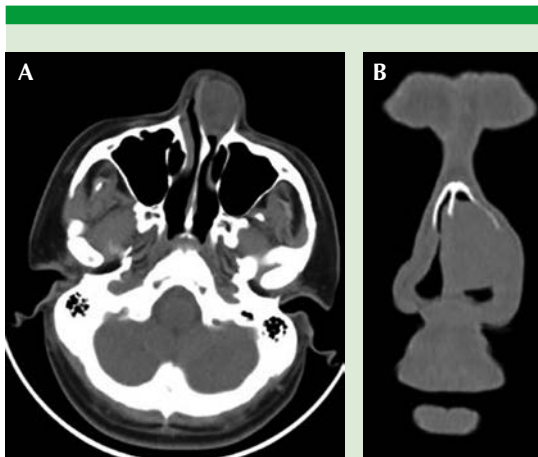


Figura 2. A. Tomografía computada de la cavidad nasal, sin contraste, corte axial. Se observa lesión redondeada, de bordes lisos de densidad homogénea que ocupa la fosa nasal izquierda, bien delimitada. **B.** Tomografía computada de cavidad nasal, corte coronal. Lesión homogénea que ocupa la fosa nasal izquierda, de bordes regulares.

Se realizó resección completa de lesión a través de rinotomía lateral y septoplastia, sin recidivas a un año de la cirugía. **Figura 3**

Estudio histopatológico

Descripción macroscópica

Lesión redondeada de 3 cm de diámetro, con pedículo de 1 cm de largo, amarilla, con bordes definidos, lisa, de consistencia fibrosa. **Figura 4**

Descripción microscópica

Lesión bien delimitada por una fina cápsula de tejido fibroconectivo, constituida por células epiteliales que forman conductos y por un estroma mixoide y cartilaginoso. Existían áreas con degeneración quística e infiltrado inflamatorio linfocitario normotípico. **Figura 5**



Figura 3. Imagen clínica posoperatoria.



Figura 4. Pieza quirúrgica.

DISCUSIÓN

La parótida es la localización preferente de los adenomas pleomorfos (65-80%). En localización nasosinusal se describen más de cien casos en la bibliografía y solo en cuatro de ellos se ha encontrado degeneración maligna; constituyen del 1 al 6% de todas las neoplasias de cabeza y cuello.^{1,2} Se han propuesto varias teorías que expliquen su origen, aunque las glándulas seromucosas se localicen principalmente en la pared lateral nasal.

Para Stevenson, los adenomas pleomorfos del tabique nasal se originan de remanentes del

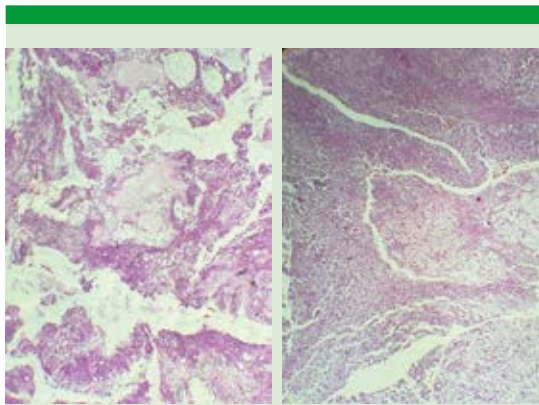


Figura 5. Microscopia. La tinción de hematoxilina-eosina muestra una lesión bien delimitada por una cápsula de tejido fibroconectivo, constituida por células epiteliales que forman conductos, con un estroma mixoide y cartilaginoso. Se encuentran áreas de degeneración quística e infiltrado inflamatorio linfocitario normotípico.

órgano vomeronasal del epitelio, que reviste el tabique cartilaginoso y degenera en la vida fetal temprana.⁹ Ersner y Saltzman sugieren que el origen aberrante de estos tumores ocurre en el revestimiento del tabique nasal, en el segundo mes de la vida fetal, cuando las células nasales migran del mesodermo al ectodermo.¹⁰

Se ha discutido también una patogénesis viral asociada con el virus Epstein-Barr, el herpes virus tipo 8, el virus del papiloma humano y el citomegalovirus.¹¹

Este caso clínico muestra características consistentes con otros estudios, que reportan con mayor frecuencia su origen septal.³ La evolución en la mayor parte de los estudios fue de seis a ocho meses,^{4,5,6,12} aunque los pacientes pueden tardar en acudir a revisión médica y dejar pasar años entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico; en nuestro caso pasaron 8 años antes de que el paciente recibiera tratamiento.

Se reporta mayor incidencia en mujeres con intervalo de edad de 30 a 50 años.^{8,13}

El diagnóstico diferencial incluye lesiones benignas y malignas, como pólipos, papiloma invertido, hamartomas, angiofibroma juvenil, encefalocelos, carcinoma escamoso, condrosarcoma, adenocarcinoma, estresioneuroblastoma, melanoma, condromas y carcinoma adenoideo quístico.^{3,4,13,14}

La mayor parte de las neoplasias sinonasales no tiene una apariencia específica en los estudios de imagen. El efecto de estas masas en las estructuras óseas en las lesiones benignas ocasiona erosión por presión, mientras que las lesiones malignas provocan destrucción con lisis, o reacción periosteal en el caso del sarcoma.^{8,13}

Los tumores de las glándulas salivales pueden dar una imagen homogénea debido a su alta celularidad; aunque se describen también imágenes heterogéneas relacionadas con su composición.¹³ La tomografía mostró una masa homogénea de partes blandas de crecimiento lento sin erosión o lisis óseas.

En términos macroscópicos, el adenoma pleomorfo nasal es una masa bien delimitada, polilobulada, exofítica, de consistencia firme o en algunos casos blanda y mixoide (gelatinosa),⁸ grisácea, amarillenta, rosada o rojiza marrón, con una amplia base de implantación y tamaño de 0.5 a 7 cm.^{3,7,10} La celularidad tiene predominio de elementos epiteliales y mioepiteliales frente a los estromales. Las células epiteliales pequeñas ovaladas a menudo se disponen en masa o cordones densamente poblados.^{3,7,10}

Con técnicas de inmunohistoquímica, la expresión de citoqueratina, actina muscular y proteína S100 en las células confirman la composición mioepitelial predominante del tumor, recurso útil para diagnóstico.¹¹



El abordaje puede incluir la resección transnasal endoscópica, o directa, desguante facial (*degloving*) y rinotomía lateral,^{7,8,13} según el tamaño y localización del tumor. Diversos autores han descrito el abordaje endoscópico, que permite mejor visualización de los márgenes,^{7,8,15,16,17} pero estos equipos no están disponibles en todos los centros quirúrgicos.

Se recomienda un seguimiento prolongado para vigilar recurrencias, que ocurren en menos del 10% de los casos. Este bajo porcentaje de recidiva local se ha tratado de asociar con el predominio de la celularidad epitelial frente al componente estromal de las localizaciones nasales.^{7,8,10}

Baron menciona que existe mayor riesgo de recurrencia cuando el estroma predominante es mixoide, existe una cápsula irregular o invadida y multinodularidad.⁸

CONCLUSIONES

El adenoma pleomorfo nasal es un tumor benigno de las glándulas salivales que contiene tejido epitelial y mesenquimatoso; puede ocasionar obstrucción nasal unilateral, lentamente progresiva. Los estudios de imagen ayudan a determinar el tamaño y extensión de la lesión y así seleccionar la técnica quirúrgica adecuada.

REFERENCIAS

1. Campolo GA, Ramírez SH, Vargas DA, León RA, et al. Perfil epidemiológico de neoplasias epiteliales de glándulas salivales. *Rev Méd Chile* 2018; 146: 1159-1166. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872018001001159>.
2. Abarca AS, Peñaloza RD, Urrutia AF, Cancico CM. Adenoma pleomorfo originado en pared lateral nasal: Reporte de un caso clínico. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2019; 79: 341-346.
3. Betethimmanakoppal DK. Pleomorphic adenoma (mixed) of dorsum of nose: A rare tumor at a rare site. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2018; 70: 452-453. doi. 10.1007/s12070-017-1076-7.
4. Shetty S, Ranjan Nayak D, Jaiprakash P. Pleomorphic adenoma nasal septum: a rare case. *BMJ Case Rep* 2018; 28: 1-3. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2017-223148>.
5. Vlaykov AT, Vicheva D. Nasal pleomorphic adenoma: A case report. *Int J Sci Res* 2015; 4: 77-79.
6. Bowman J, Daudia S, Sahasrabudhe N, Belloso A. Coblator-assisted endoscopic transnasal resection of a large nasopharyngeal pleomorphic adenoma. *Case Reports Otolaryngol* 2019; 1: 1-5. <https://doi.org/10.1155/2019/4654357>.
7. Yesun C, Yul Gyun K, Eunhye S, Boo-Young K. Transnasal endoscopic resection of a pleomorphic adenoma originate from nasal floor. *J Craniofacial Surg* 2017; 28: 717-719. doi. 10.1097/SCS.0000000000003778.
8. Baron S, Koka V, El Chater P, Cucherousset J, et al. Pleomorphic adenoma of the nasal septum. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2014; 131: 139-141. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2013.03.007>.
9. Stevenson HN. Mixed tumor of the nasal septum. *Ann Otorhinolaryngol* 1932; 41:563-570.
10. Ersner MS, Saltzman M. A mixed tumor of the nasal septum, report of a case. *Laryngoscope* 1944; 54: 287-296. <https://doi.org/10.1288/00005537-194406000-00004>.
11. Mercado J, Mercado V, Fernández I, Vallejos H. Adenoma pleomorfo del septum nasal. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2011; 71: 65-70. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162011000100010>.
12. Li W, Lu H, Zhang H, Lai Y, et al. Sinonasal nasopharyngeal pleomorphic adenoma and carcinoma ex pleomorphic adenoma: a report of 17 surgical cases combined with a literature review. *Cancer Manag Res* 2019; 11: 5545-5555. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S198942>.
13. Vento SI, Numminen J, Kinnunen I, Rautiainen M, et al. Pleomorphic adenoma in the nasal cavity; a clinicopathological study of ten cases in Finland. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2016; 273: 3741-3745. doi. 10.1007/s00405-016-4023-4.
14. Wierchowska M, Bodnar M, Burduk PK, Kazmierczak W, et al. Rare benign pleomorphic adenoma of the nose: short study and literature review. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne* 2015; 10 (2): 332-6. doi. 10.5114/wiitm.2014.47370.
15. Valero A, Navarro AM, Del Cuvillo A, Alobid I, et al. Position paper on nasal obstruction: Evaluation and treatment. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2018; 28: 67-90. doi. 10.18176/jiaci.0232.
16. Koeller KK. Radiologic features of sinonasal tumors. *Head Neck Pathol* 2016; 10: 1-12. doi. 10.1007/s12105-016-0686-9.
17. Henriques V, Rodrigues J, Gomes A, Moura R, et al. Septal nasal pleomorphic adenoma: Case report and literature review. *Acta Otorrinolaringol Gallega* 2017; 10: 1-7.