



Adenoma pleomorfo en la glándula parótida accesoria: localización inusual de un tumor frecuente

Pleomorphic adenoma in parotid gland: Unusual location of a common tumor.

Kenia Yanira Baños Hernández,¹ Leonardo Padilla Aguilar,³ Ulises Popoca Barriga,⁴ Montserrat Ramírez Rivas²

¹ Otorrinolaringología.

² Médico interno de pregrado.

Hospital Ángeles Lindavista, Ciudad de México.

³ Otorrinolaringología, Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

⁴ Anatomía Patológica y Hematopatología, Hospital General Regional 1 Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, IMSS, Ciudad de México.

Correspondencia

Kenia Yanira Baños Hernández
conbh@hotmail.com

Recibido: 26 de noviembre 2025

Aceptado: 15 de mayo 2026

Este artículo debe citarse como: Baños-Hernández KY, Padilla-Aguilar L, Popoca-Barriga U, Ramírez-Rivas M. Adenoma pleomorfo en la glándula parótida accesoria: localización inusual de un tumor frecuente. *An Orl Mex* 2026; 71 (2): 171-176.

PARA DESCARGA

<https://doi.org/10.24245/aorl.v71i2.10879>

<https://otorrino.org.mx>
<https://nietoeditores.com.mx>

Resumen

ANTECEDENTES: El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales con predominio en la glándula parótida. Su localización en una glándula parótida accesoria es excepcional, lo que puede dificultar el diagnóstico clínico inicial.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 68 años, con aumento de volumen en la región malar izquierda, indolora y sin síntomas agregados. Tenía una lesión con bordes bien delimitados y crecimiento lento. La tomografía del macizo facial reveló un nódulo rostral en el área de la región malar izquierda. La biopsia por aspiración con aguja fina resultó no concluyente, por lo que se hizo escisión quirúrgica completa de la lesión; el estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de adenoma pleomorfo en la glándula parotídea accesoria.

CONCLUSIONES: El adenoma pleomorfo en la glándula parótida accesoria constituye una afección a considerar en el diagnóstico de tumoraciones faciales. El reconocimiento oportuno y tratamiento adecuado disminuyen el riesgo de recurrencias.

PALABRAS CLAVE: Adenoma pleomorfo; tumor de las glándulas salivales; glándula parótida.

Abstract

BACKGROUND: Pleomorphic adenoma is the most common benign tumor of the salivary glands, mainly occurring in the parotid gland. Its occurrence in the accessory parotid gland is rare and can complicate the initial clinical diagnosis.

CLINICAL CASE: A 68-year-old female patient with painless, asymptomatic enlargement of the left malar region. The lesion was described as having well-defined, slow-growing borders, and a CT scan of the facial mass revealed a nodular lesion in the left malar region. A fine-needle aspiration biopsy was inconclusive. Complete surgical excision of the lesion was performed, and histopathological examination confirmed the diagnosis of pleomorphic adenoma of the accessory parotid gland.

CONCLUSIONS: Pleomorphic adenoma of the accessory parotid gland should be considered in the differential diagnosis of facial masses. Early detection and appropriate management can reduce the risk of recurrence.

KEYWORDS: Pleomorphic adenoma; Tumor of the salivary glands; Parotid gland.

ANTECEDENTES

La glándula parótida es la más grande de las tres glándulas salivales mayores; se localiza debajo del arco cigomático y se encuentra superficial al músculo masetero. Se divide en dos lóbulos, superficial y profundo.¹ La glándula parótida accesoria es una estructura anatómica que se encuentra en el 10-56% de la población en general.² Se sitúa entre las ramas cigomática y bucal del nervio facial.¹ Las lesiones neoplásicas de la glándula parótida accesoria son poco comunes; se reportan solo del 1 al 7.7% de todos los casos, de los que el 75% son tumoraciones benignas.³

El tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales es el adenoma pleomorfo o tumor mixto; representa el 50% de todas las neoplasias salivales.⁴ Es una mezcla de elementos ductales, mioepiteliales o ambos, rodeados de una nítida capa fibrosa. En términos macroscópicos, los adenomas pleomorfos tienden a formar tumores bien definidos, ovoides o redondos, frecuentemente encapsulados, aunque esta cápsula puede estar parcial o completamente ausente.⁵ El 60% de los casos ocurren entre la tercera y quinta décadas de la vida; la edad promedio de aparición es a los 44 años, con predominio femenino.⁶

Las lesiones parotídeas accesorias suelen manifestarse como una tumoración no dolorosa en la zona media de la mejilla; generalmente sin otros síntomas, es difícil el diagnóstico basado únicamente en la evaluación clínica.⁵

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 68 años, con aumento de volumen en la región malar izquierda de cinco meses de evolución. La lesión medía aproximadamente 2.5 cm de diámetro, sin cambios tróficos de la piel, ni dolor a la digitopresión o trismus. En la exploración física se observó aumento de volumen en la región malar izquierda con bordes bien definidos, no fijo a planos profundos, indoloro y sin cambios en la temperatura local. No tenía enrojecimiento en la cavidad oral, ni características salivales; se observó aumento de volumen en la región del conducto de Stenon. **Figura 1A**

La tomografía del macizo facial reportó un nódulo rostral al masetero izquierdo, con características sugerentes de tejido parotídeo accesorio de aproximadamente 18 x 15 x 19 mm con volumen aproximado de 2.7 cc. **Figura 1B y C**

La biopsia por aspiración con aguja fina reportó material insuficiente para el análisis citológico, por lo que se decidió la extirpación de la tumoración.

Se practicó un acceso transoral (**Figura 2**), con reporte de histopatología de adenoma pleomorfo de la región malar izquierda (**Figura 3**). La paciente tuvo buena evolución sin afección facial a cinco años de seguimiento. **Figura 4A**

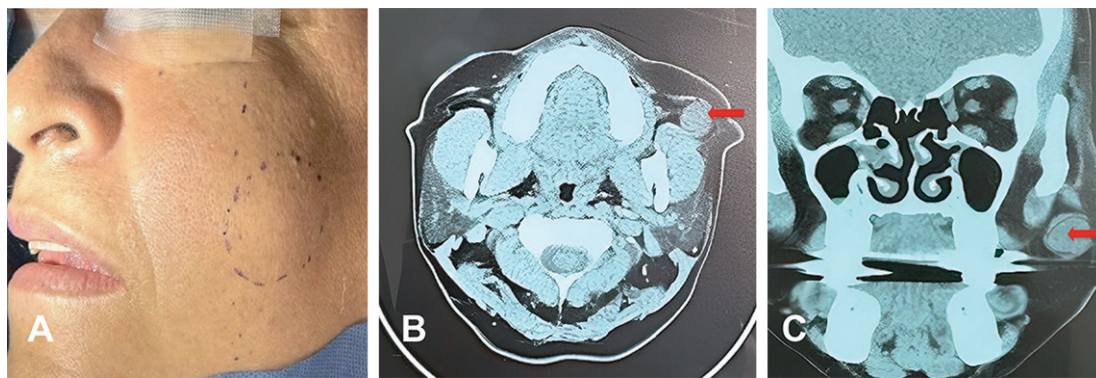


Figura 1

Imágenes representativas de la exploración física y tomografía axial computada. **A.** Aumento de volumen en la mejilla izquierda. **B.** Corte axial de la TAC del macizo facial; la flecha roja señala una lesión de bordes bien definidos en la región malar izquierda. **C.** Corte coronal del macizo facial que muestra una lesión ovoidea de bordes bien definidos en la región malar izquierda (flecha roja).

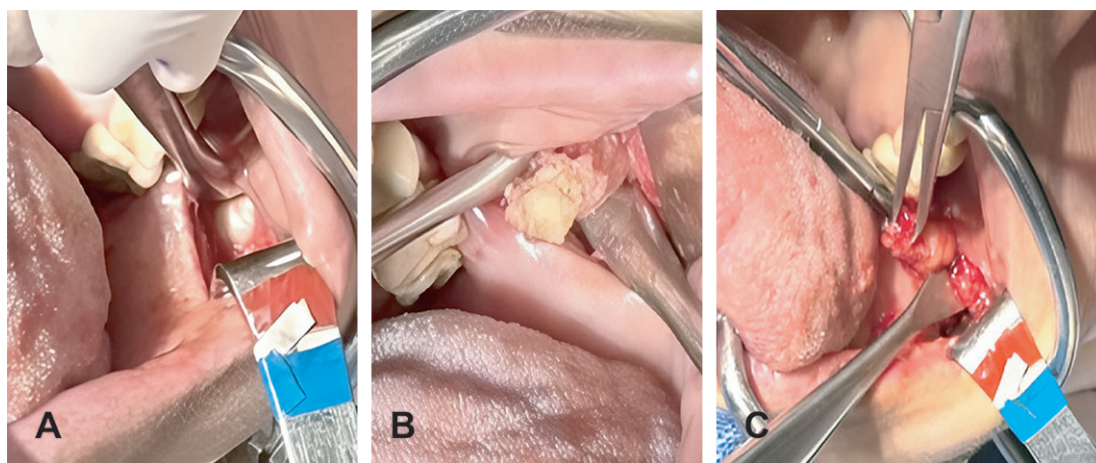


Figura 2

Imágenes representativas de la resección de la lesión tumoral. **A.** Lesión ocupativa en la región malar izquierda. **B.** Imagen intraoperatoria de la tumoración nodular redondeada bien delimitada con cápsula que se rompió parcialmente al momento de la extracción; se observa salida de material de consistencia firme, caseoso de color amarillento en la región malar izquierda. **C.** Escisión quirúrgica total de la lesión ocupativa de la región malar izquierda.

DISCUSIÓN

Las lesiones que surgen de la glándula parótida accesoria son clínicamente raras, lo que dificulta su diagnóstico. La aparición del adenoma pleomorfo en la glándula parótida accesoria es excepcional, con escasos casos reportados en la bibliografía.^{7,8,9} Esta presentación infrecuente genera dificultades en el diagnóstico clínico inicial, especialmente cuando se manifiesta como una tumoración indolora en la región geniana. El diagnóstico diferencial incluye enfermedad de las glándulas salivales menores, lipomas, quistes dermoides, linfoadenopatías y tumores de origen mesenquimatoso.¹⁰ El adenoma pleomorfo se distingue por ser firme, móvil, indoloro y de crecimiento lento, con proliferación de células epiteliales y mioepiteliales en un estroma mixoide, cartilaginoso o hialino. El lipoma revela densidad grasa homogénea sin componente epitelial; el quiste dermoide contiene queratina y estruc-

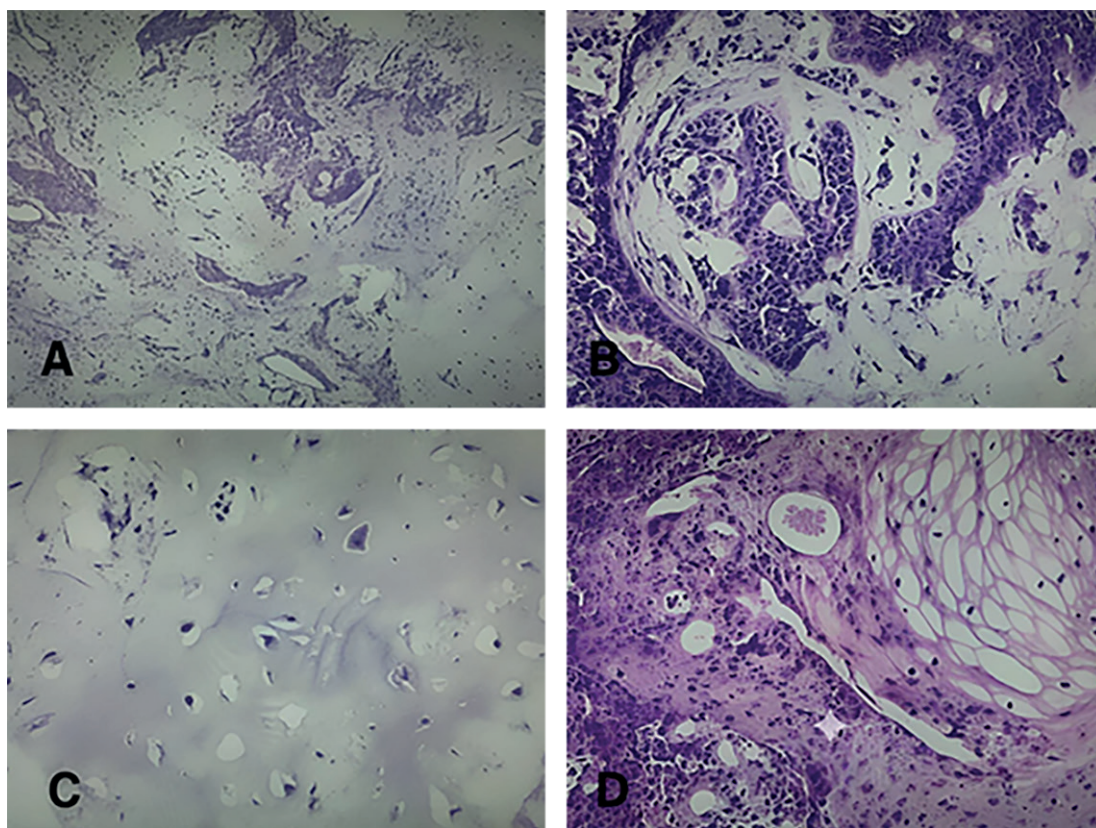


Figura 3

Análisis histopatológico de la tumoración extraída. **A.** Imagen panorámica representativa (objetivo 4X) que muestra un tumor mixto de apariencia bifásica, estroma hipocelular mixoide ligeramente basofílico con grupos celulares epiteliales tipo glandular y otras más aplanadas tipo mioepitelial. **B.** Acercamiento (objetivo de 10X) donde se identifica epitelio glandular cúbico con patrón tubular, sin pleomorfismo y células planas alargadas mioepiteliales. **C.** Campo representativo de un acercamiento con objetivo 40X que hace evidente el estroma fibromixoide, de aspecto basofílico con células estrelladas a alargadas sin atipia, con zonas condroides poco definidas a la derecha de la imagen. **D.** Grupos celulares del epitelio glandular con fenómeno de metaplasia al epitelio escamoso sin datos de displasia.

turas anexiales sin evidencia de tejido glandular y los tumores mesenquimatosos suelen ser dolorosos y con características vasculares.¹⁰ Es necesaria una evaluación integral e histopatológica para tener un diagnóstico exacto.

El diagnóstico se establece a partir de la historia clínica, con estudios de imagen y procedimientos citológicos. Los auxiliares diagnósticos más utilizados son la ultrasonografía, la tomografía computada, la resonancia magnética y la biopsia por aspiración con aguja fina.⁶ En la resonancia magnética los hallazgos característicos observados son: una tumoración lobulada, sólida, heterogénea, parcialmente capsulada y señal alta en T2 por su componente mixoide; este hallazgo depende del tamaño tumoral. En las tumoraciones extensas puede identificarse tejido heterogéneo secundario a necrosis, hemorragia y formación de quistes.⁶ En el ultrasonido se encuentran lesiones hipocogénicas o isoecogénicas en comparación con la glándula parótida sana, que en ocasiones contiene pequeñas calcificaciones.⁶ En la paciente del caso la tomografía axial computada (TAC) del macizo facial mostró una imagen lobulada sugerente de tejido parotídeo accesorio con dimensiones de 18 x 15 x 19 mm y un volumen



Figura 4

Seguimiento posoperatorio. **A.** Ausencia de parálisis facial en la paciente. **B.** Evolución posresección documentada a los siete días de efectuado el procedimiento.

aproximado de 2.7 cc. La biopsia suele evidenciar una mezcla de células epiteliales ductales, mioepiteliales y plasmocitoides inmersas en estroma fibrilar o mixoide.^{11,12}

El tratamiento quirúrgico recomendado puede ser mediante cuatro accesos descritos en la bibliografía: transfacial directo, parotidectomía estándar preauricular, parotidectomía preauricular asistida por endoscopia o transoral.² Este último se indica en tumores menores de 3 cm, con localización proximal al conducto parotídeo y en la región anterior del masetero como en la paciente del caso, y sin riesgo de lesiones al nervio facial.^{13,14}

El aspecto macroscópico suele ser grisáceo-blanco con áreas necróticas, aunque su apariencia es variable. Los tipos histológicos incluyen el mixoide, celular y mixto. En términos microscópicos, se observan islotes de células fusiformes sobre un fondo que puede ser mucoide, mixoide, cartilaginoso o hialino con una capa interna de células epiteliales, una capa externa de células mioepiteliales y una pseudocápsula fibrosa de grosor variable.¹⁵

El adenoma pleomorfo es un tumor benigno que puede mostrar áreas de metaplasia escamosa o recurrencia (3.1%) con transformación maligna (6.2%), incluso, después de 12 años, por lo que el seguimiento posoperatorio resulta indispensable.¹⁶ El riesgo de recurrencia y malignidad puede estar influido por factores como escisión incompleta, tamaño del tumor, subtipo histológico, nódulos satélites y encapsulación incompleta.¹⁷

CONCLUSIONES

El adenoma pleomorfo de la glándula parótida accesoria representa una enfermedad poco frecuente. La identificación precisa de esta lesión requiere un alto índice de sospecha clínica y el uso complementario de estudios de imagen y evaluación histopatológica. El acceso quirúrgico es el tratamiento de elección, el transoral es una opción segura y estética en lesiones pequeñas, que permite la resección completa con riesgo menor de complicaciones.

REFERENCIAS

1. Heidmann E, Baatjes KJ, Correia J. Anatomy of the parotid duct: Assessing variations of the parotid gland drainage pattern. *Transl Res Anat* 2021; 25: 100152. <https://doi.org/10.1016/j.tria.2021.100152>

2. Hasegawa K, Sukegawa S, Ono S, et al. Endoscopic-assisted resection of pleomorphic adenoma in the accessory parotid gland. *J Med Invest* 2021; 68 (3.4): 376-380. <https://doi.org/10.2152/jmi.68.37>
3. Wang G, Tang H, Li B, et al. Endoscopic transoral approach to accessory parotid tumors-an updated approach and literature review. *Gland Surg* 2024; 13 (11): 1931-1941. <https://dx.doi.org/10.21037/gs-24-294>
4. Bahbah S, Chbicheb S. Pleomorphic adenoma of the cheek. Case report with review. *Int J Odontostomat* 2020; 14 (4): 653-657.
5. Almeslet AS. Pleomorphic adenoma: A systematic review. *Int J Clin Pediatr Dent* 2020; 13 (3): 284-287. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1776>
6. AlWatban Z, AlAnsari H, AlAseeri D, et al. Pleomorphic adenoma of the oral cavity: Systematic review. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2023; 75 (4): 3288-304. <https://doi.org/10.1007/s12070-023-03927-7>
7. Allouch I, Rahim H, Boumendil I, et al. Pleomorphic adenoma of the inner side of the cheek. *Sch J Med Case Rep* 2021; 5: 485-7. <https://doi.org/10.36347/sjmcr.2021.v09i05.004>
8. La Macchia R, Stefanelli S, Lenoir V, et al. Pleomorphic adenoma originating from heterotopic salivary tissue of the upper neck: A diagnostic pitfall. *Case Rep Otolaryngol* 2017; 2017: 1-5. <https://doi.org/10.1155/2017/5767396>
9. Rao PK, Shetty SR, Hegde D. Ectopic pleomorphic adenoma. *N Am J Med Sci* 2012; 4 (4): 190-2. <https://doi.org/10.4103/1947-2714.94947>
10. Matsumiya-Matsumoto Y, Morita Y, Uzawa N. Pleomorphic adenoma of the salivary glands and epithelial-mesenchymal transition. *J Clin Med* 2022; 11 (14): 4210. <https://doi.org/10.3390/jcm11144210>
11. Lukšić I, Suton P, Rogić M, Dokuzović S. Accessory parotid gland tumours: 24 years of clinical experience. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2012; 41 (12): 1453-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2012.09.016>
12. Heaton CM, Chazen JL, Van Zante A, et al. Pleomorphic adenoma of the major salivary glands: Diagnostic utility of FNAB and MRI. *Laryngoscope* 2013; 123 (12): 3056-60. <https://doi.org/10.1002/lary.24247>
13. Kaneko K, Kanai R. Cavernous hemangioma of the accessory parotid gland. *J Craniofac Surg* 2011; 22 (6): e28-9. <https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e31822ec9a>
14. Okui T, Ibaragi S, Fujita M, Sasaki A. A case of pleomorphic adenoma originating from accessory parotid gland. *J Maxillofac Oral Surg* 2021; 20 (4): 573-6. <https://doi.org/10.1007/s12663-019-01241-w>
15. Passi D, Ram H, Dutta SR, et al. Pleomorphic adenoma of soft palate: unusual occurrence of the major tumor in minor salivary gland—A case report and literature review. *J Maxillofac Oral Surg* 2017; 16 (4): 500-5. <https://doi.org/10.1007/s12663-015-0799-9>
16. Valstar MH, Andreasen S, Bhairosing PA, McGurk M. Natural history of recurrent pleomorphic adenoma: implications on management. *Head Neck* 2020; 42 (8): 2058-66. <https://doi.org/10.1002/hed.26137>
17. Kiciński K, Mikaszewski B, Stankiewicz C. Risk factors for recurrence of pleomorphic adenoma. *Otolaryngol Pol* 2016; 70 (3): 1-7. <https://doi.org/10.5604/00306657.1193691>