
Resección de Adenoma Pleomorfo con Invasión a Base del Cráneo. Reporte de Caso



Rev Guatem Cir Vol. 29 (2) - 2023

Odrin Esfelino Ramírez Orozco, Walter F. Ruyan

Departamento de Cirugía, Hospital Roosevelt. Universidad de San Carlos de Guatemala. Autor correspondiente: Odrin Esfelino Ramírez Orozco. Email: ramirezodrin@outlook.com

RESUMEN

Se presenta caso de paciente femenina de 32 años que consulta por masa a nivel del ángulo de la mandíbula del lado derecho, que posteriormente crece hasta establecerse como masa retroauricular y se asocia a parálisis facial ipsilateral, al realizarse estudios de imagen se evidencia que masa se extiende hasta base del cráneo, se realiza biopsia y al contar con resultado de patología que confirmaba la presencia histológica de adenoma pleomorfo se lleva a sala de operaciones.

Palabras clave: Adenoma pleomorfo, masa en base del cráneo, parotidectomía

ABSTRACT

Resection of Pleomorphic Adenoma With Invasion to the Base of the Skull. Case Report

We present the case of a 32-year-old female patient who consults for mass at the level of the angle of the mandible on the right side, which subsequently grows until it is established as a retroauricular mass and is associated with ipsilateral facial palsy. operating room.

Key words: Pleomorphic adenoma, skull base mass, parotidectomy

INTRODUCCIÓN

Los tumores de glándulas salivales representan el 3% de las neoplasias de cabeza y cuello en población adulta, siendo el adenoma pleomorfo el tumor más frecuente, representando del 40 al 70% de todos los tumores de las glándulas salivales mayores y menores. El tumor generalmente no se adhiere a planos profundos, excepto cuando afecta al paladar duro; en estos casos puede extenderse hacia el periostio y el hueso subyacente. Puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente entre la cuarta y la sexta década de la vida, y generalmente con predominio femenino.¹

En cuanto a la histología, es una mezcla de elementos epiteliales y estromales, el estroma puede ser condroide, mixoide o hialino, y se relaciona con una proliferación de células de características ductales y mioepiteliales. Para llegar al diagnóstico, es importante la presenta-

ción clínica, y la confirmación patológica tanto con BAAF como con biopsia incisional. Los estudios de imagen como la TAC son útiles para establecer la localización exacta del tumor y permite orientar el tratamiento quirúrgico.²

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presenta caso de paciente femenina de 32 años que consulta por masa a nivel del ángulo de la mandíbula del lado derecho, que posteriormente crece hasta establecerse como masa retroauricular y se asocia a parálisis facial ipsilateral, al realizarse estudios de imagen se evidencia que masa se extiende hasta base del cráneo, se realiza biopsia y al contar con resultado de patología que confirmaba la presencia histológica de adenoma pleomorfo se lleva a sala de operaciones.

Se realiza Parotidectomía total más Petrosectomía subtotal más resección de masa en fosa

posterior y reconstrucción de nervio facial con injerto de nervio auricular mayor y transposición de tejido adiposo abdominal, se extrae la totalidad de la masa y paciente evoluciona favorablemente, se obtiene el resultado de la patología de la piza quirúrgica donde se evidencia adenoma pleomorfo sin celular que presenten atipia, con componente estroma mixoide, condroide y mixocondroide con márgenes libres de neoplasia.

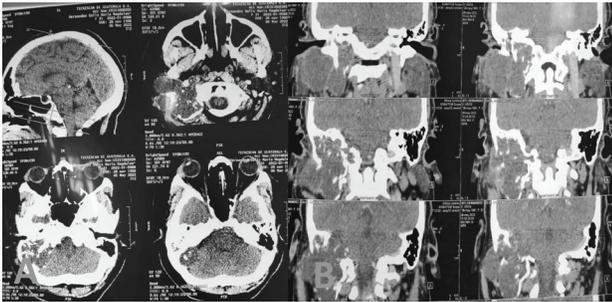


Figura 1 A y B. Tomografía Axial Computada cerebral reporta masa lítica expansiva de 71*65mm con componente en fosa posterior que capta medio de contraste, con áreas de necrosis centrales y periféricas, que se extiende al oído medio

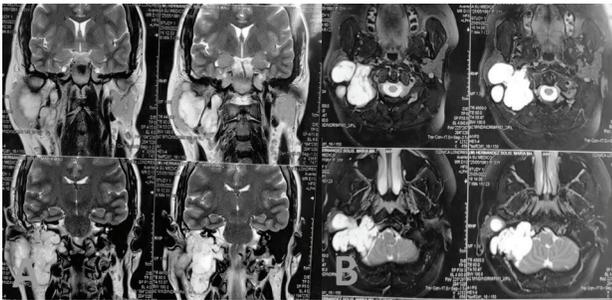


Figura 2 A y B. Resonancia Magnética Nuclear cerebral reporta imagen hiperintensa en T2, hipointensa en T1 con medidas de 67*63mm que se expande hacia conducto auditivo externo, oído medio afectando al séptimo par craneal parcialmente, y con invasión hacia fosa posterior, hay afectación de la trompa de Eustaquio como del séptimo par.

Si bien el adenoma pleomorfo es propio de las glándulas salivales, se presenta en ciertos casos con invasión a estructuras vecinas, entre los cuales, no se ha documentado invasión a base del cráneo, y en este caso se evidencia que, con el equipo y preparación necesarias, se pueden realizar abordajes mínimamente invasivos para la resección de masas complejas con resultados favorables.

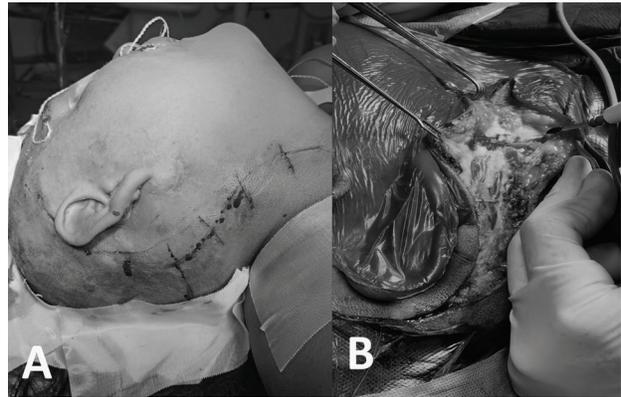


Figura 3 A y B. Se observa el marcaje y la extensión de la incisión a realizar, una incisión retroauricular que se extiende hacia el cuello para la mejor exposición de la glándula parótida,

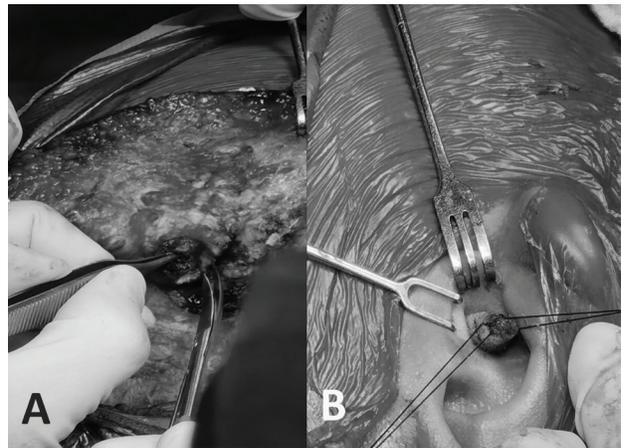


Figura 4 A y B. Se observa la eversión y cierre del conducto auditivo externo.

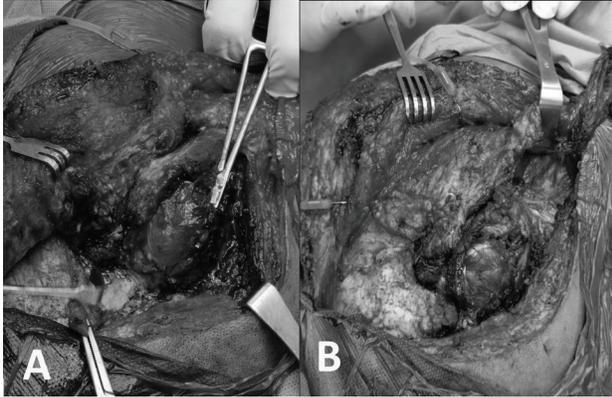


Figura 5 A y B. Se observa la liberación de planos y la desinserción del músculo esternocleidomastoideo para mejor exposición.

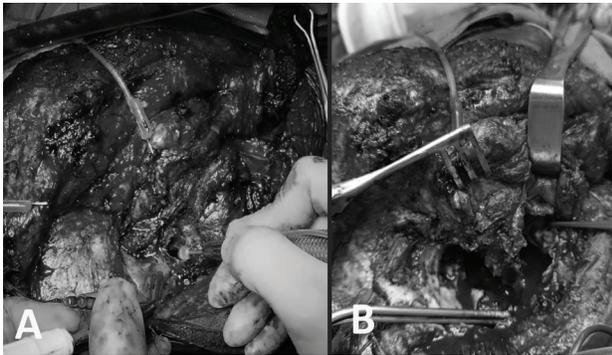


Figura 6 A y B. Se observa el inicio de del fresado y drenaje de las celdillas mastoideas.

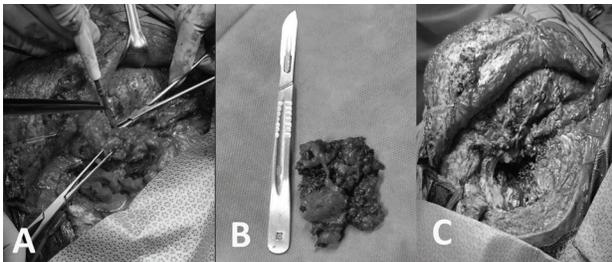


Figura 7 A y B. Se observa resección de tumor y parótida, la pieza quirúrgica y el espacio muerto subsecuente a la extracción.



Figura 8 A y B. Se observa nervio facial seccionado.

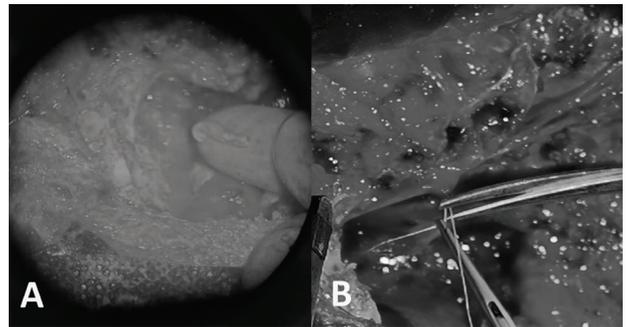


Figura 9 A y B. Se observa imagen al microscopio el segmento de nervio auricular mayor y la reparación del nervio facial con dicho segmento.

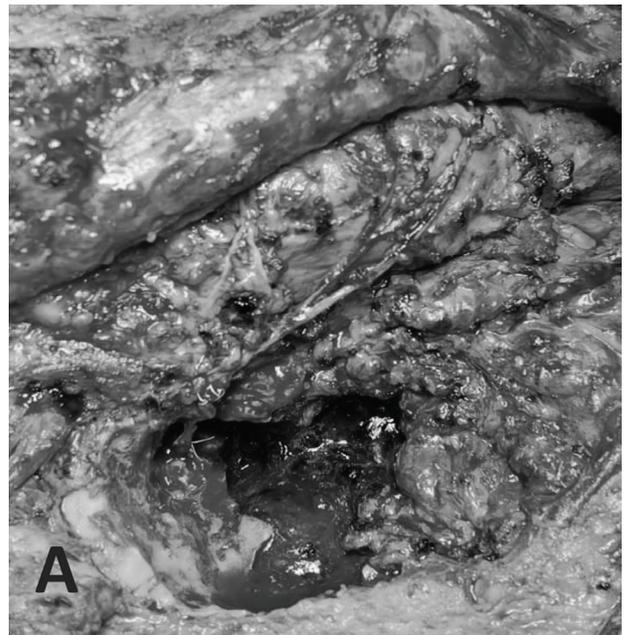


Figura 10 A. Se observa Nervio facial ya reparado después del injerto de nervio auricular mayor.

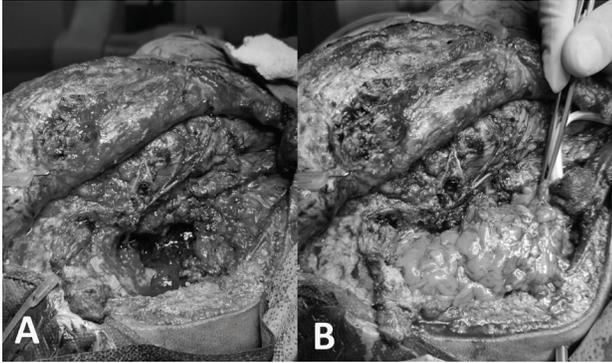


Figura 11 A y B. Se observa el nervio facial y el área cruenta secundaria a la Petrosectomía y la transposición de tejido adiposo para llenar el espacio muerto.



Figura 12 A. Se evidencia el resultado final de la cirugía posterior al cierre.

DISCUSIÓN

Si bien el adenoma pleomorfo es propio de las glándulas salivales, se presenta en ciertos casos con invasión a estructuras vecinas, entre los cuales, no se había documentado invasión a base del cráneo, sin embargo la invasión es poco frecuente, en el presente caso se evidencia que, con el equipo y preparación necesarias, en la actualidad existen mejores formas de abordar tumores complejos como el presentado, hoy en día se puede realizar abordajes mínimamente invasivos para la resección de masas complejas con resultados favorables.

CONCLUSIÓN

El adenoma pleomorfo es un trastorno benigno que puede ocasionar parálisis facial al tener un tamaño importante. Existen abordajes mínimamente invasivos para la resección de tumores complejos, siempre que se planifique detenidamente con anticipación para lograr los mejores resultados. Raramente puede invadir estructuras vecinas, más frecuentemente por estructuras óseas por lo que debe tener un manejo multidisciplinario.

REFERENCIAS

1. LBautá-Milord R, Góngora-Gómez O, Gómez-Vázquez YE. Caracterización clínica y anatomopatológica del adenoma pleomórfico de glándulas salivales. Univ Méd Pinareña. 2020:e519. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/519>
2. Gallana Alvarez S, Mayorga Jimenez F, Herce López J, Díaz Delgado M. Adenoma pleomorfo intraoral. Rev Esp Cir Oral Maxilofac [Internet]. 2006 [citado el 12 de junio de 2023];28(1):63–6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582006000100007