

Imagenología del Adenoma Pleomorfo



Dr. Guillermo Moreno Zárate
Académico Universidad Diego Portales
Académico Universidad de Chile

Dra. Ana María González Geell
Académico Universidad de Chile

Abstract

The Pleomorphic Adenoma is the most frequent tumor of the mayors salivals glands. The evaluation of this pathology is based on the anamnesis, the clinical examination, functional tests, inmunohistochemistry and imagenology methods. The Ecotomography provides a painless, easy and non invasive technique in comparison with "Computarized Tomography" and "Magnetic Resonance" in the A.P. study. The ecotomography images showes: regular limits, heterogeneous ecogenic contend and a zone of later reinforcement.

Resumen

El Adenoma Pleomorfo es el tumor de Glándulas Salivales Mayores más frecuente. La evaluación de esta patología se basa en la anamnesis, el examen clínico, test funcionales, inmunohistoquímica y la imagenología. La ecotomografía ofrece las ventajas de menor costo, indolora, fácil técnica y no invasiva con respecto a Tomografía Computarizada y Resonancia Magnética en el estudio del Adenoma Pleomorfo. Ecográficamente la imagen del Adenoma Pleomorfo se observa: límites regulares, contenido con ecogenicidad heterogénea y zona de refuerzo posterior.

Keywords : Adenoma Pleomorfo, Ecotomography, TC imaging, RM imaging

Correspondencia
Guillermo Moreno Z. guimozar@123mail.cl
Ana María González G. imagen1@hotmail.com

Introducción

Los tumores de las glándulas salivales se clasifican en benignos y malignos; los benignos son aproximadamente el 3% de todos los tumores. Un 75% son a nivel de la parótida, 5% en la submaxilar, 1% en la sublingual y 10 a 15% en glándulas salivales menores⁽¹⁾; de los tumores de parótida un 70-80 % se localiza en el lóbulo superficial de la parótida.

Clasificación Tumores de Glándulas Salivales según OMS

Tumores Benignos y Malignos

Tumores Benignos

- Adenoma pleomorfo (tumor mixto).
- Tumor de Warthin (cistoadenoma papilar linfomatoso).
- Adenomas monomórficos:
 - Adenoma de células basales.
 - Adenoma canicular.
 - Oncocitoma (ver carcinoma oncocítico).
 - Adenoma sebáceo.
 - Linfadenoma sebáceo.
- Mioepitelioma.
- Cistoadenoma.
- Papiloma de los conductos.
- Sialoblastoma.

Tumores Malignos

- Carcinoma mucoepifermoide
- Carcinoma Adenoide cístico
- Carcinoma de células actínicas
- Carcinoma de adenoma pleomorfo
- Adenocarcinoma NOS
- Carcinoma epidermoide
- Carcinoma indiferenciado
- Carcinoma lobular polimorfo de bajo grado de malignidad
- Carcinoma epitelial mioepitelial

El Adenoma Pleomorfo (A.P) es una neoplasia benigna y es el tumor más frecuente de aquellos que derivan de los tejidos que forman las glándulas salivales. En años recientes, se han publicado casos de transformación maligna de este tumor. Ocupa un lugar preponderante en la patología tumoral de las glándulas salivales por ser el más frecuente de todos los tumores. Se le ha conocido con diversos nombres: enclavoma, branquioma, endotelioma, encondroma, tumor mixto (Minsén 1874), tumor mixto benigno y adenoma pleomorfo, término que se utiliza a partir de 1967 (Willis) basado en el patrón histológico que le caracteriza, observándose una mezcla de diferentes tejidos mesenquimatosos.

Es más frecuente en mujeres, con una incidencia de 2 a 1 respecto al hombre y la edad de incidencia es alrededor de los 40 años promedio. Es poco frecuente en niños, un 5%⁽²⁾

La evaluación del A.P. esta basada en Anamnesis, Examen Clínico, Test Funcionales, Inmunohistoquímica y Estudios Imagenológicos. Fig 1.

Los estudios Imagenológicos comprenden Radiología Convencional, Ecotomografía, Cintigrafía, Tomografía Computada (TC), Resonancia Magnética (RM) y Angiografía.

La importancia de un buen diagnóstico en cuanto a localización y extensión son determinantes en el tratamiento de un A.P., ya que la recidiva de estos tumores alcanza un 50% de los casos



Figura 1

Paciente con aumento de volumen, sialografía con técnica postero-anterior que demuestra el desplazamiento lateral del conducto principal de la Glándula Parótida izquierda y Ecotomografía en un Adenoma Pleomorfo

Clinica

Su sintomatología va a depender de la glándula involucrada y de su tamaño evolutivo. Generalmente se manifiesta como: tumor indoloro, crecimiento lento, más bien firme, móvil,

de superficie lisa o nodular. Por su tamaño progresivo puede llegar a separar y levantar el pabellón de la oreja, distensión de la piel. Puede producir compresión del facial, provocar dolor que en algunos casos puede hacer sospechar una neoplasia trigeminal. En la parótida el 90% se localizan en el lóbulo superficial y el 10% restante en el lóbulo profundo o espacio parafaríngeo.

Cuando se origina en glándulas menores su crecimiento produce un abultamiento de la zona, apareciendo como una masa uninodular en paladar, labios, o paredes faríngeas, dando raramente sintomatología compresiva. Produce sensación de cuerpo extraño y alteraciones en la deglución/fonación.

Los del espacio parafaríngeo son los que suelen diagnosticarse más tardíamente ya que no dan sintomatología hasta que su tamaño es grande.

Histología

Macroscópicamente tiene un aspecto muy característico: blanquecino, multilobulado, consistencia dura cartilaginosa, mal circunscrito y uni o multifocal. Un 75% de los casos son macroscópicamente unifocales y un 25% multifocales. El examen exhaustivo microscópico de la glándula visualiza nódulos satélites tumorales que pueden ser muy pequeños y solo visibles con microscopio.

Histológicamente está constituido por dos tipos de células: ductales y mioepiteliales; estas últimas son el componente mayoritario y adoptan disposiciones muy variadas que dan el aspecto pleomorfo, ya que pueden formar áreas mucoides, hialinas, mixoides, condroides, osteoides y raramente hasta hueso. Las células ductales forman estructuras que recuerdan los conductos salivares con un contenido eosinófilo.^{(1),(3)}

Metodos de Diagnóstico

Anamnesis

Importancia de la historia clínica que relata el paciente, fundamentalmente como ya antes mencionamos, se trata de un tumor indoloro de crecimiento lento que a través del tiempo va provocando una deformación facial que lo va haciendo más evidente.

Examen Clínico

A pesar de que el objetivo del presente trabajo es la Imagenología, el examen clínico al igual que la anamnesis adquieren gran importancia para conocer la evolución que ha tenido este tumor y a través de la Inspección, Palpación

y Expresión podemos evaluar las condiciones clínicas de tamaño, fijación y dureza de este con respecto a los tejidos adyacentes. Fig 2.



Figura 2
Aspecto clínico del Adenoma Pleomorfo en Glándula Parótida Izquierda

Tests Funcionales

Sialometría :Examen que mide la cantidad de saliva , la cual puede estar alterada por la presencia , ubicación y tamaño del tumor

Inmunohistoquímica

Estudios recientes han utilizado este método para estudiar la proliferación celular a través de medidores tipo anticuerpos momoclonales M1B1. Y se ha determinado que los Tumores Benignos presentan una proliferación celular menor de 5% y los Malignos con un porcentaje de proliferación de un 17,85 %⁽³⁾

Imagenología

A) EXAMEN RADIOGRÁFICO CONVENCIONAL

Se utilizan diferentes técnicas radiográficas convencionales como estudio previo para verificar la ausencia o no de sustancias calcificadas en el recorrido de los conductos principales de las Glándulas Salivales Mayores tales como: Téc.Oclusales Estricta y Oblicua (Figs 3 A -3 B);

Téc.LateralOblicuaTéc.Postero-Anterior;Técnica.Panorámica (Ortopantomografía).

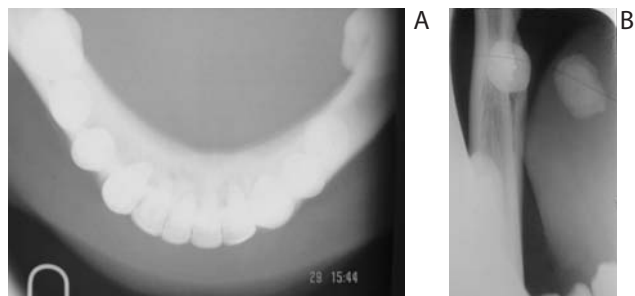


Figura 3 Técnicas Oclusales estricta (A) y oblicua posterior (B)

B) SIALOGRAFÍA

Método de diagnóstico contrastado utilizando de preferencia Lipiodol Ultrafluido , que nos da la posibilidad de estudiar la morfología glandular y secundariamente a través de controles de vaciamiento ver la funcionalidad.

El rendimiento de este estudio se basa fundamentalmente en el conocimiento de las imágenes sialográficas normales de llene y vaciamiento glandular, en la imagen de llene glandular la observación de la presencia de lóbulos accesorios y la morfología ductal del conducto principal y sistema ductal de las glándulas salivales mayores para lo cual utilizamos las diferentes técnicas radiográficas convencionales Lateral Oblicua y Postero Anterior y Ortopantomografía. Fig 4, con las cuales podemos observar la dirección y recorrido que realiza el conducto principal y así poder pesquisar a través de desplazamientos de estos hacia la parte inferior y lateral en el conducto parotídeo por ejemplo provocando la imagen de silencio ductal en este sistema, en la técnica posteroanterior 17 mm en el desplazamiento lateral desde la cara externa de la rama mandibular⁽⁴⁾. El sistema ductal de estas glándulas se distribuyen normalmente abundante, nítidos y en ángulo agudo y continuo dando la imagen de "árbol seco sin hojas" lo que contrasta frente a observar el sistema ductal en ángulos rectos y obtusos en las neoplasias expansivas y discontinuo en las neoplasias infiltrativas.

Importante es resaltar que esta imagen de discontinuidad también se puede lograr frente al examen sialográfico con Hipoinyección y con burbujas de aire en su interior.

En las imágenes de vaciamiento se observa tiempo de vaciamiento normal con permanencia de medio de contraste en las benignas; no así en las Malignas donde esta retardado el vaciamiento.

Otros parámetros a evaluar en la sialografía es el tamaño y ubicación, si se observa rechazo ductal corresponde a un crecimiento expansivo se denomina Imagen de "pelota en la mano" y si su ubicación es central intraglandular observamos una muesca de tamaño variable denominada "imagen en impronta" y su ubicación sería periférica o extraglandular y en crecimiento infiltrante tendremos imagen de solución de continuidad ductal .

La cantidad de medio de contraste es importante ya que una sobreinyección glandular ;de 6cc de medio de contraste⁽⁵⁾ o de 3 cc de Lipiodol y Pantopaque⁽⁶⁾ permite observar mejor: forma, límites, tamaño y ubicación.

Pero en las Neoplasias Malignas hay un retardo en la excreción del medio de contraste por extravasación al estroma glandular ,lo que no justifica la sobreinyección glandular

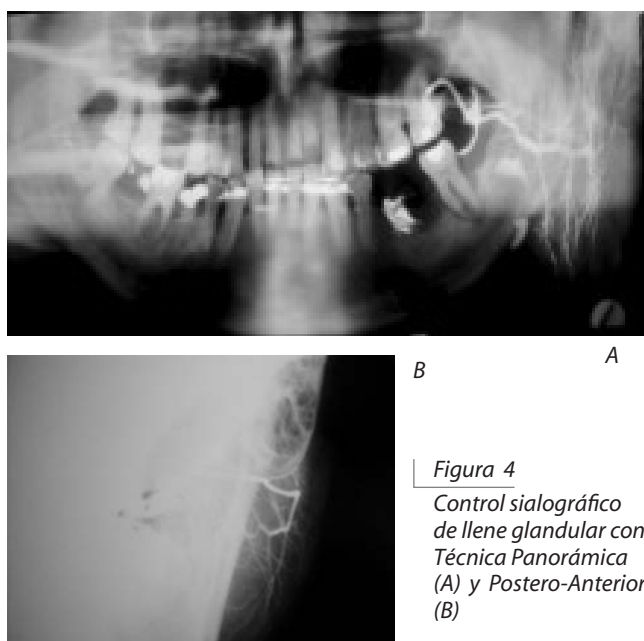


Figura 4
Control sialográfico de llene glandular con Técnica Panorámica (A) y Postero-Anterior (B)

C) CINTIGRAFÍA

Método que utiliza el Tecnecio 99 que es captado y excretado espontáneamente o al estímulo ácido. Se indicación es para determinar la función, a través del tiempo de captación y de vaciamiento; también la morfología con zonas hipercaptantes e hipocaptantes, pero por baja resolución es limitada en el diagnóstico de tumores de pequeño tamaño 1-1.5 cm.

D) ECOTOMOGRAFÍA

Según Kaneko y col. 1963-1975; Becker y Ossaining 1977; Bruneton y col. 1990; Miomir Cvetinovic y col. 1991, es el método de diagnóstico por imágenes más preciso para diferenciar los tumores de otros procesos patológicos. Este exámen tiene la ventaja de ser inocuo, indoloro, sin contraindicaciones, no invasiva Pero esta limitado en tumores de menos de 3mm, y los tumores ubicados en el lóbulo profundo y ubicados detrás de la rama mandibular.

Esta técnica determina la presencia del tumor, localización ya sea; extra o intraglandular o en lóbulo superficial, profundo o en ambos

En procesos tumorales de glándula parótida es posible determinar los límites, contenido forma y tamaño. En tumores benignos se observan límites regulares, de

contenido homogéneo a excepción del adenoma pleomorfo y una zona de refuerzo posterior. No así en los tumores malignos donde los límites son difusos, infiltrativos y contenido heterogéneo pero no se observa zona de refuerzo posterior. Fig 5

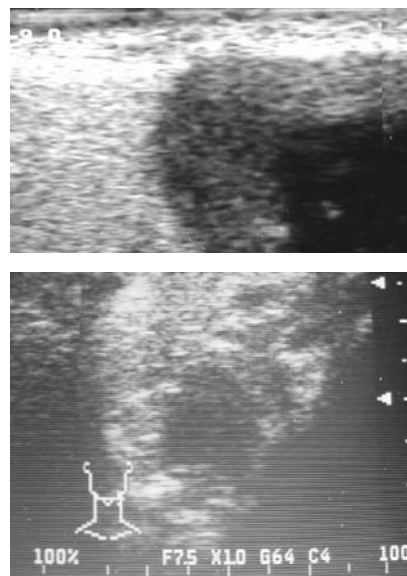


Figura 5
Ecotomografía de Adenoma Pleomorfo

E) TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA

Permite evaluar relación del tumor con la glándula, Inspección del parénquima, glandular tejidos blandos adyacentes, límites óseos, compromiso de base de cráneo, erosión mandibular, evaluación de base de cráneo, espacio parafaríngeo y retromandibular presencia de adenopatías no palpables y también puede detectar litiasis.

Junto a la sialografía o TC con contraste son de gran utilidad en tumores de densidad semejante a la de la glándula salival, tumores de la porción profunda y del espacio parafaríngeo.

La diferencia en la captación del medio de contraste en los tejidos normalmente vascularizados en comparación con la vascularización del tumor permite diferenciarlos de los tejidos adyacentes; lo más habitual es reconocer los límites que se observan nítidos y definidos en tumores benignos a diferencia de los malignos que se observan mal definidos e irregulares.

Existen 2 criterios adicionales que ayudan al diagnóstico; calcificaciones distróficas en tumor benigno y áreas centrales de necrosis que sugieren malignidad .Fig (6)

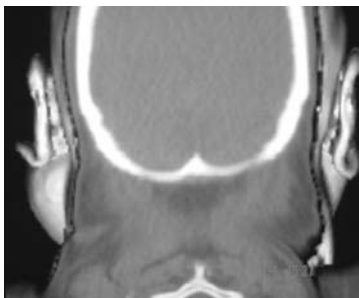
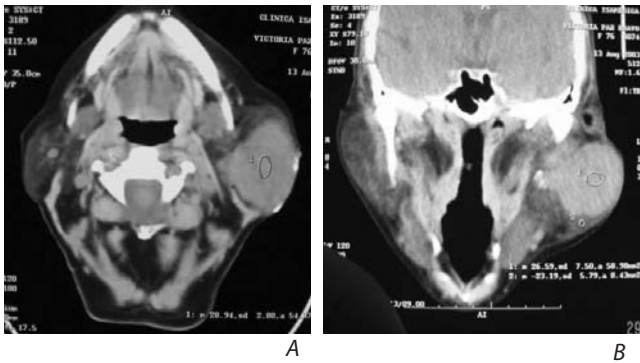


Figura 6
Tomografía
Computarizada de
A.P, corte axial (A)
corte coronal (B) y
Reconstrucción (C)

F) RESONANCIA MAGNETICA

Esta técnica da una mejor definición de partes blandas lo que permite una buena diferenciación del tejido normal y patológico.

También se observa la infiltración hacia el espacio parafaríngeo y músculo masticadores. Además presenta menos artefactos radiológicos que el TAC. Sin embargo no nos permite la detección de litiasis salival pero indirectamente muestra el conducto dilatado Fig. 7.

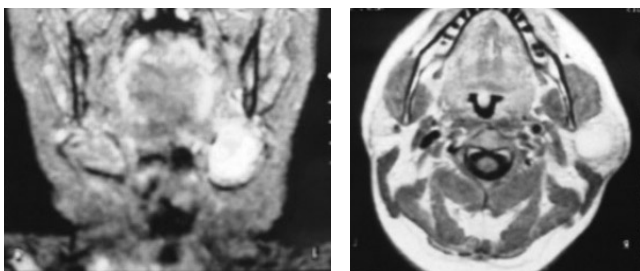


Figura 7 Resonancia Magnética en Adenoma Pleomorfo

G) ANGIOGRAFÍA

Poco indicada

Diagnóstico diferencial entre tumores del espacio parafaríngeo y tumores de la porción profunda de la parótida.

Bibliografía

- 1) Paul W. Goaz, Stuart C. White .RADIOLOGÍA ORAL.. 3ra. Edición, Ed. Mosby /Doyma Libros. Madrid, España. 1995.
- 2) da Cruz Perez DE, Pires FR, Alves FA, et al.: Salivary gland tumors in children and adolescents: a clinicopathologic and immunohistochemical study of fifty-three cases. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2004 Jul;68(7): 895
- 3) Frade C, Lozano A, García-Caballero T, Labella T. Epidemiological study of salivary gland tumours *Rev Laryngol Otol Rhinol.* 1999,5: 331-336
- 4) Katzen M, Du Plessis DJ. Recurrent parotitis in children. *Arch Dis Child* 1997;77:359-363
- 5) Osmer JC, Pleasants JE. Distention sialography. *Radiology.* 1966 Jul;87(1):116-8.
- 6) Ramírez C, Julio. Utilidad de la sialografía en el diagnóstico de las Neoplasias de las Glándulas Salivales Mayores *Rev. Dental de Chile,* 1991, 82 : 99-103