

ADENOMA PLEOMORFICO DE GLÁNDULA LAGRIMAL

Revisión bibliográfica y presentación de un caso

Dr. Francisco Correa S. * Dr. Humberto Espinosa A. ** Dr. Eduardo Viteri C. *** Dr. Carlos Durango E. ****

* Servicio ORL Hospital León Becerra

** , **** Servicio ORL Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital Militar. Guayaquil

*** Oftalmólogo

Resumen

El adenoma pleomórfico es un tumor mixto benigno de distintas localizaciones en la economía humana. En el área ORL se originan principalmente en las glándulas salivales especialmente en la glándula parótida. Estos tumores poseen una serie de características histopatológicas y clínicas muy específicas, sobre todo en localizaciones poco frecuentes como en las glándulas lagrimales. Presentamos el caso de un adenoma pleomórfico de glándula lagrimal en una paciente femenina remitida a nosotros por un oftalmólogo e intervenida quirúrgicamente. Hacemos una revisión bibliográfica de estos tumores valorando sus aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos básicos.

Summary

The adenoma pleomórfico is a benign mixed tumor of different localizations in the human economy. In the area ORL originates mainly especially in the salivary glands in the gland parótida. These tumors possess a series of characteristic histopatológicas and clinical very specific, mainly in not very frequent localizations as in the lachrymal glands. We present the case of an adenoma pleomórfico of lachrymal gland in a feminine patient remitted us by an oculist and intervened surgically. We make a bibliographical revision of these tumors valuing their clinical aspects, diagnoses and therapeutic basic.

Introducción.

La glándula lagrimal es una glándula serosa, localizada en el cuadrante superoexterno de la órbita, justo detrás de la cresta supraorbitaria, en la fosa del hueso temporal. Se asemeja en su histología a la glándula parótida, por lo que puede originar un tipo de tumor epitelial, similar a esta última, denominado tumor mixto benigno. Es considerado una de las causas de proptosis unilateral en adultos, además de otras lesiones como son oftalmopatía tiroidea, enfermedad de senos paranasales (neoplasias, mucocelos o infección) y metástasis de otras neoplasias. Dicho tumor puede tener clínicamente una evolución gradual, poco sintomática inicialmente, para luego manifestarse con dolor, proptosis y trastornos visuales como diplopía. Una vez que se diagnostica dicha entidad por TC, no es recomendable el uso de una biopsia aspiración con aguja fina (PAF), que con el examen anterior se determine resecable por medio de procedimientos quirúrgicos básicos.

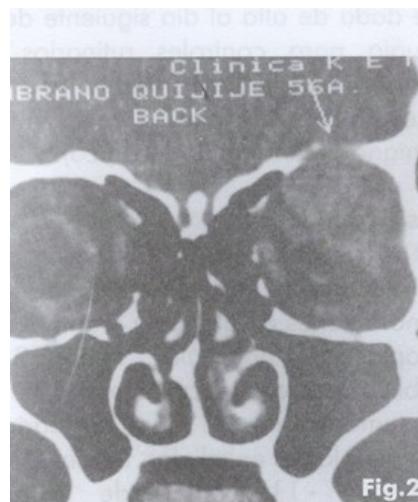
Presentación del caso.

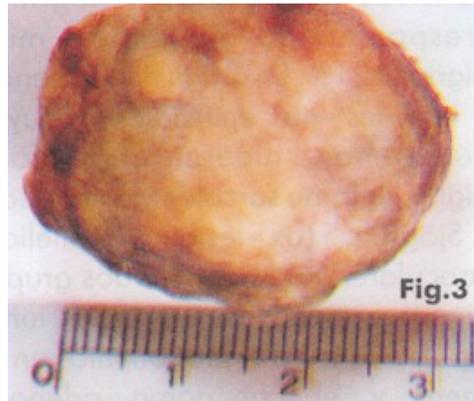
Paciente N.Z.Q. de 44 años de edad, femenina, residente en Manabí de ocupación Q.D., que consulta por presentar desde hace aproximadamente 15 años, exoftalmos unilateral izquierdo el cual se inició con una pequeña zona eritematosa, localizada en la conjuntiva ocular. Por este motivo acude un facultativo, quien realizó una PAF obteniéndose un líquido claro, al cual no se le realizó estudio citológico (según referencia de la paciente), días después presentó supuración en la misma zona de la punción, que mejoró con antibiótico terapia.

Acude a médico oftalmólogo para control quien la deriva a la consulta de ORL. En el interrogatorio refiere dolor facial localizado en región temporal y peri ocular izquierda de mediana intensidad, intermitente y diplopía. APP: alergia a la penicilina, apendicectomía y ooforectomía izquierda.(fig 1).El examen físico O.R.L. dentro de límites normales a excepción de una tumoración palpable, de consistencia blanda, lisa, localizada en el ángulo supero externo de la órbita, que desplazaba el globo ocular izquierdo hacia delante. Se solicitaron exámenes generales y una TC para órbita.(fig2). El informe radiológico describía una tumoración localizada en el cuadrante superoexterno de la órbita, detrás de la cresta supraorbitaria externa izquierda, con aparente erosión del techo orbitario.

Procedimiento quirúrgico.

Sus exámenes pre-operatorios de rutina fueron normales. Se realizó el abordaje quirúrgico por una incisión en la piel, debajo de la ceja sin afeitar, prolongándose esta alrededor del borde orbitario lateral, según técnica de Wright, evitando las ramas zigomática y frontal del nervio facial. Disección simple de fibras musculares llegando al periostio, el cual se disecciona del reborde orbitario óseo, se realizan osteomías en forma muy conservadora y limitada, solo lo necesario para que se pueda identificar perfectamente la totalidad de la tumoración y garantice su exéresis total. Se identifica la tumoración bien encapsulada, macroscópicamente no se extiende a paredes óseas.





Se reseca en bloque la glándula lagrimal por disección roma y muy pocas veces cortante, hemostasia con electrocauterio y suturas reabsorbibles, de acuerdo al tamaño de los vasos.(Fig.3). Dren de Penrose en fosa lagrimal. Reconstrucción ósea con mini placas y tornillos. Sutura por planos.

La paciente evolucionó satisfactoriamente en el post-operatorio, fue dada de alta al día siguiente de la cirugía para controles rutinarios en forma ambulatoria. (fig4). Informe anatomopatológico: Tumor mixto benigno (Adenoma pleomórfico).

Discusión.

Estudios previos muestran que aproximadamente el 50%) de las tumoraciones en glandula lagrimal son neoplasias epiteliales. Reese (1963) publicó! Aproximadamente el 50% de las tumoraciones en glándula lagrimal son neoplasias epiteliales. Reese (1963) publicó 115 casos de lesiones expansivas de glándula lagrimal, correspondiendo al tumor mixto benigno el21 %. En orden de frecuencia, las lesiones no epiteliales incluyen: pseudotumor, hiperplasia linfoide benigna, linfoma sarcoide y enfermedad de Sjogren. Las lesiones epiteliales extraoculares se dividen en dos grupos: benignas y malignas. Siendo el tumor mixto benigno de predominio en la primera y el carcinoma adenoide quístico en la segunda.

En forma típica, los tumores mixtos benignos son raros y pueden dar una sintomatología de muchos años de evolución, a diferencia de las lesiones malignas que lo pueden hacer en muy

poco tiempo, como por ejemplo los carcinomas y lesiones linfomatosas, que lo hacen en meses. Las lesiones no epiteliales', muy raras también, a veces erosionan las paredes óseas y provocan menos exoftalmos que los tumores epiteliales, estos últimos en cambio desplazan el globo ocular en forma más notoria. Los tumores mixtos benignos tienden a ser bien encapsulados, con una superficie lisa, en cambio los malignos son irregulares e infiltrantes. epiteliales, estos últimos en cambio desplazan el globo ocular en forma más notoria. Los tumores mixtos benignos tienden a ser bien encapsulados, con una superficie lisa, en cambio los malignos son irregulares e infiltrantes.

En general los exámenes radiológicos en combinación con una historia clínica detallada, pueden establecer el diagnóstico en aproximadamente la mitad de los pacientes con exoftalmia unilateral, siendo las causas más comunes: infecciones, inflamaciones, procesos endocrinos(enfermedad tiroidea) o lesiones en los senos paranasales que se extienden hacia la órbita. Es necesario recurrir casi siempre a exámenes más sofisticados como por ejemplo los no invasivos del tipo de la ultrasonografía, que solamente puede diferenciar lesiones sólidas, quísticas, angiomasosas o infiltrantes y los mejores exámenes para valorar la órbita extraocular: la TC (tomografía axial computada) y/o RNM (resonancia nuclear magnética). El tratamiento en general se basa en relación a los síntomas, la sospecha o no de malignidad y fundamentalmente por TCyRNM.

Los procedimientos quirúrgicos básicos incluyen:

- 1) Orbitotomía lateral, a través de la fosa temporal.
- 2) Orbitotomía superior, a través de una incisión en la ceja sin afeitar o una craneotomía fronto-temporal.
- 3) Un procedimiento medial, utilizando una incisión tipo Linch y movilización del saco lagrimal.
- 4) Exposición inferior a través de una incisión subciliar o una descompresión por cirugía endoscópica o transantral.
- 5) Cirugía de la base del cráneo para tumores avanzados de la porción anterior o media, o en las fosas temporal o infratemporal que se extienden y afectan la órbita. Cualquiera sea el procedimiento que se emplee la premisa más importante es garantizar la exéresis total y evitar así recidivas.

Conclusiones.

1. La evolución clínica de nuestra paciente fue similar la descrita en la bibliografía. El verdadero diagnóstico se estableció por TC, aunque nos dio una falsa imagen de erosión ósea en el techo orbitario que no se comprobó en el transoperatorio.
2. Para nuestro caso la PAF, no dio resultados importantes aunque en la bibliografía consultada algunos autores consideran que para que sea eficaz debe ser realizada, por personas con experiencia, tanto en el procedimiento como en el examen citológico.
3. El procedimiento quirúrgico indicado para nuestra paciente e implementado en la misma fue satisfactorio.

Bibliografía.

- 1) Calcaterra Ic., Trapp IK. Proptosis unilateral. Clínicos Otorrinolaringológicas de Norteamérica en Español. Volumen 2, Número I. 157-67, 1988.
- 2) De Santo L.w., Garity J.A.: Exoftalmos para el Otorrinolaringólogo. Paparella, Shumrick. Gluckman. Meyerhoff. Otorrinolaringología 3era edición- Tomo 1v.3562-3594, 1994.
- 3) Hans E.G., Abbuhl M.F., Mclean WI: Inmunohistologic properties of benign and malignant mixed tumors of the lacrimal gland. American Journal of Ophthalmology 110: 540-549,1990.
- 4) Jakobiec FA: tumors of the lacrimal gland and lacrimal saCo Trans New Orleans Acad. Ophthalmol. 14: 190-202, 1982.
- 5) Latchaw R.E.: Masas Orbitarias. Diagnóstico por imágenes en Resonancia Nuclear Magnético y

Tomografía Axial Computarizada de Cabeza, Cuello y Columna, 2da edición. Vol.II' 845-872,1991.

6) Loré J.M.: an Atlas of Head and Neck Surgery . 3era edición, 11: 490-494, 1988.

7) Osguthorpe J. David: Acceso quirúrgico a tumores orbitarios primarios. Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica en Español. Vol 2. 873-987, 1988. 8) Reese, A.B.: Tumors of the Eye, 2da ed. New York. Hoeber Medical Division, Harperand Row, 1963.

9) Rothfus w.E.: problemas de diagnóstico diferencial en la órbita. Diagnóstico por imágenes en Resonancia Nuclear Magnética y Tomografía axial computada de Cabeza y Cuello y Columna. 2da edición Vol. 2. 873-897, 1992.

10) Rowe K.w. (h.): Oftalmología. Paparella-Shumrick Otorrinolaringología. Ciencias básicas y disciplinas afines. 2da edición. Tomo 1. 941-955,1982.

11)Rubinfeld M., Wirtschafter J.D.: Oftalmología en relación con la práctica de la Otorrinolaringología. Paparella. Schumrick. Cluckman. Meyerhoff. Otorrinolaringología. 3era edición. Tomo Iv. 3531-3559,1994.

12)Stefanysyn MA, Handler S.D., Wright J.E.: tumores orbitarios en niños. Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica en español. Vol 2, número 1, 11-127, 1988.

13)Weisman, Kikkawa D., Moe SS.K. y Osguthorpe. Tumores de la órbita. Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica, en español. Vol. 6 1141-1158,2001.