

Adenoma pleomórfico de glándula lagrimal de presentación atípica

Pleomorphic adenoma of lacrimal gland with atypical presentation

Sevillano C¹, Muruzábal N¹, Verónica Lázaro², Fernández-Hermida R²

Servicio de Oftalmología del Complejo Hospital de Cruces, Barakaldo

¹ Licenciado en Medicina

² Doctor en Medicina

Institución responsable: Servicio de Oftalmología del Hospital de Cruces, Barakaldo

Correspondencia: Carlos Sevillano Torrado, email: seviojos@hotmail.com, calle Joaquín Costa 19, 2ºD; 36001 Pontevedra

Los autores certifican que este trabajo no ha sido publicado ni está en vías de consideración para publicación en otra revista. Asimismo transfieren los derechos de propiedad (copyright) del presente trabajo a la Sociedad Española de Oftalmología.

Carlos Sevillano Torrado

Nora Muruzábal Zaldívar

Roberto Fernández Hermida

Título abreviado: Adenoma pleomórfico de glándula lagrimal

Resumen

Introducción

El adenoma pleomórfico de glándula lagrimal es un tumor benigno que característicamente provoca excavación ósea objetivable en la radiología. Presentamos un caso de adenoma pleomórfico de glándula lagrimal cuya radiología atípica, sin remodelación del tejido óseo adyacente, hacía sospechar una neoplasia maligna.

Caso clínico

Varón de 38 años que presenta una masa levemente dolorosa en fosa temporal orbitaria derecha, de meses de evolución. En la tomografía computerizada se observa una masa en la glándula lagrimal compatible con adenoma pleomórfico que sin embargo no presentaba la típica excavación ósea. Ante lo atípico del cuadro se realizó una exéresis cuya anatomía patológica confirmó el diagnóstico.

Palabras clave: adenoma pleomórfico, glándula lagrimal, excavación ósea, tomografía computerizada, presentación atípica

Abstract

Introduction

Pleomorphic adenoma of the lacrimal gland is a benign tumor whose radiology typically shows remodeling of the bony fossa. A case of pleomorphic adenoma of the lacrimal gland with atypical radiologic appearance (no adjacent bone remodeling) is presented.

Case Report

A 38 year-old man was referred with a slightly painful mass in his left temporal fossa of 8 months of evolution. The tomography showed a lacrimal mass that fitted with a pleomorphic adenoma though had no bone remodeling. Because atypical features, promptly exeresis was carried out and hystopathology confirm the suspected diagnosis.

Keywords: pleomorphic adenoma, lacrimal gland, atypical presentation, bony remodeling, computed tomography

Introducción

El adenoma pleomórfico es la tumoración epitelial benigna más frecuente de la glándula lacrimal^{1,3-5}. Se presenta típicamente entre la 3ª y 5ª década de la vida, sin predilección por el sexo, con una evolución media de entre 1 y 3 años^{2,3,4}. Clínicamente suele manifestarse como una masa súperotemporal, indolora y palpable, con proptosis y a veces diplopia secundaria^{1,3-5}. Su diagnóstico prequirúrgico es clínico y radiológico, al estar la biopsia contraindicada por posible diseminación celular tumoral¹⁻⁵, siendo fundamental sospecharlo y realizar una escisión in toto¹⁻⁵.

Caso clínico

Varón de 38 años, sin antecedentes de interés, remitido a nuestro servicio por presentar una tumoración levemente dolorosa en zona temporal superior de la órbita izquierda de 8 meses de evolución (Figura 1).

La exploración oftalmológica preoperatoria mostraba una agudeza visual de 1 AO; motilidad extrínseca e intrínseca, tonometría, segmento anterior y posterior dentro de la normalidad. La masa era palpable, moderadamente dolorosa y estaba adherida a plano óseo. Presentaba una exoftalmometría de 13 mm OD y 15 mm OI, con un desplazamiento del globo ocular izquierdo hacia abajo de 1 mm aproximadamente que no generaba diplopia. El test de Ishihara era normal y no había adenopatías palpables.

Se solicitó una tomografía computerizada con realce para hueso que mostraba una masa homogénea en la glándula lagrimal que comprimía el globo ocular, y no mostraba calcificaciones ni erosionaba el hueso. Tampoco producía remodelación ósea del hueso adyacente (figura 2).

Ante la posibilidad de una estirpe maligna (dolor, relativa rapidez de crecimiento y radiología atípica), se programó la cirugía en un breve período de tiempo. Se le practicó una orbitotomía lateral izquierda vía pliegue palpebral superior y risorio, con osteotomía lateral y extracción de la masa in toto (figura 3), tras lo que se reconstruyó la pared ósea con microplacas y microtornillos. La anatomía patológica reveló un adenoma pleomórfico sin atipia ni mitosis con abundantes células mioepiteliales y de aspecto condroide (figura 4).

Tras la cirugía se redujo la exoftalmometría izquierda a 12mm y se corrigió el desplazamiento del globo así como la deformidad palpebral. El resultado anatomopatológico exime de un estudio sistémico posterior, y el paciente se encuentra asintomático 38 meses después del cuadro.

Discusión

Ante un caso con una masa lagrimal de dudosa malignidad, el aspecto clínico y el radiológico se convierten en factores determinantes para el diagnóstico de sospecha, ya que no es conveniente realizar una biopsia de la lesión por posible diseminación de células malignas¹⁻⁵.

De los diferentes patrones de alteración ósea de las lesiones de glándula lagrimal¹, el adenoma pleomórfico puede presentar leve calcificación y más excepcionalmente esclerosis del hueso adyacente^{1,2,5} pero lo más característico es la excavación de la pared ósea, ausente en nuestro caso.

La presencia de una masa que estimule la osteosíntesis y la osteolisis, a lo largo del tiempo, produce una remodelación del hueso que en este caso se manifiesta como una erosión de la fosa lagrimal. Es, por tanto, indicador de cronicidad³, aunque Lloyd explica que en algunos casos de carcinoma de glándula lagrimal también se da este

hallazgo. Las series de adenomas pleomórficos encuentran este hallazgo radiológico en un 80% (Lloyd¹), 70% (Rootman⁴) y 85% (Rose²), si bien Rose, cuyo artículo supone la serie más larga de la literatura con 53 casos, indica que el uso concomitante de TC y radiología convencional eleva el número a 98%, por lo que (aunque pueda aparecer en lesiones crónicas como quistes dermoides) en algún texto se considera un dato casi patognomónico del adenoma pleomórfico de glándula lagrimal. La media de aparición de remodelación ósea en radiología, en virtud de las series publicadas, se encuentra en un 85% aproximadamente.

Otros patrones como erosión ósea, invasión espicular o franca esclerosis ósea indican un origen de estirpe maligna.

En nuestro caso, la tomografía mostraba ausencia de remodelación ósea (figura 2), lo que, sumado a la presencia de un dolor leve (el dolor es un signo de mayor invasión y de malignidad por infiltración perineural^{1,2,4}, presente en un 10% aproximadamente de los adenomas pleomórficos^{2,4}) sugería un origen maligno e implicó mayor rapidez para realizar la exéresis. La confirmación anatomopatológica (células cuboideas formando ductos y estroma de hábito mixoide) y la exéresis completa con pseudocápsula cierran casi por completo la posibilidad de recidiva o conversión hacia carcinoma. Es necesario extraer la masa por completo para evitar colonias celulares con potencial para recidivar o malignizarse¹⁻⁵.

En conclusión, consideramos esencial el conocimiento de esta patología y su comportamiento radiológico, que condiciona el manejo quirúrgico posterior.

Bibliografía

1. Lloyd GA. Lacrimal gland tumours: the role of CT and conventional radiology. *British Journal of Radiology* 1981 Dec 54(648):1034-8
2. Rose GE, Wright JE. Pleomorphic adenoma of the lacrimal gland. *British Journal of Ophthalmology*, 1992 Jul 76(7): 395-400
3. Auran J, Jakobiec FA. Benign mixed tumor of the palpebral lobe of the lacrimal gland. Clinical diagnosis and appropriate surgical management. *Ophthalmology* 1988 Jan 95(1):90-9
4. Rootman J, White VA. Epithelial tumours of the lacrimal gland. In : Rootman J. *Diseases of the orbit: a multidisciplinary approach*. 2nd edition. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2003. Pages 345-9.
5. Pérez Moreiras J.V., Prada Sanchez M.C; *Patología Orbitaria*, Tomo 2. Barcelona: Edika-Med, 2002; 744-54

Leyenda de las ilustraciones

Fig. 1. Masa en fosa temporal superior de órbita izquierda.

Fig 2. TC con programa para hueso que demuestra una masa homogénea en región súperotemoral con ausencia de remodelado óseo adyacente a la masa.

Fig 3. Aspecto macroscópico del tumor.

Fig 4. Patrón bifásico de células cuboideas formando ductos y estroma de hábito mixoide. H-E, 20x

Ilustraciones



