

Adenoma pleomorfo en pilar anterior de la faringe: una localización intraoral atípica.

Reporte de un caso

Manuel F. Concha-Vera¹, José M. López-Valladares¹, Pablo H. Montero-Miranda¹

Pleomorphic adenoma in the anterior pillar of the pharynx: an atypical intraoral location. Case report

Objective: To report a case of a pleomorphic adenoma (PA) in an uncommon location within the oral cavity, between the retromolar trigone and the anterior pillar of the right pharynx. **Materials and Methods:** Clinical and imaging data were collected, along with histopathological analysis following the surgical resection of a 1.5 cm submucosal mass in a 61-year-old female patient. The patient presented asymptomatic progression and a presumptive diagnosis of PA. **Results:** Magnetic resonance imaging revealed a well-encapsulated, well-defined mass suggestive of a benign tumor. Histopathological examination confirmed the diagnosis of PA with a predominance of myoepithelial cells. No postoperative complications were observed, and the patient showed proper healing after one month of follow-up. **Discussion:** PA in atypical locations such as the retromolar trigone are extremely rare, making early clinical diagnosis challenging. The primary treatment is complete surgical resection with safe margins, significantly reducing the risk of recurrence. The unusual location requires careful management to minimize postoperative morbidity.

Keywords: adenoma pleomorphic; pharynx; salivary glands minor.

Resumen

Objetivo: Reportar un caso de un adenoma pleomórfico (AP) de localización infrecuente en la cavidad oral, entre el triángulo retromolar y el pilar anterior de la faringe derecha. **Materiales y Métodos:** Se recopiló información clínica y de imágenes, además del análisis histopatológico tras la resección quirúrgica de una masa submucosa de 1,5 cm en una paciente femenina de 61 años, con evolución asintomática y diagnóstico presuntivo de AP. **Resultados:** La resonancia magnética mostró una masa encapsulada, bien delimitada y sugestiva de tumor benigno. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de AP con predominio de células mioepiteliales. No hubo complicaciones postoperatorias y la paciente presentó una adecuada cicatrización tras un mes de seguimiento. **Discusión:** Los AP en localizaciones atípicas como el triángulo retromolar son extremadamente raros, lo que dificulta el diagnóstico clínico precoz. El tratamiento primario es la resección quirúrgica completa con márgenes de seguridad, lo que reduce significativamente la posibilidad de recurrencia. La localización inusual requiere un manejo cuidadoso para evitar morbilidad postoperatoria.

Palabras clave: adenoma pleomorfo; faringe; glándulas salivales menores.

¹Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina. Santiago, Chile.

Recibido el 2025-04-28 y aceptado para publicación el 2025-07-23

Correspondencia a:
Dr. Manuel Felipe Concha Vera
manuelconchavera@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



Introducción

Los tumores de glándulas salivales constituyen un grupo heterogéneo y poco frecuente de neoplasias, con una incidencia anual estimada entre 7,03 y 8,58 casos por cada 100.000 personas. El 65% corresponde a neoplasias benignas y el 35% a malignas. Además, se observa una ligera predominancia en mujeres, quienes representan el 54% de los casos, frente al 46% en hombres, siendo más prevalentes entre la cuarta y la séptima década de vida^{1,2}.

El adenoma pleomórfico (AP) es el tumor benigno más común de las glándulas salivales, representando aproximadamente el 81,2% de estas neoplasias³. Se caracteriza por su naturaleza heterogénea, con una mezcla de componentes epiteliales, mioepiteliales y mesenquimales en su estructura histológica^{4,5}. Clínicamente, suele presentarse como una masa bien delimitada, de crecimiento lento y, en la mayoría de los casos, asintomática⁶.

La mayoría de los AP se localizan en las glándulas parótidas (80%), seguidas por las glándulas submaxilares (10%) y las glándulas salivales menores (10%), estas últimas distribuidas en diversas regiones de la cavidad oral³, siendo el paladar la zona más comúnmente afectada⁷. Sin embargo, el AP puede desarrollarse en localizaciones inusuales, como en la región del trigono retromolar, una presentación extremadamente rara que plantea desafíos significativos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento⁷. A continuación, presentamos un caso de adenoma pleomórfico localizado en la mucosa medial al trigono retromolar mandibular, adyacente al pilar anterior de la faringe derecha.

Caso clínico

Paciente femenina de 61 años que consultó al servicio de Cirugía Oncológica por la aparición de una masa submucosa localizada en el pilar anterior derecho de la faringe. La paciente refirió un aumento progresivo de volumen de varios meses de evolución, sin dolor, sangrado ni otras molestias asociadas. Asimismo, no presentó síntomas adicionales como otalgia, disfonía o disfagia.

En su historia médica, destacaban antecedentes de hipotiroidismo y trastorno del ánimo, ambos controlados mediante tratamiento farmacológico con levotiroxina, levomepromazina, glucosamina y rosuvastatina. Entre sus antecedentes quirúrgicos figuraban una apendicectomía, cesárea, resección de un dermatofibrosarcoma y amigdalectomía. Respecto a sus hábitos, había sido fumadora durante

15 años, con un consumo de 1 a 2 cajetillas diarias, suspendiendo el hábito hace 2 años. No reportaba alergias conocidas.

El examen clínico extraoral no evidenció anomalías visibles ni adenopatías cervicales palpables. En el examen intraoral, se identificó una lesión submucosa de aproximadamente 1,5 cm de diámetro, localizada entre el trigono retromolar y el pilar anterior derecho de la faringe. La lesión era móvil, blanda y no dolorosa al tacto. La mucosa que recubría la lesión mostraba color y textura normales, mientras que el resto del examen bucal no reveló alteraciones ni signos de afectación neurológica focal.

La Resonancia Magnética (RM) maxilofacial y cervical mostró una masa tumoral ovalada y bien delimitada, con dimensiones de 14 mm de altura, 13,5 mm de diámetro anteroposterior y 11,2 mm de diámetro lateral. La lesión presentaba señal intermedia en T1 y refuerzo homogéneo tras la administración de contraste. La masa se ubicaba cercana a la rama mandibular derecha, anterior al músculo pterigoideo medial, sin evidencia de infiltración ósea. Estos hallazgos eran consistentes con una lesión benigna, sugiriendo un posible adenoma pleomórfico (Figura 1).

Debido a la localización y evolución progresiva de la lesión, se consideró necesaria la intervención quirúrgica para determinar su etiología. La paciente fue informada detalladamente sobre el procedimiento, sus riesgos, beneficios y posibles complicaciones, incluyendo sangrado, dehiscencia y dolor postoperatorio, a lo que accedió.

Procedimiento quirúrgico

El procedimiento se realizó bajo anestesia general. Se efectuó una incisión en la cara lateral de la mucosa que recubría la lesión, tomando precauciones para evitar el territorio del nervio lingual. Se realizó una disección roma cuidadosa, permitiendo la resección completa del tumor con un margen de tejido sano. Durante la intervención, se confirmó que el tumor estaba encapsulado, sin infiltración en los tejidos circundantes (Figura 2). El cierre de la mucosa se realizó en un solo plano utilizando suturas absorbibles (Vicryl 3-0) en puntos separados, asegurando una adecuada adaptación sin tensión. La pieza quirúrgica fue enviada para análisis histopatológico. Los cuidados posteriores incluyeron analgesia unimodal y enjuagues bucales con clorhexidina tres veces al día durante cinco días.

Examen histopatológico

Para estudio histopatológico, se recibió un fragmento ovoideo de tejido, de superficie exter-

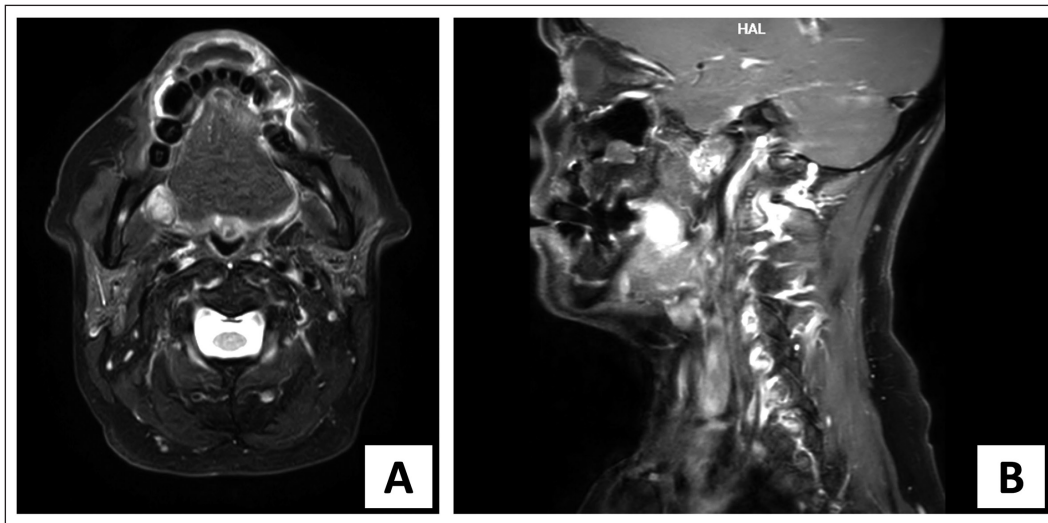


Figura 1. Resonancia Magnética Maxilofacial y Cervical con contraste. **A.** Corte transversal en T2 donde se observa lesión hiperintensa anterior al músculo pterigoideo medial. **B.** Corte sagital en T2 donde se observa la lesión con señal alta leve y con refuerzo homogéneo postcontraste.

na lisa y brillante. Al corte, tumor sólido, rosado amarillo. A la microscopía óptica se identifica una neoplasia bien delimitada, encapsulada, hiper celular (Figura 3A), en la cual se reconocen, por un lado, células de aspecto epitelioideo, de núcleos ovalados, con nucléolo inconspicuo y escaso citoplasma claro, en sábanas, correspondiente a células mioepiteliales (Figura 3B); y, por otra parte, células cuboideas, de núcleo redondo y escaso citoplasma eosinófilo, que esbozan pequeños túbulos, las células ductales (Figura 3C); dispuestas en un estroma predominantemente hialino. No se

observó necrosis, invasión a la cápsula y el conteo mitótico fue bajo. Estos hallazgos son compatibles con un adenoma pleomorfo, en su fenotipo celular, con preponderancia de células mioepiteliales. El borde de sección quirúrgico resultó negativo a 0,5 mm.

Seguimiento postoperatorio

En el control postoperatorio, un mes después de la cirugía, la paciente mostró una cicatrización completa de la mucosa, sin complicaciones. Las suturas residuales fueron retiradas sin incidentes.

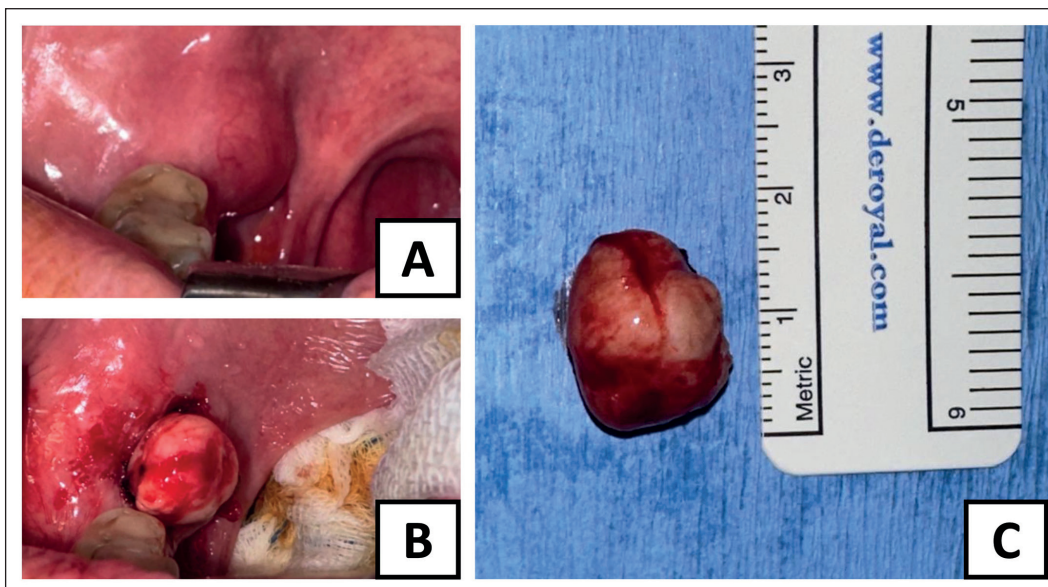


Figura 2. Fotos clínicas intraoperatorias **A.** Vista intraoral que muestra el aumento de volumen medial a la zona del triángulo retromolar y anterior al pilar de la faringe derecho. **B.** Resección quirúrgica de la lesión con márgenes de tejido vecino. **C.** Tumor resecado con cápsula indemne de aproximadamente 1,5 cm.

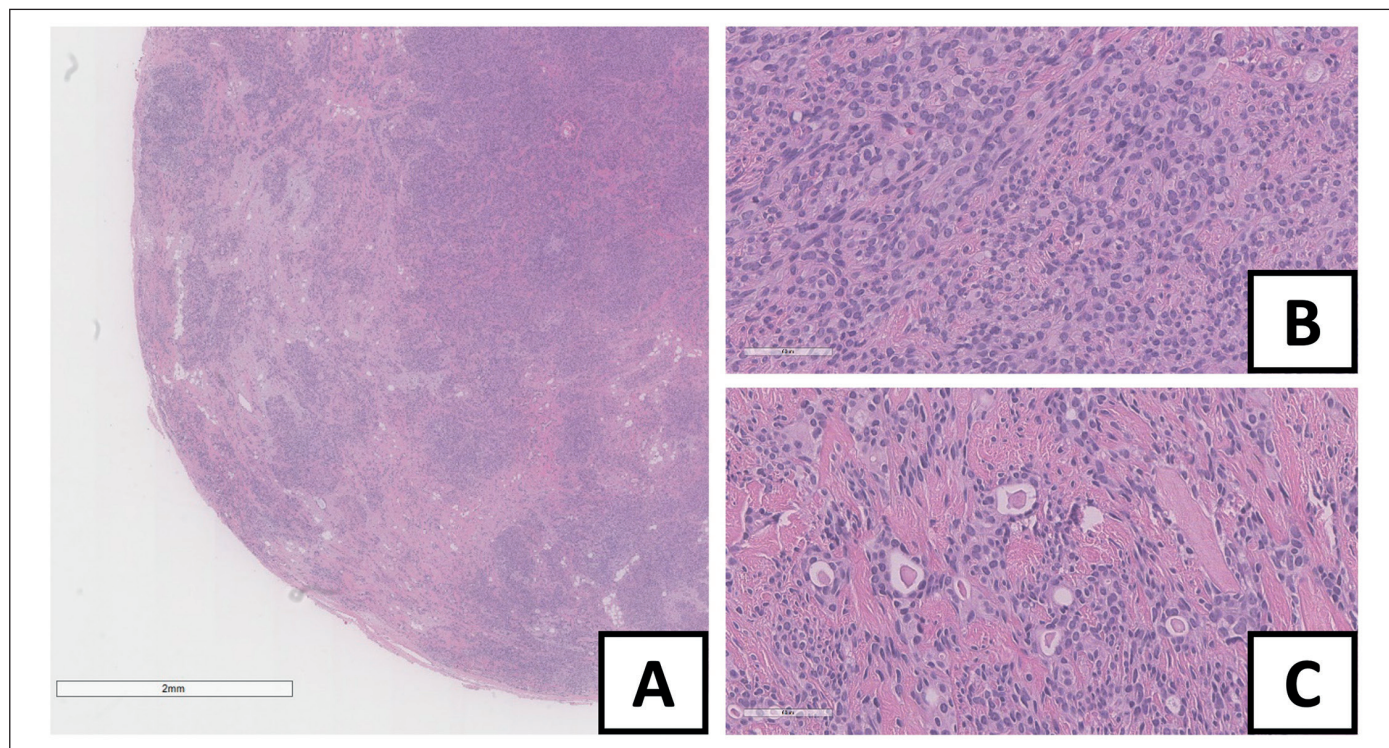


Figura 3. A. Microfotografía a menor aumento, en la que destaca su aspecto heterogéneo. A este aumento no se reconocen características de malignidad como necrosis o invasión capsular (hematoxilina-eosina, aumento original x20). **B.** Componente de células mioepiteliales (hematoxilina-eosina, aumento original x400). **C.** Componente de células ductales (hematoxilina-eosina, aumento original x400).

Discusión

El adenoma pleomórfico (AP), conocido también como tumor mixto, es la neoplasia benigna más frecuente de las glándulas salivales, representando el 81,2% de los casos, con mayor frecuencia en la parótida, seguida por las glándulas submaxilares y menores³. En este caso, el AP se localizó entre el trigono retromolar y el pilar anterior derecho de la orofaringe, una ubicación excepcional que no ha sido descrita en grandes series como la de Tian et al.⁸, que analizó 6.982 neoplasias de glándulas salivales en un período de 23 años, sin reportar esta localización anatómica. Esta ubicación infrecuente dificulta el diagnóstico clínico temprano y preciso, lo que puede comprometer tanto los tratamientos como los resultados clínicos. A pesar de que se han publicado informes previos⁷, no existe información exhaustiva sobre esta entidad clínica en dicha localización orofaríngea.

Clínicamente, los AP suelen manifestarse como masas indoloras, de crecimiento lento, morfología irregular y curso evolutivo prolongado^{6,9}. Sin em-

bargo, ciertos factores pueden sugerir malignidad, como consistencia pétrea, crecimiento rápido, dolor, sensibilidad, linfadenopatías regionales y disfunción de nervios periféricos¹⁰. En este caso, la paciente permaneció asintomática y consultó únicamente debido a molestias leves al explorar la lesión con la lengua. Es relevante señalar que no presentó parestesias linguales, un síntoma de alarma común en casos de malignidad. Además, en localizaciones orofaríngeas, el tamaño tumoral puede comprometer funciones como la deglución, siendo este un motivo frecuente de consulta¹¹. Sin embargo, en este caso, la lesión no alcanzó dimensiones suficientes para generar tales complicaciones. El tratamiento estándar para el AP es la escisión quirúrgica completa con un margen de tejido sano, siendo esta la estrategia principal para prevenir recurrencias locales. En general, el pronóstico es favorable, con una baja tasa de recurrencia. Sin embargo, factores como la penetración capsular, una escisión incompleta o el derrame tumoral durante la cirugía representan riesgos significativos de recurrencia¹².

Aunque las transformaciones malignas de los AP

son poco frecuentes, el carcinoma ex adenoma pleomórfico constituye aproximadamente el 6,2% de los tumores mixtos y el 12% de las neoplasias malignas de las glándulas salivales, con una incidencia estimada de 0,17 por millón de personas¹³. La resección extracapsular es crucial para minimizar el riesgo de recurrencia, aunque la localización del tumor puede complicar el procedimiento y aumentar el riesgo de morbilidad postoperatoria¹⁴. En este caso, la ubicación del tumor en la región anterior al pilar de la faringe derecha exigió un conocimiento detallado de la anatomía local para evitar daños en estructuras críticas, como el nervio lingual, situado aproximadamente a 1 cm de profundidad bajo la mucosa medial del trigono retromolar. Como alternativa terapéutica, la radioterapia puede ser considerada en situaciones donde la resección quirúrgica completa no sea factible, especialmente en casos de tumores en localizaciones anatómicamente complejas, como el espacio parafaríngeo, donde la cirugía puede asociarse a una alta morbilidad¹⁵. Esta opción ayuda a reducir el riesgo de recurrencias, particularmente en escenarios de resecciones incompletas.

Conclusiones

El adenoma pleomórfico en la cavidad oral presenta múltiples manifestaciones clínicas, lo que complica su diagnóstico incluso para cirujanos experimentados. Es fundamental realizar una anamnesis exhaustiva, un examen físico detallado, estudios de imagen y análisis histopatológicos para confirmar el diagnóstico con precisión. Ante cualquier masa en la cavidad oral, el adenoma pleomórfico debe con-

siderarse dentro del diagnóstico diferencial, siendo la extirpación quirúrgica completa con márgenes de seguridad el tratamiento de elección. Además, se recomienda un seguimiento prolongado para monitorear posibles recurrencias tardías, garantizando así un manejo adecuado a largo plazo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Rol (Taxonomía Credit)

Manuel Felipe Concha Vera: Conceptualización, Investigación, Metodología, Administración, Recursos, Supervisión, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición.

José Miguel López Valladares: Conceptualización, Investigación, Metodología, Administración, Recursos, Supervisión, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición.

Pablo Hernán Montero Miranda: Conceptualización, Recursos, Visualización, Redacción - revisión y edición.

Bibliografía

- Bradley PJ, McGurk M. Incidence of salivary gland neoplasms in a defined UK population. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2013;51(5):399-403. doi: 10.1016/j.bjoms.2012.10.002.
- Alsanie I, Rajab S, Cottom H, Adegun O, Agarwal R, Jay A, et al. Distribution and frequency of salivary gland tumours: an international multicenter study. *Head Neck Pathol*. 2022;16(4):1043-54. doi: 10.1007/s12105-022-01459-0.
- Vasconcelos AC, Nör F, Meurer L, Salvadori G, Souza LB, Vargas PA, et al. Clinicopathological analysis of salivary gland tumors over a 15-year period. *Braz Oral Res*. 2016;30:S1806-83242016000100208. doi: 10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0002.
- Lee JH, Kang HJ, Yoo CW, Park WS, Ryu JS, Jung YS, et al. PLAG1, SOX10, and Myb expression in benign and malignant salivary gland neoplasms. *J Pathol Transl Med*. 2019;53(1):23-30. doi: 10.4132/jptm.2018.10.12.
- Zarbo RJ. Salivary gland neoplasia: a review for the practicing pathologist. *Mod Pathol*. 2002;15(3):298-323. doi: 10.1038/modpathol.3880525.
- Adiyodi NV, Sequeira J, Mehra A. Twinning of pleomorphic adenoma: a case report. *Cureus*. 2020;12(1):e6608. doi: 10.7759/cureus.6608.
- Kokubun K, Chujo T, Yamamoto K, Akashi Y, Nakajima K, Takano M, et al. Intraoral minor salivary gland tumors: a retrospective, clinicopathologic, single-center study of 432 cases in Japan and a comparison with epidemiological data. *Head Neck Pathol*. 2023;17(3):739-50. doi: 10.1007/s12105-023-01551-z.
- Tian Z, Li L, Wang L, Hu Y, Li J. Salivary gland neoplasms in oral and maxillofacial regions: a 23-year retrospective study of 6982 cases in an eastern Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2010;39(3):235-42. doi: 10.1016/j.ijom.2009.10.016.
- Li Y, Xiao N, Dai Y, Guo S, Zhang Y, Wang D, et al. Comprehensive characterization of pleomorphic adenoma at intraoral unusual sites. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2022;133(1):21-7. doi: 10.1016/j.oooo.2021.05.006.
- Sergi B, Limongelli A, Scarano E, Fetoni AR, Paludetti G. Giant deep lobe parotid gland pleomorphic adenoma involving the parapharyngeal space: report of three cases and review of the diagnostic and therapeutic approaches. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2008;28(5):261-5.
- Rivelsrud MC, Hartelius L, Bergström L, Løvstad M, Speyer R. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in adults in different healthcare settings: a systematic review and meta-analyses. *Dysphagia*. 2023;38(1):76-121. doi: 10.1007/s00455-022-10465-x.
- Birigi M, Mwewa CN. Surgical tumour excision of pleomorphic adenoma of submandibular salivary gland: a case report and literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2023;106:108236. doi: 10.1016/j.ijscr.2023.108236.
- Khanna D, Chaubal T, Bapat R, Abdulla AM, Philip ST, Arora S. Carcinoma ex pleomorphic adenoma: a case report and review of literature. *Afr Health Sci*. 2019;19(4):3253-63. doi: 10.4314/ahs.v19i4.50.
- AlWatban Z, AlAnsari H, AlAseeri D, AlJawder A, Janahi W. Pleomorphic adenoma of the oral cavity: systematic review. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2023;75(4):3288-304. doi: 10.1007/s12070-023-03927-7.
- Bent JP 3rd, Dinges D, Whitehouse A. Pathologic quiz case 1: minor salivary gland pleomorphic adenoma of the parapharyngeal space. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1992;118(6):664-6.