

Tumoración de Glándula Salival Menor en Mucosa Nasal

Dra. Fabiola García Iracheta*
 Dr. Julio Valenzuela Ruíz**
 Dr Jorge Béjar***
 Dr Horacio Verdugo Valencia **
 Dr Adolfo Sagasta **
 Dr Mario Aguayo Aguilar **
 Dr Jesús Reynoso Othón **
 Dr Oscar Solís Da Acosta **

INTRODUCCIÓN

El adenoma pleomórfico también llamado tumor mixto, es la neoplasia benigna más frecuente de las glándulas salivales mayores, localizándose principalmente en la glándula parótida hasta en un 80% de los casos.¹

La incidencia de esta tumoración en las glándulas salivales menores es menos de un 8%, presentándose en paladar, faringe, laringe, tráquea y glándula lagrimal. La incidencia en cavidad nasal es infrecuente.²

El adenoma pleomórfico nasal fue descrito por primera vez por Denker y Kahler en 1929.³

Se puede presentar a cualquier edad con una incidencia máxima entre la tercera y sexta década de la vida, sin predilección por raza o sexo.⁴

La sintomatología inicial incluye obstrucción nasal unilateral, presencia de masa en fosa nasal y en algunos casos epistaxis.⁵

El diagnóstico diferencial de este tumor debe ser realizado con papilomas epiteliales, angiomas, carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma, entre otros.⁶

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa con margen libre de tumoración. La técnica quirúrgica depende del tamaño de la lesión: si la tumoración es pequeña se puede resear vía intranasal; tumoraciones de mayor tamaño, por rinotomía lateral o con técnica de desguante medio facial.^{3,7}

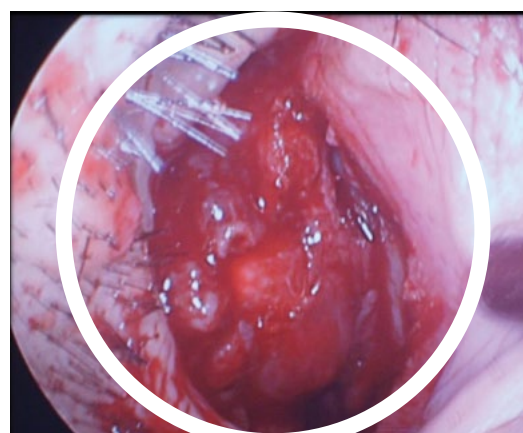


Figura 1. Endoscopia previa a la cirugía, donde se observa tumoración ovoidea, obstruyendo región superior de fosa nasal derecha.

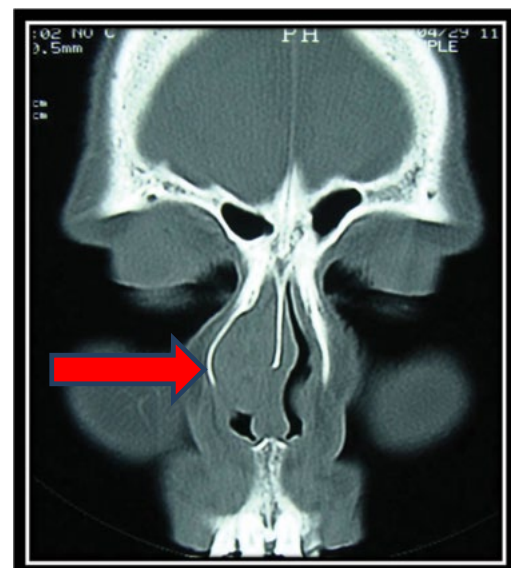


Figura 2. TAC corte frontal, con tumoración en fosa nasal derecha.

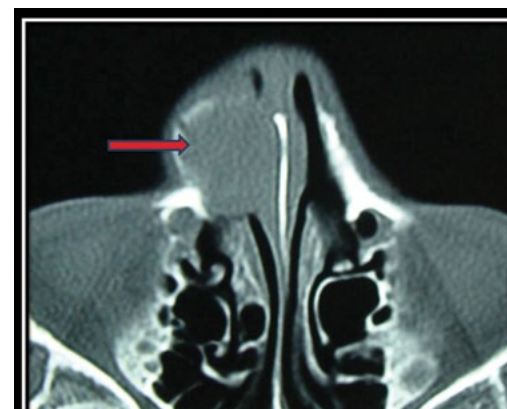


Figura 3. TAC corte axial. Se aprecia la tumoración con densidad de tejido blando, desplazando la pared lateral nasal.

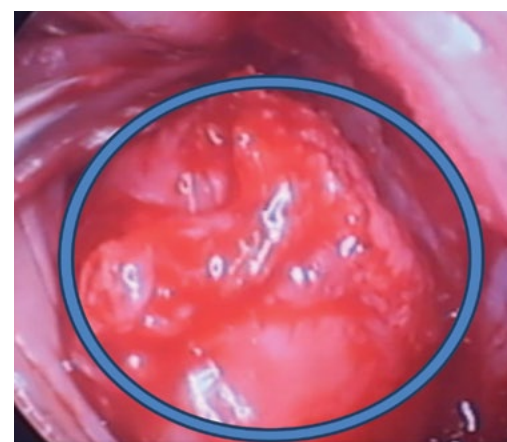


Figura 4. Resección de la tumoración dependiente de mucosa septal, vista con endoscopio de 0 grados.

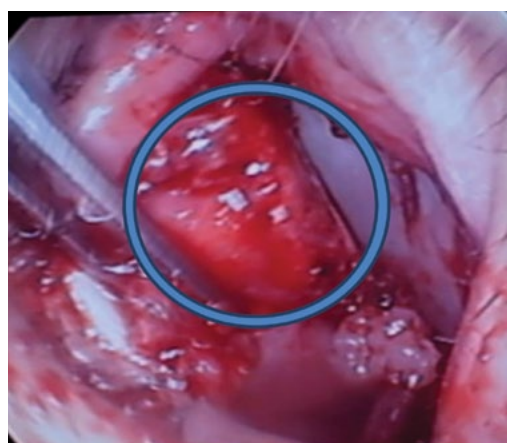


Figura 5. Se realiza la disección en plano submucopericondríco de mucosa septal; se observa cartilago septal íntegro.

HISTORIA CLÍNICA

Femenina de 53 años de edad, quien inicia su padecimiento desde hace aproximadamente 7 años, con obstrucción nasal derecha; posteriormente desplazamiento lateral de hueso nasal ipsilateral. La sintomatología se incrementa de manera insidiosa, presentando cuadros de epistaxis por fosa nasal derecha en escasa cantidad, motivo por el cual es referida a nuestro servicio. Niega pérdida de peso, cefalea, alteraciones visuales. Sin antecedentes de importancia ni enfermedades crónicas degenerativas. A la exploración física presenta pirámide nasal ósea con desplazamiento lateral de hueso nasal derecho fijo, no doloroso a la palpación. Endoscopia Nasal (figura 1): Fosa nasal derecha con masa en mucosa septal en región superior, ovoidea, rosácea, indolora, desplaza tabique nasal contralateralmente; fosa nasal izquierda sin alteraciones. Cuello sin adenopatías ni masas. Pares craneales sin alteraciones. Se realiza tomografía de nariz y senos paranasales en fase simple y contrastada (figuras 2 y 3) localizando una masa en cavidad nasal derecha, sólida, hiperdensa de contornos regulares, 25mm de diámetro, dependiente de la mucosa del septum nasal. Se realiza resección quirúrgica de tumoración, utilizando la técnica de endoscopia nasal (figuras 4 y 5) resecano la tumoración (figura 6) con amplios márgenes libres, el departamento de patología reporta el diagnóstico histopatológico Adenoma Pleomórfico (figura 7). Seis meses después de la resección quirúrgica la paciente se encuentra asintomática, refiriendo una adecuada ventilación nasal, sin recurrencia de la tumoración.

*Médico Residente 4to año de la Especialidad de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital General del Estado "Dr. Ernesto Ramos Bours"

**Médico Adscrito Servicio Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital General del Estado "Dr. Ernesto Ramos Bours"

***Médico Adscrito al Servicio de Imagenología. Hospital General del Estado "Dr. Ernesto Ramos Bours"

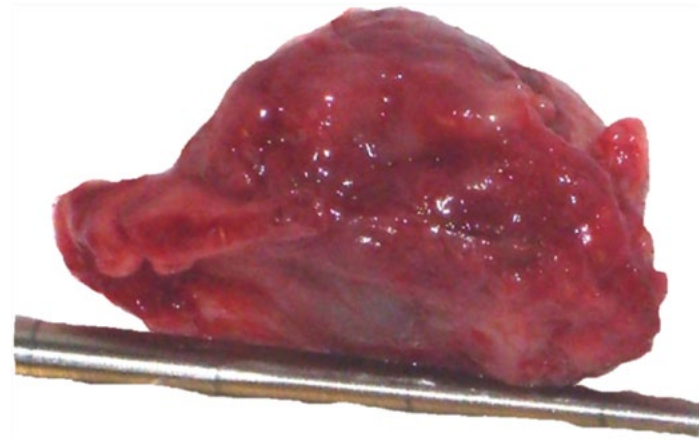


Figura 6. Tumoración ovoidea, blanda, resecada totalmente, con bordes de mucosa septal.

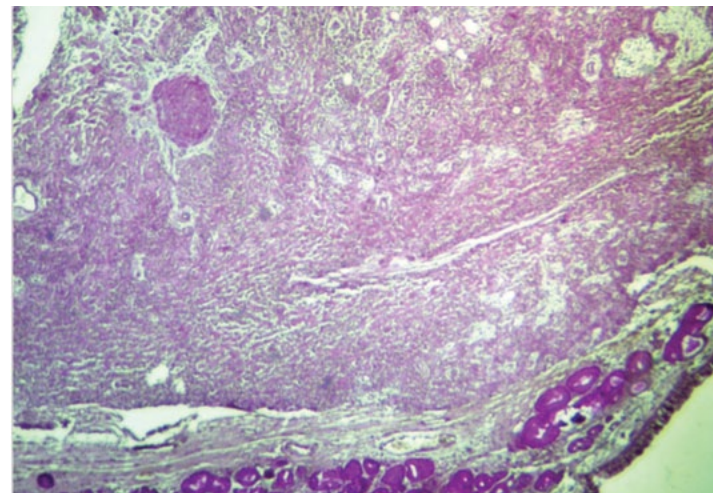


Figura 7. Adenoma pleomórfico.

DISCUSIÓN

El adenoma pleomórfico de localización nasal es infrecuente; tiene un comportamiento benigno y un excelente pronóstico. El síntoma de presentación más frecuente es la obstrucción nasal y ocasionalmente epistaxis, como en el presente caso.^{1,3,8.}

Estudios radiológicos como la tomografía computarizada determinan la extensión de la tumoración hacia estructuras adyacentes. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa.²

La técnica quirúrgica recomendada es en base al tamaño de la lesión, como la rinotomía lateral o técnica de desguante medio facial y recientemente resección por vía endoscópica intranasal en tumores de menor tamaño.^{3,7}

Recomendamos ampliamente la técnica endoscópica nasal en casos seleccionados, como es el presente caso; ya que se trata de una técnica segura de mínima invasión lo que conlleva menor morbilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez-Nava et al. Adenoma Pleomórfo de la cavidad nasal Presentación de un caso. Gac Méd Méx Vol,135 No 6, 1999: 625-628.
- Becelli, Robert MD et al. Surgical Treatment of an Extraparotid Pleomorphic Adenoma of Minor Salivary Glands of the Cheek. Journal of Craniofacial Surgery. Vol 20(5) Sept 2009:1604-1606.
- Lance e. Jackson MD, et al. Otolaryngol Head Neck Surg 2002;127:474-6.
- Lee, Scott L. MD et al. Nasopharyngeal Pleomorphic Adenoma in the Adult. Laryngoscope. 2006; 116(7):1281-1283.
- Fidan, Vural MD. et al. Otagia Due to Pleomorphic Adenoma of Uvula. Journal of Craniofacial Surgery. 2009; 20(2): 571-573.
- Yılmaz, Asu Deniz MD, et al. Giant Pleomorphic Adenoma of Soft Palate Leading to Obstruction of the Nasopharyngeal Port. Journal of Craniofacial Surgery. 2006; 17(5): 1001-1004.
- Charles W. Cummings. Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 4a Ed. Elsevier Mosby. 1998.
- Lee.K.J. Essencial Otolaryngology. Medical examination publishing.2002.

CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA: ¿CON O SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA?

*Juan Arturo Siordia Zamorano

**Juan Arturo Siordia Valenzuela

*** Jesús Ernesto Anaya García

La cirugía de revascularización coronaria (CRC) ha demostrado ser un tratamiento muy efectivo y duradero para los procesos anginosos debidos a enfermedad coronaria y puede mejorar la sobrevivida en determinados grupos de pacientes^(1,2). La CRC debe ser considerada el método de elección para pacientes con obstrucciones coronarias complejas, incluyendo las de múltiples vasos y en los casos del tronco de la coronaria izquierda. La CRC considerada en su forma tradicional se realiza con el uso de la circulación extracorpórea y con pinzamiento aórtico. Desde la década de los 80's del siglo pasado renació el interés para desarrollar cirugía de revascularización en el corazón latiente, situación que se volvió más general una vez que se tuvieron una serie de aditamentos estabilizadores del movimiento cardiaco. Los partidarios de la cirugía sin el uso de circulación extracorpórea (conocida como OPCAB por sus iniciales en inglés, "Off-pump coronary artery bypass") postulaban que este método reduciría las complicaciones pre y postoperatorias asociadas con la derivación cardiopulmonar y con la isquemia producida por el pinzamiento aórtico. En particular se referían a una potencial menor incidencia de episodios vasculares cerebrales, desordenes neuro-cognocitivos, depresión de la función miocárdica y menor respuesta inflamatoria sistémica^(3,4). Se decía, además, que estas situaciones podrían lograrse sin verse comprometidos tanto el número de puentes aorto-coronarios como la calidad en las anastomosis de los mismos^(4,5). Aún cuando conceptualmente estos postulados

son justificados, hasta ahora, la evidencia que los apoye no se logra por completo en la literatura médica. Más aún, se ha producido el cuestionamiento sobre si en realidad se estaría comprometiendo tanto la cantidad de injertos como la calidad de las anastomosis, cuando se utiliza el método OPCAB.

El estudio aleatorio de la agencia de veteranos sobre cirugía de revascularización con y sin el uso de derivación cardiopulmonar (Veterans Affairs Randomized On/Off Bypass – ROOBY) publicó sus resultados preliminares en el 2009^(6,7). Estudiaron 2000 pacientes programados para cirugía de revascularización coronaria, urgente o electiva, algunos para OPCAB, otros para la forma tradicional. Tras análisis de los diversos parámetros evaluados, particularmente incidencia de accidente vascular cerebral, resultados de pruebas neuropsicológicas, incidencia de insuficiencia renal que requiriera diálisis, no se encontró diferencia en el resultado final a 30 días. En forma más relevante, se encontró que la frecuencia de oclusión de injertos era más frecuente en los casos realizados sin bomba (OPCAB) que para los realizados en forma tradicional (9.9% y 7.4%, p=0.04, respectivamente) además se encontró que se realizaron menos injertos en los pacientes OPCAB. Las oclusiones de injertos fueron más frecuentes con el uso de vena safena y no con la arteria mamaria interna izquierda. Aun cuando se le critican algunas limitantes al estudio ROOBY, principalmente porque la mayoría de los pacientes eran de bajo riesgo, masculinos y

*Médico Especialista. Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital CIMA. Hermosillo Sonora

** Residente de Cirugía. Escuela de Medicina. Universidad de Arizona. Tucson Arizona, Estados Unidos.

*** Médico Adscrito. Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital General del Estado. Hermosillo, Sonora.