

Artículo de Investigación

Carcinoma adenoideo quístico del seno maxilar. Resección quirúrgica y rehabilitación protésica bucomaxilofacial

Adenoid cystic carcinoma of the maxillary sinus. Surgical resection and prosthetic rehabilitation bucomaxilofacial

Osdany Cancio Lezcano^{1*}. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0074-2747>
Miladys Ramos Lage¹. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4852-3946>
Idaibis Marín Montero¹. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0672-147X>

¹Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus, Sancti Spíritus, Cuba.

*Autor para la correspondencia. miladysr.ssp@infomed.sld.cu



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional
<http://revgmespirituana.sld.cu>

RESUMEN

Fundamento: El carcinoma adenoideo quístico es una neoplasia infrecuente de los senos paranasales, su crecimiento es lento y muy agresivo, se presenta con mayor frecuencia en las glándulas salivales y sus conductos, por lo que su presentación es inusual en los senos.

Objetivo: Describir un caso clínico de un carcinoma adenoideo quístico en seno maxilar, atendido en el servicio de Cirugía maxilofacial de Sancti Spíritus.

Caso clínico: Se reportó un caso diagnosticado y tratado inicialmente como un ameloblastoma de variante desmoplásica; y como resultado histológico final después de la cirugía, se diagnosticó un carcinoma adenoideo quístico. Se realizó una maxilectomía parcial de supraestructura sin exenteración orbitaria. El paciente se rehabilitó protésicamente con un obturador palatino de acrílico aligerado.

Conclusiones: El carcinoma adenoideo quístico es un tumor poco frecuente en la región del maxilar superior, por lo que es difícil su diagnóstico y en ocasiones tardío, el tratamiento quirúrgico es la primera opción seguido de radioterapia, esta zona deja secuelas estéticas y funcionales por lo la rehabilitación del paciente trae consigo mejor la calidad de vida.

DeCS: CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO; SENO MAXILAR/cirugía; CIRUGÍA BUCAL/rehabilitación.

Palabras clave: Carcinoma adenoideo quístico; seno maxilar y cirugía; cirugía bucal y rehabilitación; maxilectomía; prótesis.

ABSTRACT

Background: Adenoid cystic carcinoma is a rare neoplasm of the paranasal sinuses, its growth is slow and very aggressive, it occurs most frequently in the salivary glands and their conducts, therefore its presentation in sinuses is unusual.

Objective: To describe a clinical case of adenoid cystic carcinoma in the maxillary sinus, attended at the Maxillofacial Surgery Service of Sancti Spíritus.

Clinical case: A case initially diagnosed and treated as a desmoplastic variant ameloblastoma was reported; and as a final histological result after surgery, adenoid cystic carcinoma was diagnosed. A partial maxilectomy of superstructure without orbital exenteration was conducted. The patient was rehabilitated prosthetically with a palatal lighter acrylic shutter.

Conclusions: Adenoid cystic carcinoma is a rare tumor in the upper jaw region, therefore its diagnosis is difficult and sometimes delayed, surgical treatment is the first option followed by radiation therapy, this area leaves aesthetic and functional aftermath therefore the rehabilitation of the patient brings with it an improvement in life quality.

MeSH: CARCINOMA ADENOID CYSTIC; MAXILLARY SINUS/surgery; SURGERY ORAL/rehabilitation.

Keywords: Carcinoma adenoid cystic; maxillary sinus and surgery; surgery oral and rehabilitation; maxillectomy; prosthesis.

INTRODUCCION

El carcinoma adenoideo quístico de cavidad nasal y senos paranasales es una neoplasia infrecuente que se presenta en el 1 % de los tumores de cabeza y cuello; su incidencia es desconocida; tiene una progresión lenta, asintomática pero agresiva. Es más frecuente en adultos de raza blanca.⁽¹⁾

Las localizaciones más frecuentes son el paladar y la glándula parótida, siguiéndole en frecuencia la glándula submaxilar, el antro, la lengua y la cavidad nasal. Otras localizaciones inusuales son el conducto auditivo externo, la nasofaringe, las glándulas lacrimales, mama, bronquio, cérvix uterino e incluso la piel.^(1,2)

La cirugía se establece como la modalidad de tratamiento principal en esta enfermedad, preferentemente con exéresis de toda la lesión con márgenes oncológicos de seguridad. La reconstrucción de defectos bucofacial y cervical es motivo de discusión en la literatura debido a su complejidad, a la existencia de múltiples técnicas descritas y a las condiciones personales del paciente. En el caso del maxilar va desde el uso de prótesis obturadoras, colgajos locales, colgajos pediculados hasta colgajos microquirúrgicos dependiendo del tipo de defecto y del pronóstico del paciente, siendo esta la mejor elección en la reconstrucción, ya sea este de origen oncológico, postraumático o de cualquier tipo de etiología.⁽³⁾

El tratamiento de los tumores de cabeza y cuello debe estar encaminado sobre los principios oncológicos de evitar recidivas o persistencias tumorales, así como la recuperación estética y funcional de la región afectada con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Considerando como objetivo describir un caso de carcinoma adenoideo quístico en región del seno maxilar.

El caso presentado cumple con la Declaración de Helsinki, se sometió ante el Comité de Ética de la investigación. Se protegerá la confiabilidad de la información.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 67 años de edad que acudió a consulta por presentar un aumento de volumen de la región del maxilar superior izquierdo en relación con la pared anterior del seno maxilar y reborde alveolar, indoloro y de crecimiento lento, obstrucción de la fosa nasal del lado afectado.

Se le realizó una radiografía vista panorámica y senos paranasales donde se observó una imagen difusa alternando radiolucidez y radiotransparencia en su interior. Se le indicó tomografía axial computarizada contrastada donde se observó una imagen de densidad variable con captación de contraste abarcando el seno maxilar izquierdo y la fosa nasal del lado afectado. (Figura 1)

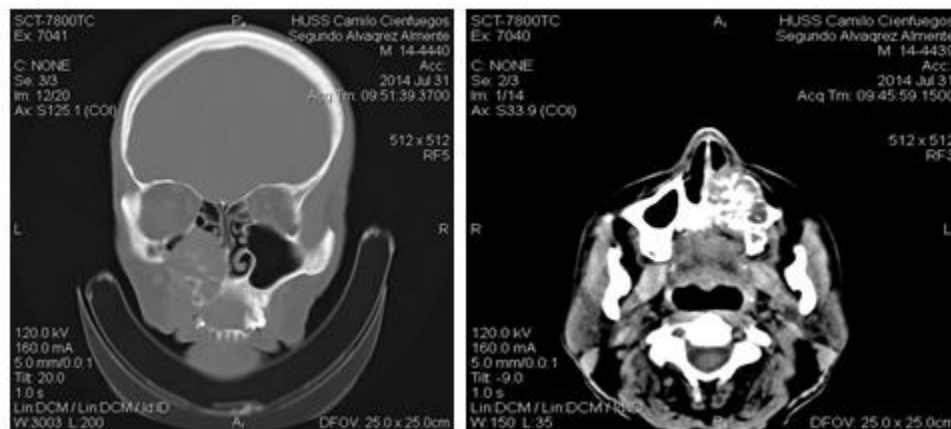


Figura 1. TAC con contraste se observa lesión en seno maxilar izquierdo con presencia de destrucción ósea.

A la palpación en la región del maxilar superior se observó presencia de crepitación y debilidad ósea, se realizó citología del líquido con resultado de ameloblastoma de maxilar superior. Se decidió la intervención quirúrgica mediante la técnica de maxilarectomía de supraestructura sin exenteración orbitaria.

Posteriormente se recibió el resultado histológico informando presencia de células tumorales formando nidos y columnas de células dispuestas concéntricamente de forma cribiforme, alrededor de un espacio pseudoglandular, conservando el epitelio supraadyacente. Se diagnosticó un carcinoma adenoide quístico variante cribiforme clásico del seno maxilar izquierdo. (Figura 2).

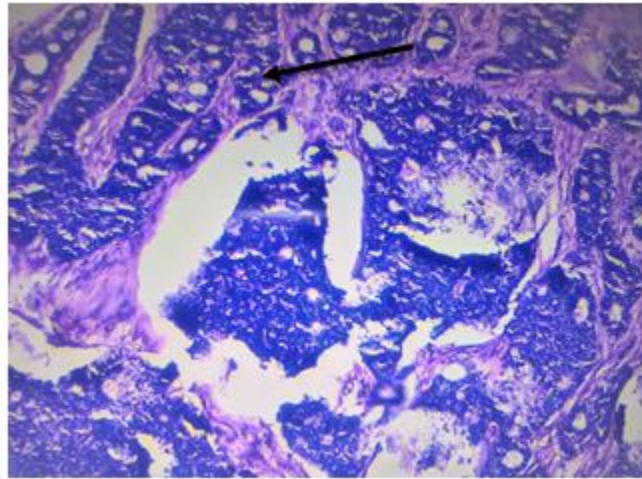


Figura 2. Carcinoma adenoide con patrón cribiforme alrededor de un espacio pseudoglandular. Se señala con una flecha tumor. Tinción H&E 40x

El paciente fue rehabilitado por parte del departamento de prótesis bucomaxilofacial mediante una prótesis obturatriz liviana que reduce casi al 50 % el peso de la misma. Asimismo se le hicieron pruebas fonéticas antes y después de la colocación del aparato protésico con resultados satisfactorios.

DISCUSION

El carcinoma adenoide quístico es una variante específica del adenocarcinoma de glándulas salivales y mucosas, que asienta sobre las células epiteliales secretoras de las glándulas. Representa el 10 % de las neoplasias de origen salival, localizándose preferentemente en las glándulas salivales menores de cabeza y cuello. Se han empleado como sinónimos términos confusos como cilindroma, ceruminoma y adenoma bronquial. ^(1,4) En el caso presentado el sitio de la lesión fue el seno maxilar derecho, no siendo el sitio más frecuente de aparición.

Este tipo de tumor se presenta en la cuarta y quinta década de la vida. En el caso presentado se diferencia por tener 67 años. Es más frecuente en mujeres y su incidencia es desconocida y son con frecuencia de raza blanca

Su origen parece proceder de las células epiteliales secretoras de las glándulas; se han descrito tres patrones histológicos: cribiformes, tubular y sólido. Con frecuencia aparecen dos de ellos conjuntamente e incluso los tres en una proporción variable. El patrón cribiforme se caracteriza por la presencia de nidos o islotes celulares, en cuyo interior se localizan uno o más ductos, dando un aspecto en queso suizo. ⁽⁵⁾ El resultado histológico del caso coincide con las características descritas en el patrón cribiforme. En el patrón tubular las unidades son más pequeñas y tienen un único ducto central. El patrón sólido se caracteriza por la ausencia de estructuras ductales; estas estructuras ductales contienen un material PAS positivo que corresponde a la presencia de sulfomucina y sialomucina. ^(2,5)

Las células que componen el tumor (mioepiteliales y ductales) son pequeñas, cuboidales y de núcleo grande, pero con escasa o nula atipia y pocas mitosis. ⁽⁶⁾

El diagnóstico diferencial es básicamente histológico, debe realizarse con el adenocarcinoma polimorfo de bajo grado, que presenta también un patrón de crecimiento cribiforme, tubular o fascicular, pero que está conformado por células con citoplasma eosinófilo y con núcleo vesicular. También se debe diferenciar del adenoma pleomorfo, adenoma trabecular y adenoma tubular. ^(6,7)

El paciente se diagnosticó inicialmente como sospecha de un ameloblastoma desmoplásico por

una biopsia incisional, luego se obtuvo el resultado por biopsia definitiva de un carcinoma adenoideo quístico patrón cribiforme.

La supervivencia de los pacientes con carcinoma adenoideo quístico de los senos paranasales está determinada por múltiples factores, entre ellos la estadificación tumoral, las características histológicas, la presencia de invasión vascular, la invasión perineural y la infiltración ósea hacia la base del cráneo.⁽⁵⁾ Si bien la invasión perineural es un hallazgo frecuente en este tipo de neoplasia, diversos estudios han demostrado que no constituye un factor pronóstico estadísticamente significativo en términos de supervivencia global. En contraste, el compromiso de la base del cráneo se asocia con una reducción marcada en la tasa de supervivencia, debido a la complejidad anatómica y a las limitaciones terapéuticas que impone esta localización. Asimismo, el patrón histológico cribiforme se ha vinculado con un comportamiento clínico menos agresivo y con un pronóstico más favorable en comparación con los subtipos sólido y tubular. En el caso presentado, la ausencia de infiltración a la base del cráneo y la presencia del subtipo cribiforme sustentan una expectativa de evolución clínica más favorable.⁽⁷⁾

El carcinoma adenoideo quístico se caracteriza por un crecimiento lento, pero presenta recurrencias y metástasis a distancia de manera tardía, décadas tras el diagnóstico, siendo el índice de supervivencia a los 5 años del 70 % y a los 15 años, tan solo del 10 %.⁽⁷⁾

Otros factores predictores de mal pronóstico son el tamaño superior a 4 cm, la invasión ósea o neurológica, la afectación de los márgenes quirúrgicos y la existencia de metástasis a distancia.^(7,8)

El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica, aunque se describe una tasa de recidiva del 50 % cuando se realiza de manera aislada. La radioterapia tiene una tasa de respuesta elevada, pero con un alto índice de recurrencia local, mientras que su uso postoperatorio muestra una mejora en el control local y en la supervivencia. Los resultados con la radioterapia convencional con fotones parecen ser subóptima, mientras que la utilización de neutrones parece producir un mejor control local, por lo que es recomendable su uso en los pacientes con enfermedad residual o con tumores irresecables.^(6,8)

Algunos agentes quimioterápicos como la ciclofosfamida, fluorouracilo, doxorrubicina o el cisplatino presentan una actividad significativa, pero no existe todavía un régimen quimioterápico de elección y su utilización en este tumor sigue siendo motivo de discusión.⁽⁹⁾

Los obturadores quirúrgicos se indican en la corrección de defectos palatinos o maxilares, permitiendo tantos diseños y aditamentos como el facultativo sea capaz de aplicar y con los que el paciente pueda recuperar un alto nivel de calidad de vida. Las ventajas que presentan permiten la separación de la cavidad bucal de la nasal o sinusal, así como la consecución de una rehabilitación dental satisfactoria.⁽¹⁰⁾

El resultado y el tratamiento del carcinoma adenoideo quístico del seno maxilar depende del estadio en que se diagnostica, algunos factores pronósticos como la histología, la invasión linfovascular, la invasión neural, márgenes quirúrgicos adecuados, las metástasis influyen en el pronóstico y la supervivencia del paciente.

CONCLUSIONES

El carcinoma adenoideo quístico es de progresión lenta, asintomática, pero agresiva, el tratamiento quirúrgico es el de elección y la sobrevida depende del estadio en el momento en que se realiza el diagnóstico, esta zona deja secuelas estéticas y funcionales por lo cual su rehabilitación trae consigo gran mejora en la calidad de vida para el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cabezas LL, Ulloa SJ, Krause PF, Cabezas CL, Panussis FF, Valdés PC. Carcinoma adenoide quístico de cavidad nasal y senos paranasales: Experiencia de 5 años en Clínica Las Condes de Santiago de Chile. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet]. 2018 Mar [citado 22 Ene 2025];78(1):15-24. Disponible en: <https://revistaotorrino-sochiorl.cl/index.php/orl/article/view/720/738>
2. Melman H, Benites Andrade S, Carrascosa M, Maldonado G. Carcinoma Adenoide Quístico Rinosinusal: Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev de la Federación Arg de Soc de Otorrinolaringología [Internet]. 2023 [citado 22 Ene 2025];30(3):32-8. Disponible en: <https://faso.org.ar/revistas/2023/3/6.pdf>
3. Sánchez Acuña JG, Morales Navarro D, Hernández Fera O. Colgajo temporal en la reconstrucción de un defecto maxilar por exéresis de carcinoma ameloblástico. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019 [citado 22 Ene 2025];56(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v56n4/1561-297X-est-56-04-e2108.pdf>
4. Cardozo NM, Betancourt Á, Verdecchia D, Perfetti CW, Sosa E, Tangel F. Maxilectomía: Experiencia en el Instituto de Oncología "Dr Miguel Pérez Carreño" (2000-2019). Rev Venez de Oncología [Internet]. 2022 [citado 22 Ene 2025];34(1):12-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375669596004>
5. de Moraes EF, da Silva LP, Moreira DGL, Mafra RP, Rolim LSA, de Moura Santos E, et al. Prognostic Factors and Survival in Adenoid Cystic Carcinoma of the Head and Neck: A Retrospective Clinical and Histopathological Analysis of Patients Seen at a Cancer Center. Head Neck Pathol [Internet]. 2021 Jun[cited 2025 Apr 10];15(2):416-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12105-020-01210-7>
6. Monzón Rodríguez M, Rodríguez Chaviano A, Sirio Vázquez A, Vasallo Díaz AL, Collazo Cuellar D. Carcinoma adenoide quístico. Rev cuba cir [Internet]. 29 de noviembre de 2022 [citado 1 feb 2025];61(3). Disponible en: <https://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1160>
7. Caballero-García J, Cuétara Lugo EB, Lence-Anta JJ, Gonzáles Fernández N, Hidalgo-Gonzáles A, Kindelán-Agustín G. Cirugía endoscópica vs. cirugía abierta en pacientes con neoplasias nasosinusales malignas con invasión cerebral. Estudio de serie de casos. Neurocirugía [Internet]. 2022 [citado 11 Ene 2025];33(4):165-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neucir.2021.04.002>
8. Vergara GV, Sabelle HN, Espinoza SI, Mardones MM, Araya SC, Maturana RA. Desafío diagnóstico y terapéutico de carcinoma mucoepidermoide palatino: reporte de un caso. Rev otorrinolaringol cir cabeza cuello [Internet]. 2021 [citado 22 Ene 2025];81(2):226-31. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/orl/v81n2/0718-4816-orl-81-02-0226.pdf>
9. Jiménez Gutiérrez MB, Robaina Ruiz JM, Díaz Cal I. Beneficios de los obturadores quirúrgicos en la rehabilitación bucomaxilofacial. Revisión de la literatura. Medisur [Internet]. 2021 [citado 22 Ene 2025];19(1):166-74. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v19n1/1727-897X-ms-19-01-166.pdf>



Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe conflicto de interés en esta investigación.

Recibido: 25/05/2025

Aprobado: 22/10/2025

Publicado: 01/11/2025

