

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dyachenko P, Ziv M, Rozenman D. Epidemiological and clinical manifestations of patients hospitalized with brown recluse spider bite. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20:1121-5.
2. Swanson DL, Vetter RS. Loxoscelism. *Clin Dermatol.* 2006;24:213-21.
3. Tarullo DB, Jacobsen RC, Algren DA. Two successive necrotic lesions secondary to presumed *Loxosceles* envenomation. *Wilderness Environ Med.* 2013;24:132-5.
4. Madion DC, Marshall MK, Jenkins CD, Kushner GM. Brown recluse spider bite to the face. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63:1774-8.
5. Sams HH, Hearth SB, Long LL, Wilson DC, Sanders DH, King LE Jr. Nineteen documented cases of *Loxosceles reclusa* envenomation. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44:603-8.
6. Rhoads J. Epidemiology of the brown recluse spider bite. *J Am Acad Nurse Pract.* 2007;19:79-85.

7. Jarvis RM, Neufeld MV, Westfall CT. Brown recluse spider bite to the eyelid. *Ophthalmology.* 2000;107:1492-6.
8. Sánchez-Olivas MA, Valencia-Zavala MP, Sánchez-Olivas JA, Sepulveda-Velázquez G, Vega-Robledo G. Cutaneous necrotic loxoscelism. A case report [Article in Spanish]. *Rev Alerg Mex.* 2011;58:171-6.
9. Dare RK, Conner KB, Tan PC, Hopkins RH. Brown recluse spider bite to the upper lip. *J Ark Med Soc.* 2012;108:208-10.

Pablo Rodríguez-Jara*, Jose-Francisco Montes-Carmona, Beatriz Albarracin-Arjona y Pedro Infante-Cossio

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pablorodriguezjara@gmail.com (P. Rodríguez-Jara).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2016.02.004>
1130-0558/

© 2016 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Teratoma quístico maduro benigno parotídeo: una entidad extremadamente rara



Benign cystic teratoma mature parotid: An extremely rare entity

Introducción

El teratoma es un tumor de origen embrionario, compuesto por células germinales pluripotenciales. Entre sus componentes podemos encontrar restos de tejidos u órganos provenientes de las 3 capas embrionarias: ectodermo, mesodermo y endodermo. Pueden ser benignos o malignos, que suelen estar compuestos por áreas de tejidos embrionarios inmaduros en grado variable.

La localización más habitual del teratoma es la sacrococcígea (57%), seguida del ovario y el testículo (28%)¹. La localización parotídea es extremadamente rara, habiéndose descrito tan solo 8 casos en la literatura.

El objetivo de esta publicación es presentar un caso clínico de teratoma quístico benigno maduro, así como aportar una revisión de la literatura sobre el diagnóstico y tratamiento de este tipo de tumores.

Caso clínico

Mujer de 21 años que acudió a consulta de cirugía maxilofacial por presentar una tumoración indolora a nivel parotídeo izquierdo de unos 8 meses de evolución. La exploración física puso de manifiesto una lesión sólida a nivel de glándula parotídea, no adherida a planos profundos. Se solicitó una ecografía

con punción-aspiración con aguja fina (PAAF) en la que se detectó un nódulo parotídeo bien definido de unos 25 mm de diámetro máximo, predominantemente quístico, con un polo sólido en su interior de 9 mm. No mostraba vascularización con el Doppler color (fig. 1A); la PAAF no fue concluyente. Ante estos hallazgos ecográficos, se completó el estudio con una tomografía computarizada (TC) de cuello con contraste intravenoso. En la TC se apreciaba una tumoración bien definida de unos 22 mm, localizada en el lóbulo superficial de la parótida izquierda, que contenía grasa en su interior, y un nódulo sólido redondeado de 8 mm en su pared posterior (fig. 1A). Todo ello era compatible por imagen con teratoma quístico parotídeo.

Ante estos resultados se propuso, a la paciente, intervención quirúrgica, que aceptó. Se realizó una parotidectomía suprafacial conservadora del nervio facial con resección en bloque de la lesión. Al final de la cirugía se realizó una monitorización de todas las ramas del nervio facial para comprobar su integridad y función. El espécimen quirúrgico obtenido tras la resección presentaba un fragmento de epidermis con folículos pilosos (fig. 1B).

El resultado anatomopatológico confirmó el diagnóstico definitivo de teratoma quístico maduro benigno de glándula parotídea izquierda, en el que se hallaron células epidérmicas, mesenquimales, adipocitos, glándulas sebáceas y condrocitos maduros. No se observaron atipias (fig. 2).

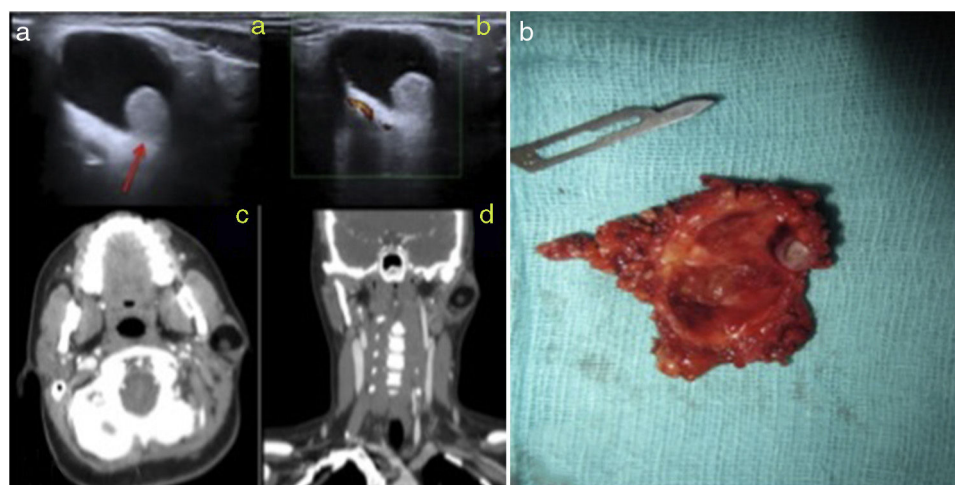


Figura 1 – A) Ecografía Doppler de región parotídea izquierda, donde se observa una lesión de predominio quístico (a), con un polo sólido (flecha), sin vascularización detectable con el Doppler color (b). En la tomografía computarizada se aprecia una lesión bien definida de predominio grasa con un polo sólido localizada en el lóbulo superficial de la parótida izquierda, en cortes axial (c) y coronal (d). B) Espécimen quirúrgico en el que se observa una cavidad quística con un nódulo calcificado en su interior cubierto por piel con folículos pilosos.

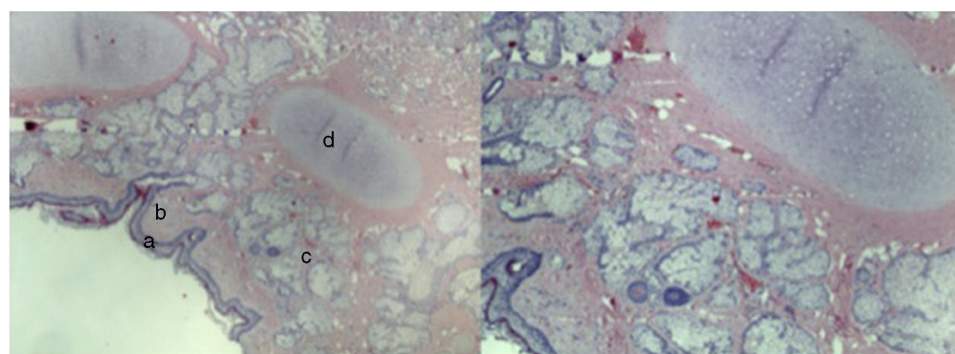


Figura 2 – Estudio histológico de la lesión. Cortes transversales, donde se aprecia epidermis (a), dermis (b), folículos pilosos y glándulas pilosebáceas (c) y cartilago (d). A la izquierda, un corte más ampliado de la imagen.

La paciente presentó, en el postoperatorio, paresia leve, recuperando la mímica facial por completo a los 4 meses del postoperatorio. Actualmente, 14 meses después de la cirugía, no presenta recidiva de la lesión.

Discusión

El teratoma quístico maduro de glándulas salivares es extremadamente raro, existiendo solo 8 casos publicados hasta diciembre de 2014, sin contar el nuestro²⁻⁹ (tabla 1). El primer caso fue publicado en Oklahoma, en 1975, por Shadid et al., entre más de 11.000 lesiones de las glándulas salivares estudiadas en el *Armed Force Institute of Pathology*². La patogénesis de los teratomas quísticos maduros del adulto no está claramente definida: los teratomas se originan a partir de células pluripotenciales, por lo que estos aparecen casi en su totalidad en las gónadas. Sin embargo, actualmente no ha podido situarse el origen exacto de dichas células a nivel cervical, ni

cómo estas pueden proliferar hacia la formación de un teratoma en esta región.

El diagnóstico preoperatorio del teratoma quístico benigno es difícil. Para ello, el clínico puede valerse de pruebas de imagen tales como la ecografía, la TC y la resonancia magnética nuclear (RMN). La PAAF no es válida para el diagnóstico, ya que las características citológicas del espécimen obtenido no son patognomónicas, siendo comunes a otras lesiones como el adenoma pleomorfo o tumor de Warthin. La ecografía es la prueba de elección inicial en el estudio de una masa parotídea. La TC y la RMN ayudarán a determinar la naturaleza de la lesión, así como su relación anatómica con el resto de estructuras adyacentes. Las ventajas que proporciona la RMN con respecto a la TC, son una mejor valoración tanto de la lesión como su relación con las estructuras adyacentes, siendo muy útil en la detección de grasa intralesional, hallazgo que puede ser patognómico de esta entidad desde el punto de vista radiológico; no obstante, el diagnóstico definitivo viene dado por el estudio anatomopatológico¹⁰.

Tabla 1 – Revisión de casos publicados en la literatura

Autor	Año	Sexo	Edad	Localización parotídea	Diagnóstico preoperatorio	Tratamiento	Recidiva
Shadid et al. ²	1975	M	24	Derecha	PAAF	Parotidectomía suprafacial + porción profunda	No
Daghfous et al. ³	1987	M	16	Derecha	EC, SIA y TC	Parotidectomía (técnica no especificada)	No
Ayudhya et al. ⁴	1991	M	35	Izquierda	TC	Parotidectomía (técnica no especificada)	No
Pirodda et al. ⁵	2001	M	19	Izquierda	TC, PAAF y RMN	Parotidectomía suprafacial + porción profunda	No
Ouididi y Alami ⁶	2007	M	48	Izquierda	TC	Parotidectomía total conservadora	No
Ohta et al. ⁷	2009	M	17	Izquierda	TC y PAAF	Parotidectomía (técnica no especificada)	No
Shao et al. ⁸	2009	V	28	Derecha	PAAF y RMN	Parotidectomía suprafacial	No
Mishra et al. ⁹	2014	V	18	Izquierda	EC, PAAF y TC	Parotidectomía suprafacial	No
Fernández-Valverde et al.	2016	M	21	Izquierda	PAAF y TC	Parotidectomía suprafacial	No

EC: ecografía; M: mujer; PAAF: punción aspiración con aguja fina; RMN: resonancia magnética nuclear; SIA: sialografía; TC: tomografía computarizada; V: varón.

El diagnóstico diferencial del teratoma quístico benigno debe realizarse con las lesiones quísticas de la glándula parotídea, tales como el quiste dermoide, quiste de retención mucoide, linfangiomas, sialoceles, tumor de Warthin, adenoma pleomorfo, quistes de la primera hendidura branquial y metástasis⁷.

El tratamiento de los teratomas parotídeos debe consistir en una parotidectomía suprafacial o total conservadora del nervio facial. En el caso de diagnóstico de teratoma maligno o de tumor irreseccable, la cirugía debe complementarse con radioterapia postoperatoria.

El pronóstico de los teratomas depende de las características histológicas de la lesión. En el adulto, los localizados en la región cervicofacial tienen muy poco riesgo de malignización, pero se recomienda la exéresis quirúrgica como medida preventiva³.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Cotran RS, Kumar V, Collins T. *Robbins Pathologic Basis of Disease*. 6th ed. WB Saunders Co; 1999.
- Shadid EA, Engeron O, Glass RT. Benign teratoid tumor of the parotid: Case report. *Plast Reconstr Surg*. 1975;55:363-5.
- Daghfous MH, Ellouze M, Zermani R, Laouiti M, Oueslati B, Touibi S, et al. Teratoma of the parotid region: An uncommon

disease. Apropos of a case with review of the literature [Article in French]. *J Radiol*. 1987;68:789-92.

- Ayudhya NS, Parichatikanond P, Chinda K. Benign cystic teratoma of the parotid salivary gland: Report of the first case in Thailand. *J Med Assoc Thai*. 1991;74:478-80.
- Pirodda A, Ferri GG, Truzzi M, Cavicchi O. Benign cystic teratoma of the parotid gland. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001;125:429-30.
- Ouididi A, Alami MN. Teratoma of the parotid gland: A case report [Article in French]. *Rev Laryngol Otol Rhinol*. 2007;128:125-7.
- Ohta M, Imamura Y, Mori M, Maegawa H, Kojima A, Fujieda S. Benign cystic teratoma of the parotid gland: A case report. *Acta Cytol*. 2009;53:427-30.
- Shao L, Guan H, Wan J. Mature cystic teratoma of the parotid gland: A case report and review of the literature. *Front Med China*. 2009;3:503-6.
- Mishra S, Pati N, Bishi PR, Patra AA. Teratoma in parotid: A rare case report. *Asian J Pharm Hea Sci*. 2014;4:898-900.
- Roth A, Micheau C. Embryoma (orembryonal tumor) of the parotid gland: Report of two cases. *Pediatr Pathol*. 1986;5:9-15.

Francisco Fernández-Valverde^{a,*}, Blas García-García^b, Marina Sánchez-Frías^c y Alba Sanjuan-Sanjuan^b

^a Unidad de Gestión Clínica de Radiodiagnóstico, Sección de Neurorradiología Diagnóstica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^b Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: curroferval@hotmail.com (F. Fernández-Valverde).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2016.06.005>
1130-0558/

© 2016 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).