

Adenoma de células basales parótideo: reporte de un caso, manejo terapéutico y revisión de la literatura.

Basal cell adenoma of the parotid gland: A case report, therapeutic management, and review of the literature.

Yair García López,* Laura Elena Franco Garrocho,** Gerardo de la Torre Morán,** Salvador Tobías Alonso***

RESUMEN

El adenoma de células basales de las glándulas salivares es un tipo de adenoma de aparición infrecuente. La localización más habitual es la superficie de la glándula parótida. Suele debutar clínicamente como una masa firme y desplazable de crecimiento lento, asintomática, que puede distinguirse a la palpación en el examen clínico. Afecta más a las mujeres, entre 35 y 80 años. Histológicamente: se observan cordones y trabéculas de células epiteliales delimitadas por células basaloïdes y formaciones microquísticas, sin componente mixocondroide del tumor mixto, como el presente caso. Se puede dividir en cuatro subtipos atendiendo a su morfología: sólido, tubular, trabecular y membranoso. El tratamiento preferido es la escisión quirúrgica conservadora que incluye un reborde o margen de tejido normal no afectado. Describimos un caso clínico de adenoma de células basales de la glándula parótida; el hallazgo de esta patología en particular, es muy rara y poco documentada, además realizamos una revisión de la literatura y discutimos el manejo terapéutico y conservador de esta rara enfermedad.

Palabras clave: Adenoma de células basales, parótida, manejo terapéutico conservador.

ABSTRACT

Basal cell adenoma of the salivary glands is a rarely seen type of adenoma. Its most frequent location is the surface of the parotid gland. It usually appears as a firm, mobile, slow-growing asymptomatic mass, which can be detected by palpation during clinical examination. It is more prevalent in women between the age of 35 and 80 years. Histologically, cords and trabeculae of epithelial cells bounded by basaloid cells and microcystic formations are visible, without the myxochondroid component of mixed tumors, as in the present case. The basal cell adenoma can be divided into four subtypes based on morphology: solid, tubular, trabecular and membranous. The treatment of choice is conservative surgical excision that includes a rim or margin of normal uninvolved tissue. We describe a clinical case of basal cell adenoma of the parotid gland, a particular disease that is very rarely found and seldom documented. We also perform a review of the literature and discuss the conservative therapeutic management of this unusual disease.

Key words: Basal cell adenoma, parotid, conservative therapeutic management.

INTRODUCCIÓN

El adenoma de células basales (ACB) es una neoplasia epitelial benigna con una apariencia histológica uniforme y monomorfa, en la que predominan las células basales sin el componente mixocondroide del tumor mixto. Representan un 2% de los tumores primarios de glándulas

salivares y se localizan más frecuentemente en la glándula parótida en un 70% y en las glándulas salivares menores. La mayor parte aparece en el labio superior, seguido en frecuencia por paladar, mucosa bucal y labio inferior.¹

Ha existido mucha controversia acerca de la terminología y espectro de tumores que pertenecen a ese grupo, desde su descripción por Kleinsasser y Klein en 1967. En el monográfico acerca de los distintos tipos histológicos de tumores de glándulas salivares, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1972, había dos categorías de adenoma: pleomorfo y monomorfo. Dentro de los adenomas monomorfos se encontraban el tumor de Warthin, oncocitoma y otros tipos, sin una clara definición de estos últimos, lo que hizo que distintos patólogos utilizaran el término monomorfo como una entidad diagnóstica. En una revisión más reciente acerca de la clasificación

* Residente de cuarto año en Cirugía Oral y Maxilofacial. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez y Hospital General de Ciudad Juárez, Chihuahua. Ciudad Juárez, Chih. México.

** Médico Docente adjunto al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital General de Ciudad Juárez y de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua. Ciudad Juárez, Chih. México.

*** Jefe del Departamento de Patología. Hospital General de Ciudad Juárez, Chihuahua. Ciudad Juárez, Chih. México.

Recibido: Enero 2016. Aceptado para publicación: Abril 2016.

histológica de los tumores de las glándulas salivares de la OMS, publicado a finales de 1991, no se utiliza el término monomorfo como categoría diagnóstica y se incluye una variedad de tipos específicos de adenoma, separados por sus distintas características morfológicas, entre los que se encuentra el adenoma de células basales.^{2,3}

Histológicamente se han descrito cuatro patrones característicos: sólido, trabecular, tubular y membranoso. Es característica la presencia de una capa celular basaloide con patrón en empalizada y rodeada de sustancia hialina.² La variante membranosa del adenoma basal muestra una tasa significativa de recurrencia debido a su patrón de crecimiento y naturaleza multifocal.¹ Epidemiológicamente, estos tumores afectan con mayor frecuencia a pacientes entre la quinta y séptima décadas de la vida. Para la mayoría de los autores existe una mayor prevalencia en mujeres, pero para otros esta es la misma en ambos sexos.²

El diagnóstico diferencial con entidades de manejo terapéutico y pronósticos tan diferentes como el adenoma pleomorfo y el carcinoma adenoideo quístico, hace necesaria la consideración de esta entidad en el ámbito de las tumoraciones glandulares del área maxilofacial.²

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 56 años que consulta en el Servicio de Cirugía Maxilofacial, del Hospital General de Ciudad Juárez, Chihuahua, por aumento de volumen en región parótidea derecha, con seis meses de evolución, doloroso a la palpación. Como antecedentes médicos, el paciente refiere hipertensión controlada con antihipertensivos y diabetes mellitus tipo 2, controlada con hipoglucemiantes orales (metformina), alérgica a la penicilina.

Al examen clínico se observa tumoración parótidea derecha de aproximadamente 1 cm de diámetro que causaba leve asimetría facial, la piel que compromete la lesión no mostraba alteraciones (Figura 1).

A la palpación se observa una masa de consistencia firme, bien delimitada, dolorosa y sin adherencias a la piel. No se palparon adenopatías cervicales o locales. La función del nervio facial se encontraba conservada.

Se solicitó como examen imagenológico inicial una tomografía computada maxilofacial, que mostró lesión hipodensa con respecto al hueso e isodensa con respecto al músculo, en el lóbulo superficial de la glándula parótida derecha (Figura 2).

Con base en los hallazgos clínicos e imagenológicos nuestra hipótesis diagnóstica es de una neoplasia benigna concordante con un tumor de Warthin.

Se realizó enucleación de la lesión, bajo anestesia general balanceada, con intubación orotraqueal. Mediante incisión de Blair modificada, se incidió por planos identificando estructuras anatómicas, luego se realizó eliminación total del tumor cuidando la integridad de las estructuras circunvecinas, finalmente se cerró por planos.



Figura 1. Paciente femenino de 56 años con aumento de volumen discreto en región parótidea derecha.



Figura 2. Lesión bien circunscrita en el lóbulo superficial de la parótida derecha. Corte axial.

La biopsia del espécimen quirúrgico (Figura 3) reportó el diagnóstico final de adenoma de células basales parótideo con patrón histológico de variante sólido.

Los hallazgos histológicos fueron cruciales para dar el diagnóstico definitivo de esta patología, donde se observan cordones y trabéculas de células epiteliales delimitadas por células basaloides y formaciones microquísticas, variante del patrón histológico sólido y quístico (Figura 4).

Dos semanas después de la intervención quirúrgica se observa una adecuada evolución de la zona, sin secuelas funcionales, ni compromiso del nervio facial (Figura 5).

DISCUSIÓN

El adenoma de células basales es una neoplasia benigna que constituye aproximadamente el 2% de todos los

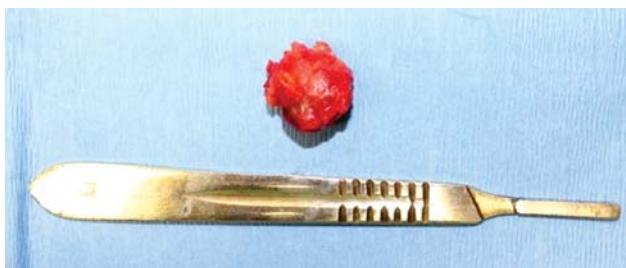


Figura 3. Espécimen quirúrgico de 1 cm aproximado.

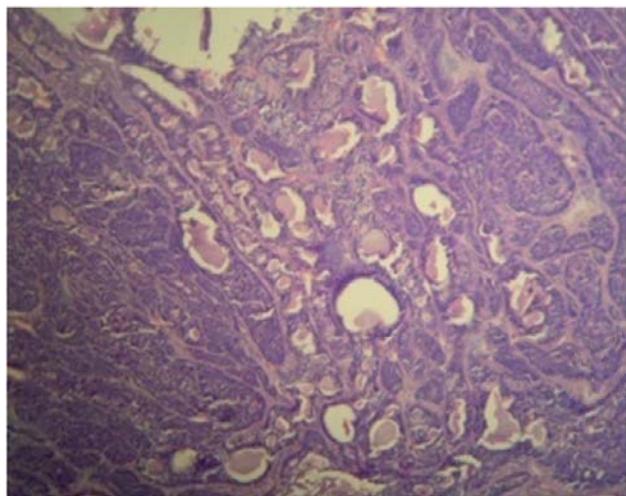


Figura 4. Cordones de células epiteliales delimitadas por células basaloides y formaciones microquísticas.

tumores primarios de las glándulas salivares¹ y su patrón histopatológico determina la pauta para la terapéutica a elegir.

Atendiendo a su morfología pueden ser divididos en cuatro subtipos: sólido, trabecular, tubular y membranoso.¹⁻³ El tratamiento preferido es la excisión quirúrgica conservadora que incluye un reborde o margen de tejido normal no afectado; sin embargo, debe considerarse el uso de esta terapéutica en la forma membranosa del adenoma basal, ya que muestra una tasa significativa de recurrencia debido a su patrón de crecimiento y naturaleza multifocal.³

Su localización más frecuente es la glándula parótida, en el 75% de los casos aproximadamente, seguida de las glándulas salivares accesorias del labio superior, en el 7.5%, siendo esta la localización intraoral más frecuente; el resto se distribuyen entre las glándulas salivares accesorias de la mucosa bucal, la glándula submaxilar, las glándulas salivares palatinas, otras localizaciones orales y el cuello.³

Los pacientes afectados se encuentran dentro de un rango de edad de 35 a 80 años, con un promedio de 60 años aproximadamente; existe una predilección por el sexo femenino.⁴



Figura 5. A los 15 días de la intervención. Se observa buena cicatrización de la herida.

Sobre el comportamiento clínico cabe destacar que las lesiones son masas indoloras, bien circunscritas que tienden a ser más pequeñas (de 1 a 3 cm) que la mayoría de lesiones originadas por adenoma pleomorfo;⁴ el adenoma de células basales suele ser un nódulo único bien definido, salvo en el subtipo membranoso que puede ser multifocal, su consistencia es firme, aunque en ocasiones se trata de un tumor quístico, más compresible y son móviles a la palpación, salvo que se localicen en el paladar duro.³ Los tumores de células basales son más firmes que los adenomas pleomorfos a la palpación. Tanto el adenoma pleomorfo como el adenoma de células basales son neoplasias clínicamente indistinguibles puesto que ambas tienden a afectar el lóbulo superficial de la parótida, además de estar bien encapsuladas y ser desplazables.⁴

Características histológicas

En el patrón sólido hay grandes islas con células periféricas que pueden ser más hipercromáticas y con un patrón de acomodo celular en empalizada. En ocasiones las células centrales son escamosas y forman perlas de queratina, el estroma es generalmente escaso.⁴ Puede predominar un patrón trabecular con cordones intercalados y alargados de células basales, rodeados por un estroma de tejido conjuntivo maduro, también pueden predominar patrones tubulares caracterizados por nidos basaloïdes alrededor de espacios ductales revestidos por células cúbicas y llenos de un producto de secreción eosinófilo.⁴ El patrón membranoso tiene un acomodo de islas epiteliales en forma de rompecabezas, en un tumor multiloculado no encapsulado. Las islas epiteliales pueden contener pequeños acúmulos de sustancia hialina intercelular; este patrón histológico se parece mucho al del cilindroma dérmico.⁴

El tejido condromixoide del tumor mixto lo distingue del adenoma de células basales, no obstante algunos tumores mixtos son muy celulares y poseen cantidades mínimas de tejido mixocondroide. Aunque el uso de la inmunohistoquímica para distinguir un tipo de tumor de glándula salivar de otro, está cargado de errores, la inmunorreactividad positiva para la proteína glial fibrilar ácida (GFAP) habla de favor del tumor mixto.^{3,4}

El adenocarcinoma de células basales es la variante maligna del adenoma de células basales y su distinción de éste se basa en las características de crecimiento y en la mayor agresividad en su comportamiento. Estas características de crecimiento incluyen invasión del parénquima parótideo y tejidos adyacentes como grasa, músculo, piel y hueso, así como invasión vascular y perineural. Un recuento de mitosis mayor de 3-10 por campo es altamente

sugestivo de malignidad, aunque un número menor de las mismas no garantiza que el tumor sea benigno. El pronóstico es bueno.^{3,4}

En contraste con los otros subtipos de adenomas de células basales, el subtipo membranoso, tiene un índice de recurrencia del 25% aproximadamente, probablemente por ser más frecuentemente multifocal y no encapsulado, por este motivo algunos autores aconsejan parotidectomía total en esta variante, debido a que atribuyen este índice de recurrencias a la resección incompleta por su multifocalidad.^{3,4}

Sin embargo, el presente caso trata de un adenoma de células basales con patrón sólido, lo que nos permite la opción de un manejo terapéutico quirúrgico conservador, ya que rara vez se desarrolla una recurrencia clínica, es más probable que aparezca otro, de naturaleza diferente al original.⁴

Diagnóstico diferencial

La ubicación más común del adenoma de células basales en la glándula parótida, es similar al de un adenoma pleomórfico pequeño, o un tumor de Warthin recientemente desarrollado. Su localización superficial puede hacer que parezca un quiste sebáceo de piel, o un ganglio linfático agrandado, lo que puede estar relacionado con el linfoma, la parotiditis relacionada con el VIH, linfadenopatía, o linfadenitis relacionada con la tuberculosis. Además, una gran variedad de tumores malignos de glándulas salivales también pueden ser pequeñas y aparecer como una masa similar.⁴

El patrón histológico más común es la variante sólida.⁵ La proliferación de células de los conductos intercalados podría estar involucrada en cualquier variante histológica de los adenomas de células basales.⁶

CT Scan

El adenoma de células basales se observa como una lesión bien circunscrita con márgenes lisos o lobulados, sin realce de bandas lineales, estrelladas o configuraciones quísticas, estas características imagenológicas lo diferencian del adenoma pleomorfo en la mayoría de las veces, pero puede aparecer como una imagen muy similar al tumor de Warthin.⁷

La gran mayoría de los tumores parótideos, incluyendo al adenoma de células basales, están ubicados en el lóbulo superficial de la parótida.⁸ Por lo tanto, la parotidectomía o incisión en «s» con lobectomía superficial concomitante, es el abordaje quirúrgico recomendado en neoplasias no

agresivas, por su funcionalidad, cosmetología y estética en tumoraciones que se relacionan con la glándula parótida.⁹

La parotidectomía superficial es el tratamiento quirúrgico de elección para la mayoría de neoplasias benignas (Laskawi et al., 1996).¹⁰

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección para las neoplasias parótidas, pero éstas varían desde la enucleación del tumor a la parotidectomía total dependiendo de su extensión y naturaleza.¹¹ La real utilidad de procedimientos quirúrgicos menos extensos es un asunto de continua controversia. Los resultados de metaanálisis publicados muestran que sólo la enucleación de tumores parotídeos es nueve veces más probable de producir recurrencia que la parotidectomía superficial.¹¹

La técnica que más se utiliza es la incisión modificada de Bleir, que es un abordaje preauricular que conecta con un abordaje retrormandibular; esta incisión es usada frecuentemente para cirugías que involucran a la glándula parótida.¹²

La extirpación simple o la excisión quirúrgica conservadora que incluya un reborde o margen de tejido normal, no afectado, es uno de los tratamientos preferidos que se realizan para la eliminación de esta patología (adenoma de células basales) ya que las recidivas son raras, a diferencia del adenoma pleomorfo.¹³

CONCLUSIONES

El examen histológico del caso presentado demostró que el tumor es compatible con el adenoma de células basales de componente sólido. El crecimiento era de células tumorales monomórficas y se observaban cordones y trabéculas de células epiteliales delimitadas por células basaloïdes, y formaciones microquísticas en un estroma fibrovascular, sin componentes mixocondrioides, ni figuras mitóticas, ni invasiones capsulares, por lo que el tratamiento de elección para estas masas benignas es una extirpación quirúrgica con un margen de seguridad del tejido glandular salivar normal, preservando la totalidad del lóbulo superior de la parótida y el nervio facial. Una incisión de Blair es

una buena opción para el manejo de esta patología y fue lo que se realizó en el presente caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Regezi JA, Scuibba JJ. Patología bucal. Correlaciones clinicopatológicas. 3^a ed. Grav-Hill Interamericana; 1999. pp. 247, 248, 249.
2. Gonzalez GR, Nam Cha S H, Muñoz GMF, Gamallo A. Adenoma de células basales de glándula parótida: caso clínico y revisión de la literatura. SciELO [En línea] 2005. (Fecha de acceso abril 2006); 11 (2): 206-209. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000200021
3. Pastor FMJ, Iriarte OJI, Ramos A, Morey MM, Caubet BJ, Pozo PA et al. Adenoma de células basales parótido. Revisión a propósito de cuatro casos. Rev Esp Cirug Oral Maxillofac. 2005; 27 (2): 85-92.
4. Marx RE, Stern D. Oral and maxillofacial pathology. Hong Kong, Quintessence Publishing, 2003. pp. 537, 566-570.
5. Hiranuma T, Kagamiuchi H, Kitamura R. A basal cell adenoma of the sublingual gland. Int J Oral Maxillofac Surg. 2003; 32 (5): 566-567.
6. Yu GY, Ussmueller J, Donath K. Histogenesis and development of membranous basal cell adenoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1998; 86 (4): 446-451.
7. Chawla AJ, Tan TY, Tan CJ. Basal cell adenomas of the parotid gland: CT scan features. Eur J Radiol. 2006; 58 (2): 260-265.
8. Morales CM, Ortiz CD, Macías VLF, Martínez GF. Adenoma de células basales en glándulas salivales menores: Una localización atípica. Otorrinolaringología. 2014; 59 (2): 144-149.
9. Lukšić I, Suton P, Rogić M, Dokuzović S. Accessory parotid gland tumours: 24 years of clinical experience. Int J Oral Maxillofac Surg. 2012; 41 (12): 1453-1457.
10. Laskawi R et al. Surgical Management of pleomorphic adenomas of the parotid gland: A follow up study of three methods. J Oral Maxillofac. Surg. 1996; 54: 1176.
11. Velasco I, Salinas F, Aguilar L, Gallego A, Pastríán J, Fariña R et al. Consideraciones anatómicas en la parotidectomía: revisión de la literatura a propósito de un caso. Int J Morphol. 2013; 31 (1): 231-238.
12. Ellis E, Zide MF. Surgical approaches to the facial skeleton. 2nd Philadelphia, Lippincott William & Wilkins 2006. pp. 83-184.
13. Sapp PJ, Eversole LR, Wysocki GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid, Elsevier 2005. pp. 341-343.

Correspondencia:

Dr. Yair García López
Santa Catalina Num. 206,
Col. Santa Margarita, 45130,
Zapopan, Jalisco, México.
E-mail: yair_galy@hotmail.com