



Adenoma de células basales en glándulas salivales menores. Una localización atípica

RESUMEN

Las glándulas salivales son un sitio poco frecuente de tumores. El porcentaje de adenomas de células basales aún es menor, pues va de 0.2 a 2% del total de tumores de las glándulas salivales. El adenoma de células basales es una neoplasia epitelial de aspecto histológico monomorfo, con predominio de células basaloideas. Su patrón de crecimiento puede ser sólido, tubular, trabecular, membranoso o análogo dérmico. En nuestra casuística contamos solamente con un caso con este diagnóstico histopatológico y de localización atípica, ya que se localiza más frecuentemente en la parótida. Sólo se han reportado seis casos con estas características. El caso comunicado en este artículo es el ejemplo de la manifestación atípica de un tumor casi exclusivo de la glándula parótida y que normalmente no se hubiera considerado un diagnóstico diferencial del aumento de volumen progresivo de la base de la lengua. No existe información epidemiológica suficiente para establecer la incidencia ni la distribución por género o edad. Como diagnósticos diferenciales se deben tomar en cuenta: adenoma pleomorfo, adenoma canalicular, adenocarcinoma de células basales, un subtipo sólido de carcinoma adenoideo quístico y un carcinoma de células escamosas de variante basaloide. El tratamiento óptimo del adenoma de células basales es la escisión quirúrgica completa; esto basado en la información recabada del estudio patológico de las glándulas salivales mayores. Es importante realizar una disección completa del tumor para disminuir al máximo la posibilidad de recidivas.

Palabras clave: adenoma, células basales, glándulas salivales menores, tumores de glándulas salivales menores.

Mauricio Morales-Cadena^{1,2}
Carlos David Ortiz-Moreno²
Luis Fernando Macías-Valle³
Francisco Martínez-Gallardo⁴

¹ Profesor adjunto de posgrado, Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle. Jefe del curso de posgrado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

² Alumno de posgrado, Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle. Médico residente de tercer año y jefe de residentes de la especialidad en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

³ Alumno de posgrado, Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle. Médico residente de segundo año de la especialidad en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

⁴ Profesor titular de posgrado, Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle. Jefe de servicio. Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Español de México.

Adenoma of Basal Cells in Minor Salivary Glands. An Atypical Localization

ABSTRACT

The salivary glands are an uncommon site of neoplasms. The percentage of basal cell adenomas is only 0.2%-2% of all the salivary gland tumors. The basal cell adenoma is an epithelial neoplasm with a monomorphic histological aspect, with a predominance of basaloid cells. The growth pattern could be solid, tubular, trabecular, membranous or analog dermic. In our casuistry only we have one case with this histopathologic diagnosis; and with an atypical localization, because the most frequent localization is at the parotid gland. We only found in the bibliography six cases with these characteristics. The paper describes a case with atypical localization of an almost exclusively neoplasm of the parotid gland. Normally this is not included in the battery of the differential

Recibido: diciembre 2013

Aceptado: febrero 2014

Correspondencia

Dr. Carlos David Ortiz Moreno
Claveles 313
53160 Naucalpan de Juárez, Estado de México
dr_ortizmoreno@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Morales-Cadena M, Ortiz-Moreno CD, Macías-Valle LF, Martínez-Gallardo F. Adenoma de células basales en glándulas salivales menores. Una localización atípica. An Orl Mex 2014;59:144-149.



diagnosis of tongue base tumor. There is not enough epidemiologic information to establish incidence by gender and age distribution. The possible differential diagnosis of this neoplasm is the pleomorphic adenoma, canalicular adenoma, basal cell adenocarcinoma, a solid subtype of a cystic adenoid carcinoma and a basaloid variation of a squamous cell carcinoma. The treatment of choice is the surgical one (excisional biopsy), based on pathology data of the mayor salivary gland. It is important to make a complete dissection of the neoplasm to diminish the possibility of recurrence.

Key words: adenoma, basal cells, minor salivary glands, benign salivary neoplasms.

Las glándulas salivales están distribuidas vastamente en las vías aerodigestivas superiores. Las glándulas salivales mayores son la parótida, la submandibular y la sublingual. Las glándulas salivales menores están en múltiples sitios, incluidos los labios, la superficie gingival, el paladar, la orofaringe, los senos paranasales, el espacio parafaríngeo y la lengua.¹

Las glándulas salivales son un sitio poco frecuente de tumores, representan entre 3 y 6% de todos los tumores de la cabeza y el cuello, con incidencia global anual estimada en 0.4 a 13.5 por cada 100,000 habitantes. El porcentaje de adenomas de células basales (neoplasia epitelial de las glándulas salivales) es aún menor, pues va de 0.2 a 2% del total de los tumores de las glándulas salivales.¹⁻⁴

Dreher e Issing refieren que Kleinsasser fue el primero en describir, en 1967, los adenomas de células basales en las glándulas salivales. Casi 70% de los tumores benignos se localiza en la glándula parótida, mientras que en las glándulas salivales menores son menos frecuentes, afectan particularmente el labio superior.⁵

Aún se discute el término y el grupo tumoral al que realmente corresponde clasificar el adenoma

de células basales. En la última clasificación de tumores epiteliales de glándulas salivales, propuesta por la Organización Mundial de la Salud, se le reconoció como neoplasia independiente.^{2,3}

El adenoma de células basales es una neoplasia epitelial de aspecto histológico monomorfo, con predominio de células basaloideas; su patrón de crecimiento puede ser sólido, tubular, trabecular, membranoso o análogo dérmico.⁶

En nuestra casuística solamente tenemos un caso con este diagnóstico histopatológico y de localización atípica, porque es una afección que se encuentra con más frecuencia en la parótida. En la revisión bibliográfica que se realizó de este tema se encontraron solamente seis casos con estas características. El paciente referido tenía los antecedentes de carga genética para diabetes mellitus tipo 2, tabaquismo positivo a razón de una cajetilla al día, durante 40 años, suspendido hacía 12 años y etilismo social sin llegar a la embriaguez. Toxicomanías, transfusiones y alergias negadas, Combe negativo, antecedente de parálisis facial periférica derecha (1998), resección transuretral de la próstata (2004) y enfermedad ácido péptica (2007). Medicación actual: ranitidina 150 mg, vía oral. Su padecimiento actual inició hacía cinco años con disfagia a sólidos,

no progresiva y constante, por lo que su dieta consistía únicamente en semisólidos. Después ocurrieron lentamente cambios en la voz, hasta llegar a ser de papa caliente; estos síntomas se acompañaron de pérdida de peso de aproximadamente 4 kg en dos años; 15 días antes de su llegada a nuestro servicio tuvo hemoptisis en dos ocasiones en 48 horas, acompañada de disfonía, globo faríngeo y necesidad de aclaramiento faríngeo; a esto se agregó disfagia a líquidos intermitente, razón por la que acudió a revisión. A la exploración se encontraba alerta, orientado, cooperador, con adecuada coloración mucotegumentaria; otoscopia sin alteraciones, rinoscopia con cresta baja en las áreas II-IV, no contactante con la pared lateral nasal y sin descarga por meatos medios; el resto sin alteraciones. La cavidad oral estaba bien hidratada, con adecuado drenaje por los conductos de Wharton y Stensen; la orofaringe estaba normocrómica, con paladar blando simétrico y sin abombamientos; no se visualizó la pared posterior por tener una escala de Mallampati grado IV. Cuello cilíndrico, con elevación laríngea de 2.5 cm aproximadamente; tráquea móvil y no se palpaban adenomegalias. Los pares craneales se encontraban en los límites normales, con excepción del VII, que mostraba simetría facial en reposo, asimetría a la gesticulación, a expensas de disminución de los pliegues cutáneos faciales, de predominio derecho; adecuada elevación de ambas cejas, cierre bpalpebral completo con mínimo esfuerzo, disminución del pliegue nasogeniano derecho y competencia labial con desviación de la comisura labial a la izquierda, House-Brackmann III. Tiempo fonatorio mayor a 12 segundos.

La nasofibrolaringoscopia mostró como datos positivos aumento de volumen en la base de la lengua hasta las valéculas, de aproximadamente 5 x 5 cm, misma que protruía la epiglotis, con abundantes dilataciones venosas difusas en toda la mucosa. En la tomografía computada de cuello

simple y contrastada se evidenció aumento de volumen heterogéneo, de aproximadamente 6 x 6 cm, en la base de la lengua hasta las valéculas, contactante con la pared posterior de la orofaringe; su centro era hipodenso y el resto de la masa era isodensa, en comparación con los tejidos blandos, con reducción de la vía aérea en la orofaringe e hipofaringe. No se observaron adenomegalias (Figuras 1 y 2).

Con base en la exploración física mencionada y los hallazgos de los estudios de gabinete, decidimos realizar una biopsia por escisión del tumor de la base de la lengua utilizando un abordaje tipo faringotomía media y lateral con plastia faringomucosa y traqueotomía (Figuras 3 y 4).

El reporte de histopatología describió una lesión de 6 x 5 x 3 cm, externamente de color gris oscuro, de superficie irregular; al corte, con aspecto sólido, color gris amarillento y consistencia blanda, con lo que se llegó al diagnóstico de adenoma de células basales con margen de resección quirúrgica sin lesión (Figuras 5 y 6).

Cinco días después de la operación se realizó un faringoesofagograma con el fin de verificar el estado de las plastias faríngeas e iniciar la

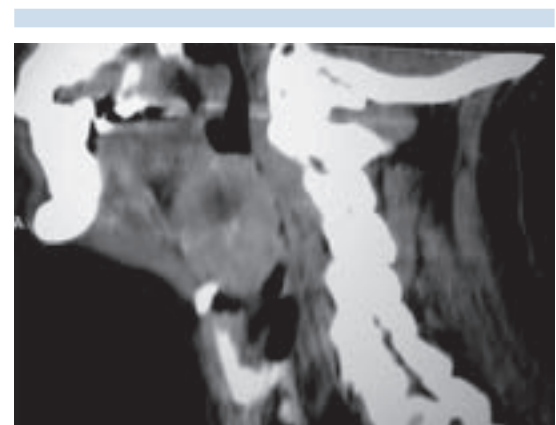


Figura 1. Tomografía computada en corte sagital.

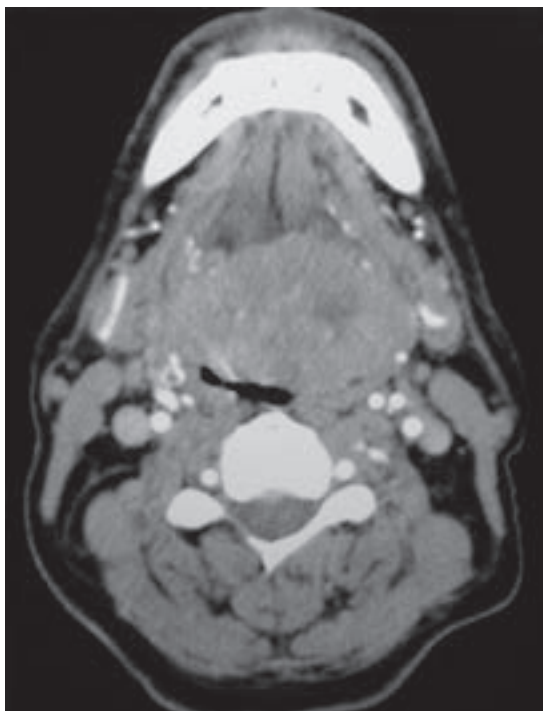


Figura 2. Tomografía computada en corte sagital.



Figura 3. Masa tumoral durante el procedimiento quirúrgico.

medicación vía oral. No se encontraron fugas de material iodado (Figura 7).



Figura 4. Faringotomía lateral y media previa a la plastia.

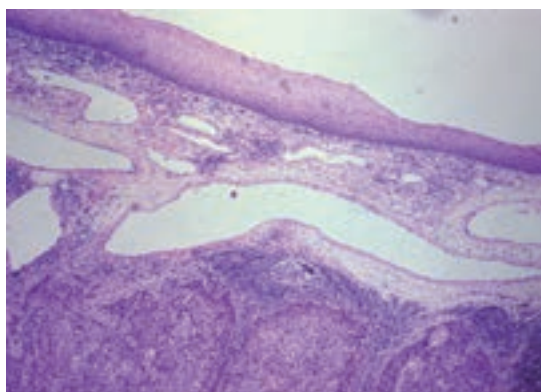


Figura 5. Imagen microscópica del adenoma de células basales.

DISCUSIÓN

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud de tumores de las glándulas salivales se ha renovado en tres ocasiones; la actualización más reciente es la publicada en 2005. Comparada con su versión anterior, la nomenclatura y los subtipos histológicos cambiaron enormemente. Por ello, el diagnóstico histopatológico acertado es de fundamental importancia para la evaluación de estos pacientes, para establecer el diagnóstico y el tratamiento adecuados.^{2,3}

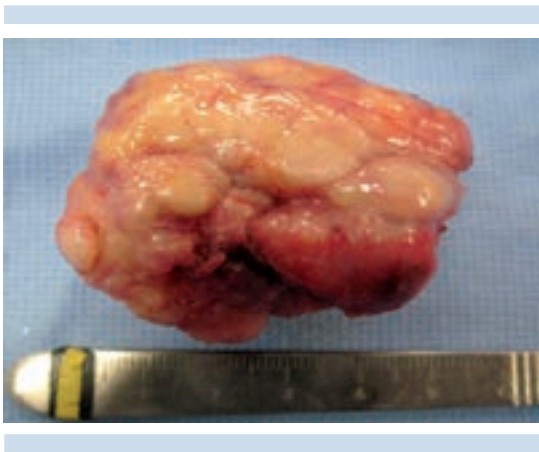


Figura 6. Imagen macroscópica de la pieza quirúrgica.

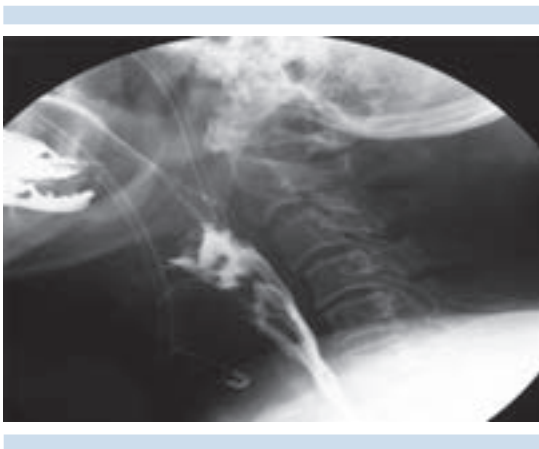


Figura 7. Faringoesofagograma posquirúrgico sin fuga del material de contraste.

El caso comunicado es el ejemplo de la manifestación atípica de un tumor casi exclusivo de la glándula parótida y que normalmente no se hubiera considerado un diagnóstico diferencial para el aumento de volumen progresivo de la base de la lengua.

El adenoma de células basales normalmente se encuentra en el lóbulo superficial de la glándula parótida. Su tamaño se reporta variable, desde 5 mm hasta 7 cm en su eje mayor.⁷

El tumor es indoloro y normalmente genera síntomas por compresión. En el caso comunicado, debido a la localización anatómica, el paciente tenía disfagia, odinofagia y alteraciones de la mecánica de la deglución.

La evolución de esta afección es gradual, de crecimiento progresivo, y normalmente el paciente acude a valoración médica cuando tiene síntomas compresivos secundarios al sitio anatómico de origen. No existe predominio de género y se reporta una media de edad de aparición de 61 años.⁷

Los datos epidemiológicos mencionados no son específicos de este subtipo histológico en la base de la lengua, debido a que sólo existen seis casos reportados y no hay suficiente información epidemiológica para establecer su incidencia ni su distribución por género y edad.

El adenoma de células basales es una neoplasia epitelial con un componente monomórfico uniforme que está dominado por células basaloideas con ausencia de estroma condroide y mixoide.

CONCLUSIÓN

De los diagnósticos diferenciales que se deben tomar en cuenta de este tipo de tumor están el adenoma pleomorfo, el adenoma canicular, el adenocarcinoma de células basales, un subtipo sólido de carcinoma adenoideo quístico y el carcinoma de células escamosas de variante basaloide.⁸

El adenoma de células basales es una variante histológica sumamente rara de neoplasias de las glándulas salivales y su aparición en las glándulas salivales menores en la base de la lengua es aún menos frecuente. Aun cuando no es la causa más común de aumentos de volumen en esa región anatómica, se debe considerar diagnóstico diferencial cuando se evalúa a un paciente con las características clínicas referidas.



El tratamiento óptimo del adenoma de células basales es la escisión quirúrgica completa, con base en la información recabada del estudio patológico de las glándulas salivales mayores. Es importante realizar una disección completa del tumor a fin de disminuir al máximo la posibilidad de recidivas, lo que se reporta, incluso, en 16% y se relaciona con la permanencia de tumor residual.⁹

REFERENCIAS

1. Tian Z, Li L, Wang Y, Hu Y, Li J. Salivary gland neoplasms in oral and maxillofacial region: a 23-year retrospective study of 6982 cases in an eastern Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010;39:235-242.
2. Seifert G, Brocheriou C, Cardesa A, Eveson JW. WHO international histological classification of tumours, tentative histological classification of salivary gland tumours. *Pathol Res Pract* 1990;186:555-581.
3. Seifert G, Sobin LH. The world health organization's histological classification of salivary gland tumors. A commentary on the second edition. *Cancer* 1992;70:379-385.
4. Just PA, Miranda L, Elouaret Y, Meatchi T, et al. Classification of salivary gland tumors. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2008;125:331-340.
5. Dreher A, Issing WJ. Basal cell adenoma of Weber's glands. *Laryngorhinootologie* 1998;77:355-357.
6. Samar MA, Ávila RE, Fonseca I, Ferraris RV, Rabino ZM. Adenoma de células basales de glándulas salivales, variedades sólido y tubular: estudio histopatológico e inmunohistoquímico. *Patología* 2008;46:276-283.
7. Anderson JH, Provencher RF, McKean TW. Basal cell adenoma: review of the literature and report of case. *J Oral Surg* 1980;38:844-846.
8. Daley TD. The canalicular adenoma: considerations on differential diagnosis and treatment. *J Oral Maxillofac Surg* 1984;42:728-730.
9. Yu GY, Ubmüller J, Donath K. Membranous basal cell adenoma of the salivary gland: a clinicopathologic study of 12 cases. *Acta Otolaryngol* 1998;118:588-593.
10. Bae CH, Kim YS, Song SY, Kim YD. Rare case of basal cell adenoma in the nasal cavity. *J Otolaryngol-Head Neck Surgery* 2010;39:4-5.
11. Bayles SW, Todd NW, Muller S, Rabkin D. Pleomorphic adenoma of the pediatric tongue. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;120:934-936.
12. Beery S, Tay H, Puentes CP. Pleomorphic adenoma of the base of the tongue. *Ear Nose Throat J* 2004;83:646-648.