



Julio - Septiembre 2022
Vol. 2, núm. 3 / pp. 109-112

Palabras clave:

Tumores de glándulas salivales, adenocarcinoma.

Keywords:

Salivary glands tumors, adenocarcinoma.

* Profesor Titular de la Cátedra de Cirugía Bucomaxilofacial III. Director-Profesor de la Carrera de Formación de Especialistas en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial. Facultad de Odontología. Universidad de la República Oriental del Uruguay. (U de la R). Miembro del Board de la Asociación Latinoamericana de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial (ALACIBU). Expresidente de la Sociedad Uruguaya de Estomatología. Expresidente de la Sociedad Uruguaya de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial. Asociación Odontológica Uruguaya. AOU. Recertificado por el Board de ALACIBU. Miembro de ALACIBU. Miembro de International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (IAOMS).

Recibido: 31/01/2022
Aceptado: 18/07/2022

doi: 10.35366/108187

Adenocarcinoma de células basales de glándula salival menor de mejilla

Basal cell adenocarcinoma of the minor salivary gland of the cheek

Felipe Kornecki*

RESUMEN

Los tumores salivales pueden desarrollarse bajo la misma morfología histológica en cualquiera de las glándulas. De ellos, 80% se presentan en la glándula parótida, 10 a 15% en la glándula submaxilar y entre 5 y 10% en la sublingual y glándulas salivales menores. En los tumores de glándulas salivales mayores, aproximadamente 80% son benignos, pero en glándulas salivales menores 35 a 80% son malignos, con variaciones clínicas e histopatológicas. La probabilidad que tiene un tumor salival de ser maligno aumenta cuanto menor es el tamaño de la glándula en la que se asienta. Los tumores de glándulas salivales menores (TGSM) son infrecuentes, ya que suponen de 10 a 15% del total de neoplasias salivales. A pesar de su relativa baja frecuencia, los TGSM constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias con una amplia variedad de tipos histológicos.

ABSTRACT

Salivary tumors can develop under the same histologic morphology in any of the glands. Of these, 80% occur in the parotid gland, 10 to 15% in the submaxillary gland and 5 to 10% in the sublingual and minor salivary glands. In major salivary gland tumors, approximately 80% are benign, but in minor salivary glands 35 to 80% are malignant, with clinical and histopathologic variations. The probability of a salivary tumor being malignant increases the smaller the size of the gland in which it is located. Minor salivary gland tumors (MSGTs) are rare, accounting for 10-15% of all salivary neoplasms. Despite their relatively low frequency, MSGTs constitute a heterogeneous group of neoplasms with a wide variety of histologic types.

INTRODUCCIÓN

Las glándulas salivales menores tapizan la mucosa del aparato respiratorio, digestivo superior y cavidades adyacentes, como senos paranasales, esfenoides, etcétera. No las encontramos en las encías ni en la mitad anterior del paladar duro.¹⁻³

El adenocarcinoma de células basales (ACCB) de las glándulas salivales es una neoplasia infrecuente y con bajo potencial maligno.⁴ Fue introducido en la clasificación de tumores salivales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1991, el cual fue clasificado como tumor de bajo grado de malignidad. La primera clasificación de la OMS sobre los tumores de glándulas salivales fue publicada en 1972, luego revisada por el

profesor Seifert y publicada en 1991. Debido a la amplia diversidad morfológica de estos tumores y a la necesidad de llegar a un diagnóstico preciso, se realizó en Lyon una reunión de consenso que dio origen a una nueva clasificación de los tumores de glándulas salivales, la cual fue publicada en el año 2005.

El estadio tumoral, el subtipo histológico y el grado de malignidad son los factores más importantes para la supervivencia.

La etiopatogenia de los TGSM permanece incierta. No se ha podido demostrar la implicación del tabaco en el cáncer glandular, siendo la radiación ionizante el único factor de riesgo que se ha demostrado estar relacionado en la génesis de los tumores de glándulas salivales. El

Citar como: Kornecki F. Adenocarcinoma de células basales de glándula salival menor de mejilla. Lat Am J Oral Maxillofac Surg. 2022; 2 (3): 109-112. <https://dx.doi.org/10.35366/108187>



ACCB es similar citohistológicamente al adenoma de células basales con un predominio de células epiteliales «basaloides». Algunos autores proponen que el ACCB puede desarrollarse en un adenoma de células basales, pero la mayoría opina que se desarrolla *de novo*.

El ACCB representa menos de 2% de todos los tumores salivales y 90% involucra la glándula parótida, siendo raros en las glándulas salivales menores y varios casos han sido reportados involucrando paladar, mucosa bucal, mucosa labial y glándula submandibular. La edad de presentación abarca desde los 24 hasta los 73 años de edad con un promedio de 60 años, afecta por igual a ambos sexos. Clínicamente se presenta como una tumefacción asintomática con varios años de evolución.

CASO CLÍNICO

Paciente de 83 años, mujer, con domicilio en Montevideo, Uruguay. Sin antecedentes personales a destacar. Motivo de consulta: tumoración en la cara interna de la mejilla izquierda.

Historia de la enfermedad. Hace años notó que comenzaba a deformarse la cara interna de la mejilla. Desdentada

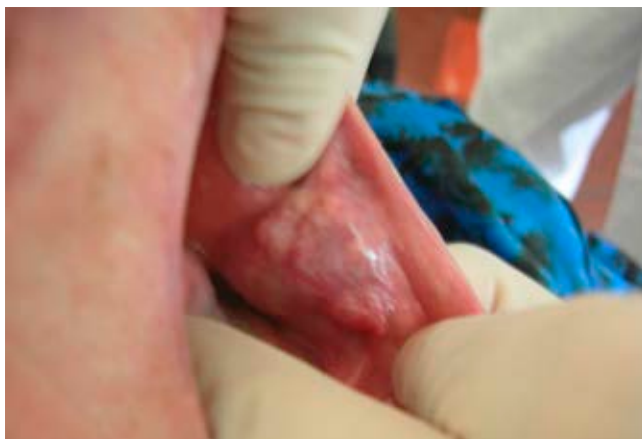


Figura 1: Vista clínica de la cara interna de mejilla izquierda.

parcial, portadora de prótesis parciales superior e inferior inestables, percibe que traumatiza la lesión en la masticación y que la misma interfiere en la función masticatoria. Consulta con un familiar odontólogo luego de muchos años de tener la lesión y es derivada a nuestra consulta. Hasta el momento no recibe ningún tratamiento. En la actualidad relata que tiene dolor y que le molesta en la masticación.

Apreciación general. Paciente lúcida, colaboradora, sin trastornos en la marcha y bien ubicada en tiempo y espacio.

Examen regional. Cara simétrica, sin alteraciones cutáneas. Al examen por inspección y palpación de las articulaciones temporomandibulares no existe alteración en estática ni en dinámica. Sin alteraciones neuromusculares a destacar en la inspección y palpación. Por inspección y por palpación no se detectan alteraciones ganglionares en cara ni cuello.

Examen local. Al examen visual se observa tumoración en la cara interna de la mejilla que hace una deformación hacia la cavidad bucal y que fue traumatizada en algún momento por la masticación. De límites definidos, firme, elevada, asintomática, presenta un recubrimiento abollonado, de aspecto glandular, con transparencias azuladas que sugieren una lesión de las glándulas salivales de la región. Extendida en sentido vertical y en sentido anteroposterior unos 35 mm (Figura 1).

Diagnóstico clínico presuntivo. Tumor de glándula salival benigno. Adenocarcinoma de mejilla.

Tratamiento

Por la edad de la paciente (83 años) y el aspecto glandular benigno de la lesión se decide realizar una biopsia con anestesia local.

Se planteó a la familia y a la paciente la posibilidad de realizar una biopsia exéresis, la cual autorizaron.

Técnica quirúrgica

Bajo anestesia local por infiltración por bloqueo de campo se realizó una incisión circunscribiendo la lesión. Se ejecutó la disección por planos de la misma.



Figura 2: A) Límites de la lesión, B) resección de la lesión y C) disección roma de los límites de la lesión.

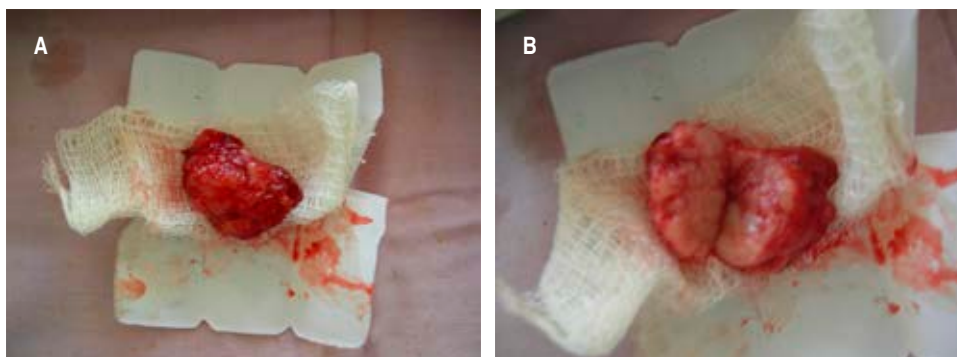


Figura 3:

A) Pieza operatoria y B) sección de la pieza operatoria.

La hemostasis de los planos profundos se desarrolló con bisturí eléctrico. Se realizó la disección de los bordes periféricos de la lesión con tijera tipo Metzenbaum. Por último, se suturó por primera intención con seda negra 3.0 con sutura a puntos separados (Figuras 2A-C y 3).

Anatomía patológica (Figura 4)

Adenocarcinoma de células basales

El adenocarcinoma de células basales es citohistológicamente similar al adenoma de células basales. Dominado por células epiteliales **basaloides**, es de carácter **infiltrativo**. Tiene potencial para **metástasis** y tiene carácter **de novo**. Puede surgir de la transformación de un adenoma a células basales previo.

La frecuencia es por igual en ambos sexos, con un promedio de 60 años y en general se presenta sólo en adultos. Noventa por ciento se encuentra en la glándula parótida.

Raro en las glándulas salivales menores

Asintomático, de semanas o años de evolución puede anexarse a otros tumores anexiales de la piel.

- **Histopatología:** células epiteliales basaloides.
- **Patrones:** sólido, membranoso, trabecular y tubular. El sólido es el más frecuente con nidos o trabéculas separadas por finos septos o finas bandas de colágeno.

Puede haber áreas de diferenciación escamosa.

- Atipia citológica, generalmente mínima.
- Invasión de tejidos vecinos.
- Invasión vascular y perineural en 25% de los tumores.
- Inmunofenotipo variable.
- Citoqueratinas.
- Antígeno de membrana epitelial (EMA).
- S-100.

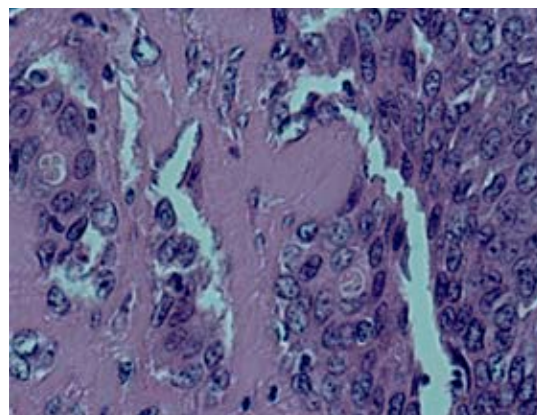


Figura 4: Vista panorámica del tumor.

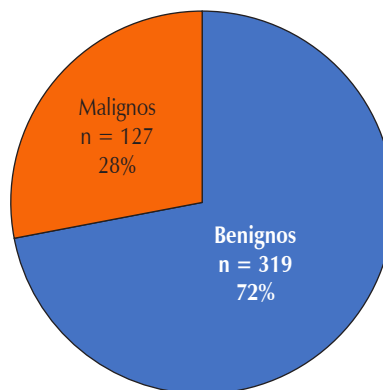


Figura 5:

Análisis estadístico.

Puede haber marcación de células mioepiteliales.

- Vimentina.
- Actina músculo liso.
- Calponina.
- p63.
- CD 10.

Citogenética

Ganancia cromosómica.

- 9p21.1
- 18q21.1
- 22q11

Pérdida cromosómica.

- 23q13.31
- 2q24.2
- 4q25

Genética molecular

Muestra alteraciones similares al cilindroma dérmico.

Análisis estadístico (Figuras 5 a 8)

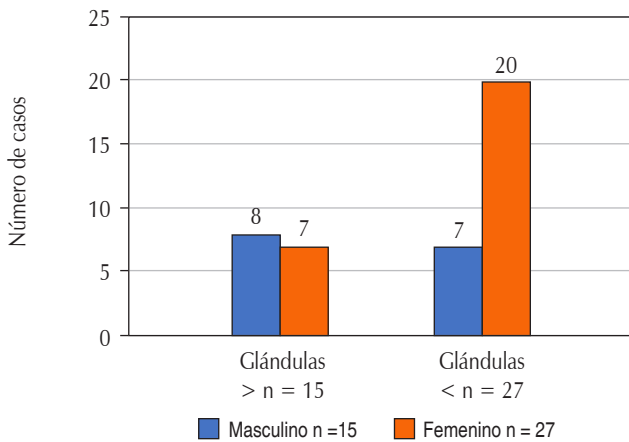


Figura 6: Carcinoma de bajo grado. Localización según el sexo.

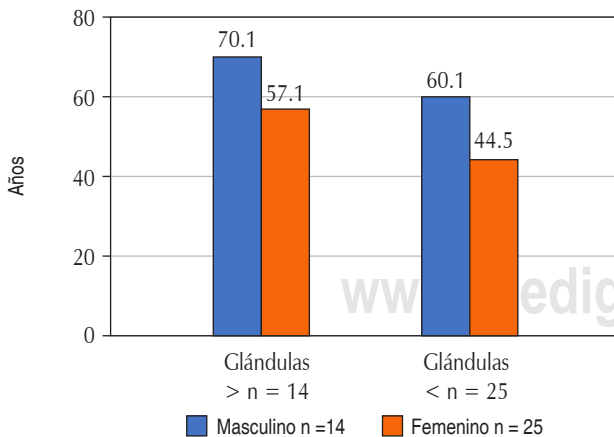


Figura 7: Carcinoma de bajo grado. Edad según localización y sexo.

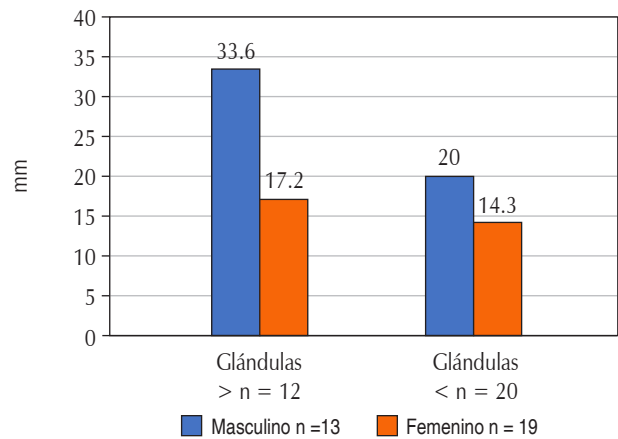


Figura 8: Carcinoma de bajo grado. Tamaño por localización y sexo.

CONCLUSIONES

El adenocarcinoma es un tumor maligno de las glándulas salivales, de las células que segregan sustancias dentro o fuera del cuerpo.

Se origina en el revestimiento interno de las glándulas de secreción externa. Estas células son las encargadas de sintetizar y verter los productos que generan en la luz glandular.

Es un tumor raro descrito por la OMS en 1991.

El curso clínico es insidioso con síntomas y signos inespecíficos.

Presentamos un caso de adenocarcinoma de células basales infiltrante de glándulas salivales menores de mejilla, cuyo diagnóstico se realizó por anatomía patológica luego de una biopsia exéresis de la cara interna de la mejilla izquierda.

Su tratamiento fue la escisión quirúrgica. No se palparon ganglios. No se realizó tratamiento complementario. En esta paciente de edad avanzada sólo se realizó un seguimiento clínico, en concordancia con el oncólogo de interconsulta.

REFERENCIAS

1. Ellis GL, Auclair PL. The salivary glands, atlas of tumor pathology tumors. Third Series, Fascicle 17, AFIP Washington D.C.: American Registry of Pathology; 1996.
2. Dardick I. Salivary gland tumor pathology color atlas/text. Inc. New York: Igaku-Shoin Medical Publishers; 1998.
3. Ellis GL, Wiscovitch JG. Basal cell adenocarcinomas of the major salivary glands. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1990; 69 (4): 461-469.
4. Williams SB, Ellis GL, Auclair PL. Immunohistochemical analysis of basal cell adenocarcinoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1993; 75 (1): 64-69.

Correspondencia:

Prof. Dr. Felipe Kornecki

E-mail: felipekornecki@gmail.com