

Informe de caso

Hiperplasia adenomatoide de glándula salival menor con infiltración adiposa del estroma

Eugenia M Altamirano,* Ricardo Drut*

RESUMEN

La hiperplasia adenomatoide de glándula salival menor se caracteriza por una masa nodular que está compuesta por tejido salival de aspecto normal. Comunicamos un ejemplo de hiperplasia adenomatoide de glándula salival menor en una mujer de 20 años, con una masa nodular blanda y asintomática –localizada en el límite entre el paladar duro y el blando— de dos meses de evolución. Con diagnóstico presuntivo de adenoma de glándula salival, se realizó la resección de la misma, observándose una glándula salival menor de tipo mucoso con aumento notorio e irregular del número de unidades secretorias túbulo-acinares, asociadas —en la periferia y entre los acinos— con tejido adiposo maduro. No pudimos hallar referencias sobre infiltración adiposa del estroma en relación con la hiperplasia adenomatoide de glándula salival menor. Es importante reconocer a la hiperplasia adenomatoide de glándula salival menor frente al diagnóstico diferencial de lesiones tumorales de las glándulas salivales accesorias.

Palabras clave: glándula salival, hiperplasia adenomatoide, infiltración adiposa del estroma.

ABSTRACT

Adenomatoid hyperplasia of minor salivary glands (AHMSG) presents as a nodular mass of normal salivary tissue. We are reporting an example of AHMSG presenting in a 20 year-old woman as an asymptomatic, soft, nodule in the border between hard and soft palate of 2 months evolution. The lesion was resected with the presumptive diagnosis of salivary gland adenoma. The histology showed salivary gland tissue with an obvious and irregular increase of tubulo-acinar secretory units combined with adipose tissue infiltration in the stroma, which also extended to the periphery of the gland. We have not been able to find any reference describing the association of AHMSG and fatty infiltration of the stroma. It is importat to effectively recognize AHMSG when confronted with the differential diagnosis of salivary glands tumoral masses.

Key words: adenomatoid hyperplasia, salivary gland, stromal fatty infiltration.

a hiperplasia adenomatoide de glándula salival menor es una afección clínico-patológica rara; se caracteriza por una masa nodular clínicamente evidente que histológicamente está compuesta por tejido salival de aspecto normal. No pudimos hallar referencias sobre infiltración adiposa del estroma en relación con esta lesión.

Exponemos el ejemplo de esta curiosa combinación: una hiperplasia adenomatoide de glándula salival menor con infiltración adiposa en un paciente adulto.

CASO CLÍNICO

Mujer de 20 años que acudió a consulta por padecer una lesión nodular de consistencia blanda asintomática —localizada en el límite entre el paladar duro y el blando— de dos meses de evolución. Con diagnóstico presuntivo de adenoma de glándula salival, se realizó la resección de la misma.

Servicio de Patología, Hospital de Niños Sor María Ludovica, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: Dra. Eugenia Altamirano. Patología. Hospital de Niños. 1900. La Plata, Argentina. Correo electrónico: patologi@netverk.com.ar

Este artículo debe citarse como: Altamirano EM, Drut R. Hiperplasia adenomatoide de glándula salival menor con infiltración adiposa del estroma. Patología Rev Latinoam 2011;49(Supl. 1):S54-S56.

RESULTADOS

Macroscopia: nódulo de 1 X 0.8 cm de coloración pardusco-blanquecina.

Microscopia: tejido de mucosa escamosa de paladar, que en el estroma exhibió una glándula salival menor de

tipo mucoso, con aumento muy notorio e irregular del número de unidades secretorias túbulo-acinares y sin atipia citológica pero con evidente hipertrofia de las células en comparación con unidades residuales normales, con mínimos regueros inflamatorios crónicos periductales y algunos conductos levemente dilatados. Entre los acinos y en la periferia de la glándula se reconoció material mucoide intersticial y tejido adiposo maduro interpuesto en cantidades variables, con alteración en la arquitectura lobular normal (Figuras 1, 2 y 3).

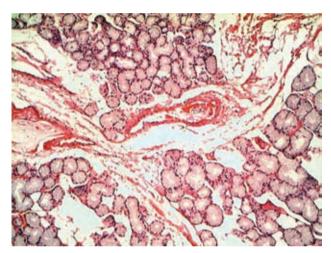


Figura 1. Área en la que contrastan acinos glandulares hiperplásicos de tipo mucoso con hipertrofia de sus células en relación con unidades residuales normales presentes en el sector superior de la imagen (H y E, 20X).

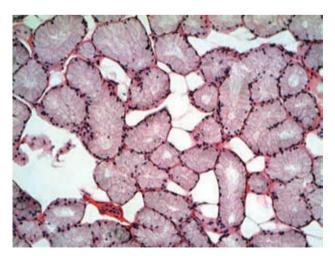


Figura 2. Infiltración de tejido adiposo maduro entre los acinos mucosos tapizados por células hipertróficas (H y E, 40X).

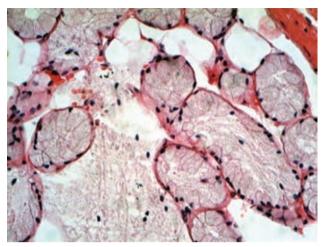


Figura 3. Material mucoide y adipocitos en el intersticio entre los acinos mucosos con células hipertróficas (H y E, 100X).

El conjunto se interpretó como hiperplasia adenomatoide de glándula salival menor con infiltración adiposa del estroma.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La hiperplasia adenomatoide de glándula salival menor fue descrita por primera vez por Giansanti y col. en 1971.² La hiperplasia de los acinos mucosos es una alteración exclusiva de las glándulas salivales menores. La naturaleza exacta de la lesión no es del todo clara. Es una lesión no neoplásica y en la mayoría de los casos se considera idiopática. En algunos casos podría representar un hamartoma, y en otros, una hiperplasia reactiva.³ En relación con esto último, se observó cierta relación con el hábito de fumar, con el uso de dentadura postiza o con ambos, lo que sugiere que el traumatismo local crónico podría ser un factor importante en su evolución. 4 La lesión se ha reconocido en pacientes de todas las edades, con leve predilección por el sexo femenino.⁵ En 85% de los casos relatados el proceso se localizó en el paladar. predominantemente en el paladar duro. Otros sitios afectados son el área retromolar, la mucosa bucal, los labios y la lengua.1,6,7

En términos clínicos, la hiperplasia adenomatoide de glándula salival menor remeda una neoplasia, y la histología muestra tejido de glándula salival mucosa con estructuras ductales y lobulillares, con apariencia normal –aunque en exceso para el sitio anatómico en el que se encuentra— y con un patrón conocido como "adenomatoide". El prefijo *adeno* hace referencia a que la lesión está constituida exclusivamente por estructuras glandulares. Por otro lado, el término *adenomatoide* es utilizado extensamente para denominar lesiones no neoplásicas, como las de naturaleza malformativa. Al igual que lo referido en la bibliografía, en el presente caso se hallaron evidencias morfológicas significativas de hipertrofia nuclear y citoplasmática en las células de los acinos hiperplásicos, ^{4,8} un dato que puede contribuir a delimitar adecuadamente el proceso.

La infiltración adiposa del estroma, como ya se refirió, no se ha mencionado en la bibliografía en asociación con esta lesión. Normalmente existe tejido adiposo en el estroma de la periferia de las glándulas salivales. Con la edad y en alcohólicos, diabéticos y malnutridos este tejido adiposo muestra la particularidad de presentarse en el intersticio interacinar, conformando una verdadera infiltración adiposa del estroma. 9-11 Como consecuencia —al igual que en nuestro caso—, se altera la arquitectura lobular, normalmente otorgada por trabéculas de tejido conectivo anastomosado, que contienen vasos, filetes nerviosos y conductos sin tejido adiposo.

Finalmente –de acuerdo con lo mencionado en este y otros trabajos–, consideramos importante resaltar que el conocimiento de la hiperplasia adenomatoide de glándula salival menor radica en que por su apariencia clínica es obligatorio realizar la resección de la lesión para su evaluación histológica y diagnóstico diferencial con neoplasias benignas y malignas de las glándulas salivales menores.^{2,12,13}

REFERENCIAS

- Ellis GL, Auclair PL. Tumor-like conditions. In: Ellis GL, Auclair PL, editors. Atlas of tumor pathology: tumors of the salivary glands. 3rd series, fascicle 17. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1995;p:437-438.
- Guallart DF, Molina MA, González MA, Pons RF, et al. Adenomatoid hyperplasia of minor salivary glands. An Otorrinolaringol lbero Am 1994;21:275-280.
- Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM, Leider AS. Adenomatoid hyperplasia of minor salivary glands. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991;71:583-587.
- Barrett AW, Speight PM. Adenomatoid hyperplasia of oral minor salivary glands. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995;79:482-487.
- García N, Báez JM, Guerrero R, García S, Cabello P. Hiperplasia adenomatoide de glándula salival mucosa. Presentación de un caso. Rev Esp Patol 2005;38:96-98.
- Brannon RB, Houston GD, Meader CL. Adenomatoid hyperplasia of mucous salivary glands: a case involving the retromolar area. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985;60:188-190.
- Chen YK, Lin CC, Lin LM, Yan YH. Adenomatoid hyperplasia in the mandibular retromolar area. Case report. Aust Dent J 1999:44:135-136.
- Bryant C, Manisali M, Barrett AW. Adenomatoid hyperplasia of palatal minor salivary glands. J Laryngol Otol 1996;110:167-169.
- Martínez-Madrigal F, Bosq J, Casiraghi O. Major salivary glands. In: Sternberg SS, editor. Histology for pathologists. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997;p:420.
- Carda C, Carranza M, Arriaga A, Díaz A, et al. Structural differences between alcoholic and diabetic parotid sialosis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10:309-314.
- Dutta SK, Dukehart M, Narang A, Latham PS. Functional and structural changes in parotid glands of alcoholic cirrhotic patients. Gastroenterology 1989;96:510-518.
- Brown FH, Houston GD, Lubow RM, Sagan MA. Adenomatoid hyperplasia of mucous salivary glands: report of two cases. J Periodontol 1987;58:125-127.
- Tagawa S, Inui M, Mori A, Seki Y, et al. Adenomatoid serous hyperplasia of sublingual gland: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1996;82:437-440.