

# Adenoma de células basales de parótida. Caso clínico y revisión de la literatura

Josefina Herrera L.<sup>(1)</sup>, Patricio Cabané T.<sup>(2)</sup>, Claudia Morales H.<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Estudiante de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>(2)</sup>Equipo Cirugía Endocrina, Cabeza y Cuello y Oncológica General, HCUCH.

<sup>(3)</sup>Servicio Anatomía Patológica, HCUCH.

## SUMMARY

**Objetivo:** To report a case of basal cell adenoma in an adult patient. **Introduction:** The basal cell adenoma is a rare tumor, it represents the 1-2% of the major salivary gland tumors. It has a low malignancy rate and a good prognosis, but it has high recurrency. It is typically presented during the fifth decade of life, and its usually as a firm and movable mass of slow growth. **Case Report:** A 58-year-old man with a left parotid tumor of 4 months of evolution, with no other symptoms. A total parotidectomy is performed without any incidents, or sequels. The deferred biopsy showed a basal cell adenoma. **Discussion:** The histopathological analysis is essential for the differential diagnosis with malignant tumors. As there are case reports that shows malignancy of the basal cell adenoma the surgical excision has become the treatment of choice, along with a patient follow-up.

**Fecha recepción: octubre 2014 | Fecha aceptación: diciembre 2014**

## INTRODUCCIÓN

Los tumores de parótida son benignos en la mayoría de los casos (80%), siendo el adenoma pleomorfo y el cistoadenoma (tumor de Warthin) los principales tipos histológicos. Una entidad menos frecuente es el adenoma monomorfo y sus variantes histológicas, entre ellas: tubular, células claras y células basales<sup>(1)</sup>, siendo el último tipo, el reportado en el presente trabajo.

El adenoma de células basales de glándulas salivales es un tumor raro, cuyo comportamiento es de baja malignidad y buen pronóstico; sin embargo, presenta una alta tasa de recurrencia. Su localización más frecuente es en la glándula parótida, aunque puede

presentarse en todas las glándulas salivales<sup>(2,3)</sup>. El adenoma de células basales representa alrededor del 50% de los adenomas monomorfos según distintas series de estudios descriptivos y globalmente corresponde a un 1-2% de los tumores de glándulas salivales mayores. Se dan con mayor frecuencia a partir de la quinta década de vida, teniendo una mayor prevalencia en el sexo femenino<sup>(4)</sup>. En términos histológicos, es característica la presencia de una capa celular basaloide, con patrón en empalizada, rodeada de matriz hialina y ausencia de células mioepiteliales a diferencia de los adenomas mixtos<sup>(5)</sup>.

Los adenomas de células basales pueden dividirse en cuatro subtipos en base a su morfología histológica: sólido, trabecular, tubular y membranoso.

A pesar de estos diferentes patrones morfológicos, poseen las características histológicas ya mencionadas en común lo que facilita su diagnóstico<sup>(6)</sup>.

El diagnóstico diferencial con otros tumores de pronósticos diferentes, como el adenoma pleomorfo o el adenocarcinoma, hace necesario considerar esta entidad dentro del proceso diagnóstico y terapéutico, al enfrentar un paciente con tumor de glándula salival. A continuación se presenta un caso clínico de adenoma de células basales y revisión de la literatura.

### CASO CLÍNICO

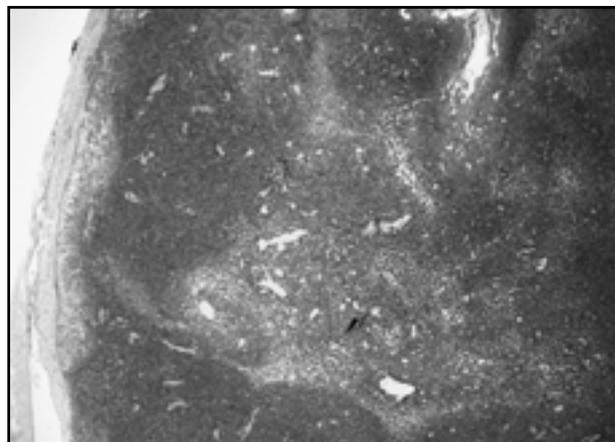
Paciente de sexo masculino, de 58 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por aumento de volumen preauricular izquierdo de 4 meses de evolución. Sin dolor, parálisis facial, ni alteraciones en la piel. Es estudiado con ecotomografía de partes blandas que confirma lesión nodular intraparotídea izquierda, hipocogénica, con refuerzo posterior, relativamente bien delimitada que mide aproximadamente 2,9 x 2,6 cms de diámetro. Con aumento de vascularización periférica, sin calcificaciones en su espesor. No se observan adenopatías periparotídeas ni cervicales.

Se planifica parotidectomía suprafacial izquierda con diagnóstico probable de adenoma pleomorfo de parótida izquierda.

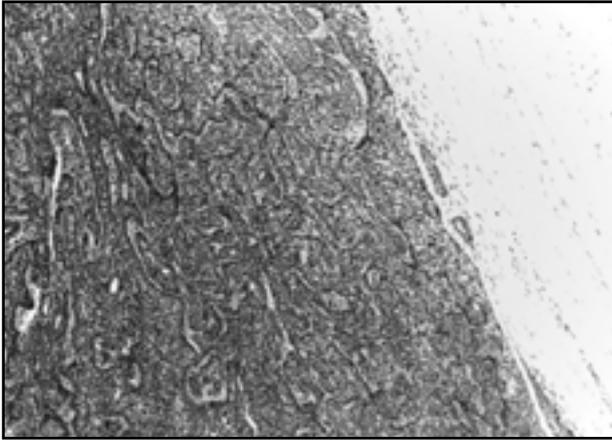
Mediante incisión preauricular en S itálica con extensión cervical, se identifica tronco del nervio facial a 1 cm por sobre intersección de vientre posterior de músculo digástrico y músculo esternocleidomastoideo. Siguiendo y respetando cada una de sus ramas, se reseca por completo parótida suprafacial y se envía a biopsia intraoperatoria, la cual es informada como tumor parotídeo de aspecto benigno, pero con área sospechosa de infiltración vascular. Por esta razón, se decide realizar parotidectomía total con preservación de nervio facial.

El paciente tuvo un postoperatorio sin inconvenientes; el débito del drenaje fue 60 y 35 cc al día, siendo dado de alta a las 48 horas postoperatorias. Presentó paresia leve de rama zigomática del nervio facial izquierdo (tipo II según House-Brackman), con movilidad completa (cierre ocular sin dificultad), sin deformación facial evidente.

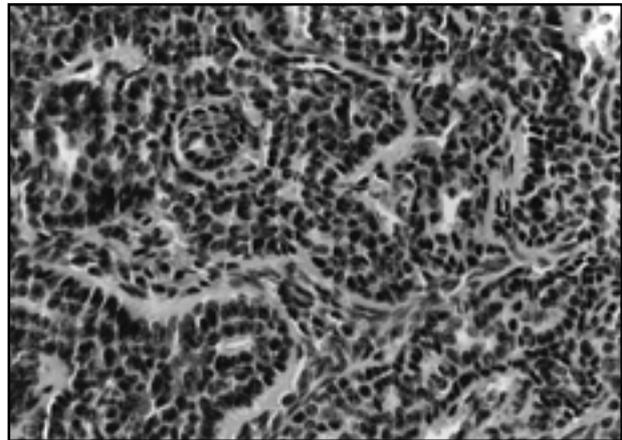
La biopsia definitiva informa adenoma de células basales, descartando la sospecha de infiltración vascular. Se describe una proliferación dispuesta en nidos, sábanas, trabéculas y formaciones pseudoglandulares con células con núcleos redondeados y ovoideos, de cromatina fina, con nucléolo prominente, sin evidente actividad mitótica. Bien delimitado, con formación de empalizadas focales, rodeada por una fina capa de tejido fibroso (Figuras 1, 2 y 3). Se realizó tinciones complementarias de IHQ para keratina (positivo en células proliferadas), actina (positivo en células proliferadas, especialmente en áreas de empalizada), S-100 (positivo irregular en células proliferadas) y Ki-67 (positivo en < del 5% de las células proliferadas). El resto del tejido parotídeo fue informado como normal.



**Figura 1:** Hematoxilina-eosina (20x). Se observa una neoplasia epitelial de borde expansivo.



**Figura 2.** Hematoxilina-eosina (40x). Se observa una neoplasia epitelial de borde expansivo, junto a tejido fibroso.



**Figura 3.** Hematoxilina-eosina (400x). Se observa proliferación epitelial en brotes sólidos trabeculares, núcleos ovoides homogéneos y escaso citoplasma sin atipias.

## DISCUSIÓN

En el conjunto de los adenomas de glándulas salivales, los monomorfos son muy infrecuentes y corresponden a todos los tumores benignos de origen epitelial que no son adenomas pleomorfos. Dentro de este grupo se clasifica el adenoma de células basales. Clínicamente el adenoma de células basales puede simular un mucocele y en pacientes jóvenes tienen predilección por el labio superior<sup>(2)</sup>.

El diagnóstico del adenoma monomorfo requiere estudio histopatológico, por lo tanto, la biopsia es el método más preciso para su diagnóstico, aunque la PAAF es un método aceptable cuando el tumor es abordable por dicha técnica.

El caso presentado concuerda histológicamente con lo descrito en la literatura; sin embargo, es fundamental el análisis histopatológico para hacer descartar la presencia de entidades malignas como el adenocarcinoma de células basales, carcinoma adenoide quístico y el carcinoma de células escamosas basalioides y para ello los marcadores toman un rol fundamental y necesario<sup>(6,7)</sup>. Se han reportado casos de malignización del adenoma de células basales, por lo que el tratamiento de elección es la excisión quirúrgica: parotidectomía suprafacial o total en aquellos casos de variedad histológica

membranosa en que se ha observado multicentricidad, recurrencia y transformación maligna, siendo por lo mismo fundamental no incidir la cápsula<sup>(8)</sup>.

A nivel nacional sólo se ha reportado un caso de adenoma de células basales en una revisión de 123 casos de tumores de glándulas salivales en un lapso de 20 años, donde sólo se describe que fue extirpado quirúrgicamente sin especificar si fue una parotidectomía suprafacial o total, ni hacer referencia a su seguimiento<sup>(9)</sup>.

## CONCLUSIÓN

El adenoma de células basales corresponde a una neoplasia epitelial benigna de apariencia histológica monomorfe y uniforme, donde predominan células basalioides sin la presencia de un componente mixo-condroide del tumor mixto. Si bien corresponde a un tumor benigno, es siempre necesario realizar el diagnóstico diferencial con algunas entidades de pronóstico desfavorable como el adenocarcinoma y/o carcinoma de células escamosas a través del estudio anatomopatológico.

Siendo un tumor de baja frecuencia, que ha demostrado bajas tasas de malignización, en concordancia con la literatura y considerando el

poco conocimiento sobre su comportamiento biológico, parece lo más prudente realizar seguimiento exhaustivo de los pacientes intervenidos

con este tipo histológico para detectar de forma precoz eventuales recurrencias y/o malignización.

## REFERENCIAS

1. Seifert G, Sobin LH. Histological classification of salivary gland tumours. World Health Organization. International histological classification of tumors. Berlin: Springer-Verlag, 1991.
2. Bernacki EG, Batsakis JG, Johns ME. Basal cell adenoma. Distinctive tumor of salivary glands. Arch Otolaryngol 1974;99:84-8.
3. Mintz GA, Abrams AM, Melrose RJ. Monomorphic adenomas of the major and minor salivary glands. Report of twenty-one cases and review of the literature. Oral Surg 1982;53:375-86.
4. Luna MA, Tortoledo ME, Allen M. Salivary termal analogue tumors arising in lymph nodes. Cancer 1987;59:212-24.
5. Nagao K, Matsuzaki O, Saiga H, Sugano I, Shigematsu H, Kaneko T *et al.* Histopathologic studies of basal cell adenoma of the parotid gland. Cancer 1982;50:736-45.
6. Trackay AC, Sobin LH. Histological typing of salivary gland tumours. World Health Organization. International histological classification of tumores. Geneva: The Organization, 1972.
7. Min BH, Miller AS, Leifer C, Putong PB. Basal cell adenoma of the parotid gland. Arch Otolaryngol 1974;99:88-93.
8. Evans RW, Cruickshank AH. Epithelial tumors of the salivary glands. Major Probl Pathol 1970;1:1-299.
9. Carlos Celedón L, Juan Pablo Ojeda Z, Milena Agurto V, Christian Olavarría L, Alejandro Paredes W, Erich Niklischek B. Tumores de glándulas salivales. Experiencia de 20 años. Rev Otorrinolaringol Cir Cabuello 2002;62:255-64.



### CORRESPONDENCIA

Josefina Herrera Lombera

Fono: 08 5050843

E-mail: josefina.ihl@gmail.com