

Adenoma tubulo-trabecular de células basales de localización nasofaringea

*Piñeiro L. M.,
G. Cortés M. J.,
Paradela A. *,
Blanco L. M.,
Cabanas L. A.,*

Servicio ORL- Servicio Anatomía Patológica
Complejo Hospitalario de Ourense*

INTRODUCCIÓN

El adenoma de células basales, es un tumor epitelial, benigno, de células basaloides, monomórficas, con prominentes estructuras semejantes a la lámina basal, y sin componente estromal mucoso, como en el adenoma pleomórfico (11).

CASO CLINICO

Mujer de 51 años sin alérgias medicamentosas ni hábitos tóxicos conocidos, con antecedentes de: trasplante renal normofuncionante, Diabetes Mellitus secundaria a tratamiento esteroideo, HTA, dislipemia, infecciones urinarias de repetición y sepsis urinaria en una ocasión, tuberculosis tratada, bocio multinodular normofuncionante, 2 legrados por metrorragias, amigdalectomía. A tratamiento con prednisona, ciclosporina A, ácido acetil salicílico, beta-bloqueantes, insulina, ciprofloxacino, etc.

Remitida por el Servicio de Neumología donde se encuentra ingresada por un proceso neumónico agudo, para valoración de acúfenos e hipoacusia de varios días de evolución.

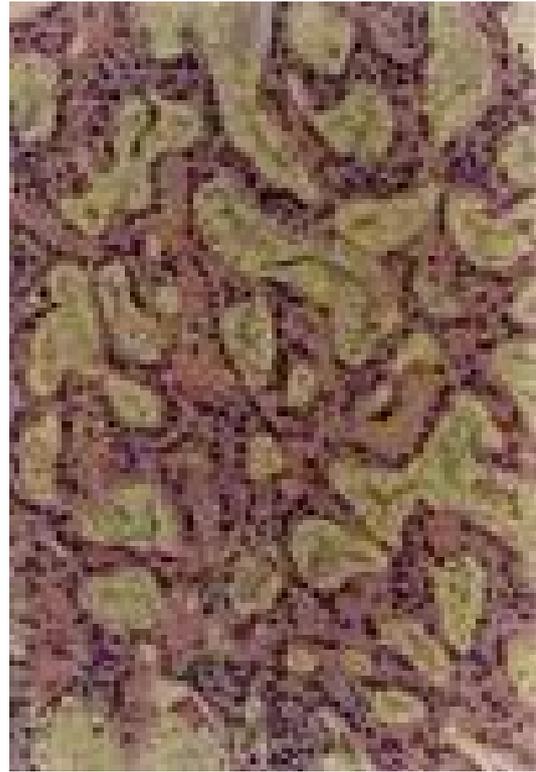
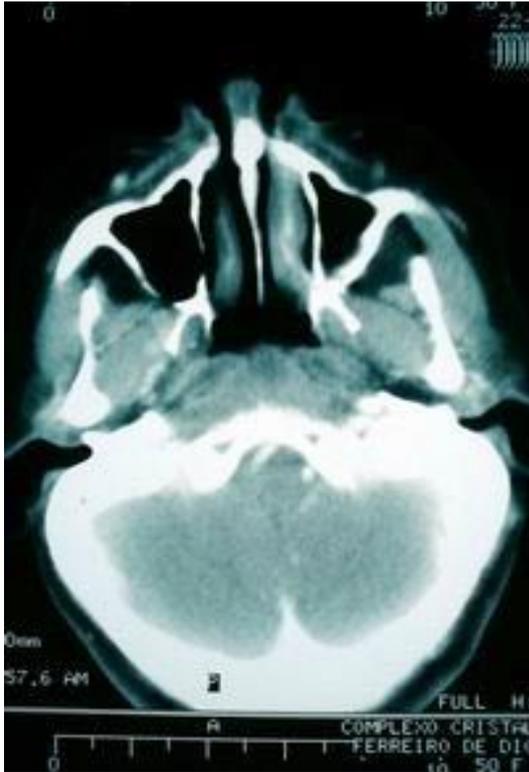
A la exploración física ORL se aprecia una otitis serosa bilateral con faringo-laringoscopia normal; se realiza nasofibroscopia para visualización de cavum observándose una masa polilobulada de coloración blanco-rosada, con mucosa conservada que ocupa la pared posterior del cavum prácticamente en su totalidad alcanzando en su margen izquierdo el límite del rodete tubárico ipsilateral, siendo la porción central de aspecto sólido con una zona inflamatoria polipoidea adyacente.



Nasofibroscopia:

1. *Tumoración.*
2. *Zona inflamatoria polipoidea.*
3. *Rodete tubárico.*

Se realizó TAC de cavum y senos paranasales para estudio de extensión confirmando únicamente la presencia de la lesión, sin signos de infiltración en profundidad y/o extensión ganglionar. El estudio anátomo-patológico reveló la naturaleza glandular de la lesión que fue informada como adenoma túbulo-trabecular de células basales.



DISCUSIÓN

Aún cuando la distribución de los tumores de las glándulas salivares varía de serie en serie se estima que: un 80% asientan en la glándula parótida, de 10% a 15% en la glándula submaxilar, y del 5% al 10% en las glándulas sublingual y glándulas salivares menores. En la mayoría de las series se refiere que un 70% a 80% de las tumoraciones parotídeas son benignas, un 40% a 60% en la glándula submaxilar, y en menos del 40% en las glándulas salivares menores y sublingual (9).

Históricamente las glándulas seromucosas sitas en el tracto nasosinusal (así como en la laringe), son marcadamente similares a las glándulas salivares menores. Aunque las secreciones de éstas no son referidas como saliva, desde el punto de vista oncogénico y oncológico algunos autores (8) incluyen éstas glándulas como equivalentes a las glándulas salivares menores. Desde este punto de vista, los tumores de glándulas salivares hasta ahora revisados, y algunos más, diferentes y propios de estas localizaciones pueden incluirse dentro del grupo genérico de glándulas salivares laringeas, y nasosinusales (7).

El adenoma de células basales representa: del 1% al 3% de la mayoría de las neoplasias de glándulas salivares mayores para algunos autores (4,14,15), y para otros constituyen entre el 1,8% al 7,5% (10,6).

Aún cuando es más frecuente en mujeres mayores de 60 años de edad, el amplio rango de distribución

de edades (32 a 87a), indica que el adenoma de células basales debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de los tumores de glándulas salivares aún en personas de la 8^a, 9^a décadas de la vida (2,15). Existe una predilección por las glándulas salivares mayores, sobre todo la parótida 70% (3,9), y es típica su localización en el labio superior (5).

El adenoma de células basales tiene tres patrones básicos: túbulo-trabecular, sólido y membranoso (2). El tipo túbulo-trabecular y el sólido, frecuentemente se combinan demostrando que no hay una línea divisoria entre estos tipos histológicos. Microscópicamente el tumor está compuesto por células con núcleo oscuro, redondeado u ovalado, y escaso citoplasma basófilo. Las células se disponen en nidos sólidos, y en cordones con hileras periféricas en empalizada. El adenoma de células basales de tipo membranoso frecuentemente es multicéntrico, multinodular en apariencia, esto último le confiere capacidad invasora.

El adenoma de células basales a veces ha sido confundido con el carcinoma adenoideo quístico. Hay dos características que ayudan a distinguir estas lesiones: una es la circunscripción del adenoma de células basales, la cual contrasta con el patrón invasor del carcinoma adenoideo quístico. La otra es la ausencia de vascularización en las áreas microquísticas del carcinoma adenoideo quístico, lo cual contrasta con los numerosos canales vasculares en el adenoma de células basales.

La tasa de recurrencia en las variantes sólido, y túbulo-trabecular es casi inexistente (2). Esto contrasta

con la alta tasa de recurrencia del tipo membranoso, 24% según unos autores (2), y 25%-37% según otros (1), lo cual es resultado de su multicentricidad. La transformación maligna es más frecuente en el tipo membranoso que en los otros tipos.

La excisión tumoral es el tratamiento adecuado, aunque algunos autores han recomendado guardar las mismas precauciones respecto a tejido circundante que en los tumores mixtos (12, 13).

BIBLIOGRAFIA:

- 1 Batsakis J.G., Branon R. B., Sciubba J. J., "Monomorphic adenomas of major salivary glands. A histologic study of 96 tumors". *Clin. Otolaryngol.*, 6: 129-143. 1981.
- 2 Batsakis J.G., Luna M.A., El-Nagger A. K. "Basaloid monomorphic adenomas". *Ann Otol. Rhinol. Laryngol.* 1991; 100: 687-690.
- 3 Daley T. D., Gardner D. G., Smout M.S. "Canalicular adenoma: Not a basal cell adenoma". *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 57: 181-188. 1984.
- 4 Ellis G.L., Auclair P.L. "Tumors of the salivary glands. Atlas of tumor pathology. Third series". Fasc 17. Washington D.C.: Armed Forces Institute of Pathology. 1996.
- 5 Ellis G.L., Auclair P.L. Gnepp D.R. "Surgical Pathology of the salivary glands". W. B. Saunders Co. 1991.
- 6 Fantasia J.E., Neville B.W. "Basal cell adenomas of the minor glands". *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 50: 433-440. 1980.
- 7 Fraile J.J., Martínez R., Yusc. "Adenoma pleomorfo de tabique nasal". *Acta Otorrinolaringol. Esp.* 44, 3: 239-241. 1993.
- 8 Heffner D.K. "Sinonasal and laryngeal gland lesions". En Ellis G.L., Auclair P.L. Gnepp D.R. "Surgical Pathology of the salivary glands". W. B. Saunders Co. 1991.
- 9 Johns M.E., Nachlas N.E. "Tumores de las glándulas salivares". En *Otorrinolaringología*. Ed. Med. Panamericana. Paparella. Shumrick. Gluckman. Meyerhoff. Vol. III. Cap. 20: 2450. 1994.
- 10 Kleinssasser O., Klein H.J., "Basalzellenadenoma der Speicheldrüsen". *Arch. Klin. Exp. Ohren Nasen Kehlkopfhelkd.* 189: 302-316. 1967.
- 11 Luna Sotura M.A., Pineda Daboin K.M. "Anatomía Patológica de los tumores de glándulas salivares". En *Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*. Ed. Proyectos Médicos. Oviedo. C. Suarez Nieto. 2000. Tomo IV. Cap. 220: 3128.
- 12 Nagao K., Matsuzaki O., Saiga H. y Cols. "Histopathologic studies of basal cell adenoma of the parotid gland". *Cancer* 50: 736-745. 1982.
- 13 Ogawa I., Nikai H. Takata T. y Cols. "The cellular

composition of basal cell adenoma of the parotid gland: an immunohistochemical analysis". Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 70: 619-626. 1990.

- 14 Seifert G., Michlke A., Hambrich J., Chilla R. "Disease of the salivary glands: pathology, diagnosis, treatment, facial nerve surgery". Stuttgart: George Thieme, 1986.
- 15 Seifert G. "Histological typing of salivary gland tumors". World Health Organization. International Histological Classification of Tumors, 2nd ed. Berlin. Springer-Verlag, 1991.