

HOSPITAL UNIVERSITARIO
“CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

TUMOR DE CÉLULAS ACINARES DE GLÁNDULA SALIVAL. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE.

Por:

Dr. Alfredo Herrera Artiles¹, Dra. Ileana Puig Reyes¹ y Alum. Yeny Herrera Méndez²

1. Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Asistente. ISCM-VC.
2. Alumna de 4to año de Estomatología.

Descriptores DeCS:

NEOPLASMAS DE LAS GLANDULAS
SALIVALES
CARCINOMA DE CELULA ACINAR

Subject headings:

SALIVARY GLAND NEOPLASMS
CARCINOMA ACINAR CELL

El tumor de células acinares de glándula salival debe su nombre a que está compuesto por células que se asemejan histológicamente a las células serosas normales de esta glándula¹.

Es un tumor poco frecuente, representa el 2 % de los tumores de las glándulas salivales, y se localizan sobre todo en las parótidas; el resto, en las glándulas submaxilares y raramente en las glándulas salivales menores^{1,2}.

Se presenta en adultos, sin diferencia en el sexo, como lesiones pequeñas, bien definidas y de crecimiento lento; pueden ser bilaterales o multicéntricas. En general, la recurrencia tras la resección es infrecuente; del 10 al 15 % pueden producir metástasis¹⁻³.

En el caso que presentamos, el tumor se localiza en la glándula submaxilar izquierda; se realiza resección quirúrgica amplia sin disección cervical.

Presentación del paciente

Paciente masculino de 61 años de edad, raza blanca, con antecedentes de hipertensión arterial, que asiste al médico de la familia por una “pelotica en el cuello”, la cual refiere que se la detectó hace tres meses, y era dolorosa a la palpación.

Se le impone tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos por siete días, y se cita nuevamente a consulta, donde se observa que persiste el aumento de volumen. Es remitido a Oncología, y al examen físico se observa lesión de aspecto tumoral en relación con la glándula submaxilar izquierda, movable no dolorosa, de aproximadamente 2 cm.

El resto de los estudios eran normales. Se decide la exéresis quirúrgica; el paciente evoluciona satisfactoriamente, y es egresado a los tres días de la intervención.

Hallazgos anatomopatológicos:

Descripción macroscópica: Masa de tejido irregular de 5 x 3 cm, constituida por tejido muscular y adiposo, donde se observa glándula salival que presenta, hacia uno de sus extremos, una

formación nodular, bien delimitada, redondeada, de 1,2 cm de diámetro, que muestra al corte color grisáceo, aspecto sólido y aparentemente encapsulado.

Descripción microscópica: Tumor de glándula salival compuesto por cordones de células redondas a poligonales, de citoplasma basófilo finamente granuloso, con núcleos pequeños, regulares y redondeados. En el delicado y escaso estroma existente entre los cordones de células, se observa un infiltrado inflamatorio con predominio linfocitario. La lesión se encuentra bien delimitada del tejido glandular normal por una fina cápsula fibrosa. Se observan escasas mitosis.

Conclusión diagnóstica: Tumor de células acinares de glándula salival.

Comentario

A pesar del parecido de las células tumorales con las células serosas normales de las glándulas salivales, se cree que esta neoplasia se origina en las células ductales multipotenciales intercaladas³. Representan el 2 % de los tumores de las glándulas salivales. Del 80 al 85 % se localizan en las parótidas, de un 10 a un 15 % en glándulas submaxilares y menos del 5 % en glándulas salivales menores. Se presentan siempre como lesiones pequeñas, de crecimiento lento y bien delimitadas; el 3 % de los casos pueden ser bilaterales o multicéntricos, sobre todo los situados en las glándulas parótidas^{1,3,4}.

A la observación macroscópica este tumor se presenta como un nódulo encapsulado, redondeado, con una superficie de corte sólida, blancogrisácea. Ocasionalmente sufren degeneración quística y pueden tener áreas de necrosis y hemorragia^{1,3,4}.

Histológicamente presentan forma y estructura celular variable. Las células son redondas, poligonales, o ambas, de citoplasma con granularidad basofílica similares a las de las células serosas normales de las glándulas salivales. Estas células pueden tener también un citoplasma de aspecto claro y vacuolado. Los núcleos son pequeños, regulares y de localización central en el citoplasma. Las células tumorales se disponen en láminas o siguen un patrón microquístico, en el que pueden proyectarse papilas o un patrón glandular con apariencia de conductos intercalados. En algunas neoplasias puede observarse un infiltrado linfocitario del estroma e, incluso, folículos linfocitarios con centros germinales en la periferia del tumor^{1,3,4}.

Generalmente la anaplasia es escasa y hay pocas mitosis, pero en ocasiones algunos tumores son ligeramente más pleomórficos^{3,5}. Lamentablemente el comportamiento biológico resulta difícil de predecir por el aspecto histológico, por lo que parece adecuado considerar estos tumores como potencialmente malignos³⁻⁵.

En general, la recurrencia tras la resección es poco frecuente, pero de un 10 a un 15 % de ellas producen metástasis en ganglios linfáticos regionales. La tasa de supervivencia es del 90 % a los cinco años, y del 60% a los veinte^{1,6}.

Se recomiendan escisiones locales amplias. La disección cervical no parece estar justificada, a menos que haya ganglios clínicamente comprometidos. La radioterapia no ha probado ser efectiva para estas neoplasias^{5,6}.

Referencias bibliográficas

1. Cotran RS, Kumar V, Collins T. En: Robbins patología estructural y funcional. 6ª ed. Madrid; Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. p. 789-807.
2. Palacios Ortega JI, Lozano Orella JA, Ayala Gutiérrez H, Castro Morrondo J. Tumores de glándulas salivales. MMWR [en línea] 2003 Feb 3 [fecha de acceso 24 de junio de 2003]. URL disponible en:
<http://www.SecPre.org/documentos%20manual%2036.html>
3. Nagler RM, Laufer D. Tumors of the major and minor salivary glands: review of 25 years of experience. Anticancer Res 1997;17:701-3.
4. López MA, Fowaski LP, Da Cunha Santos G. A clinicopathologic study of 196 intraoral minor salivary gland tumor. J Oral Pathol Med 2000;29:264-7.
5. Harbo G, Bondgaard J, Pedersen D, Sogaard H, Overgaard J. Prognostic indicators for malignant tumour of the parotid gland. Clin Otolaryngol 2002;27(6):512-6.
6. Ferrer C, Ramos V, Ferrer E, Sancho R. Papel de la radioterapia en las neoplasias de las glándulas salivales. J Oral Pathol Med 1999;3:207-21.