

UN CASO DE ADENOMIOEPITELIOMA APOCRINO DE LA CAVIDAD BUCAL.

OLAF SANDNER M.*

OSCAR REYES**

El adenomioepitelioma apocrino es un tumor de origen glandular caracterizado por una proliferación de células mioepiteliales y de otras secretoras con signos de decapitación apocrina. Su comportamiento es benigno aunque hay casos descritos de malignización (2) (5). Ha sido designado con los siguientes nombres: Adenomioepitelioma apocrino (Bhaskar y Weinemann 1955),⁴ (Langer 1958),⁵ Mioepitelioma (Sheldon 1941),⁶ Mioepitelioma apocrino (Lever 1964),⁷ tumor mioepitelial (Bauer 1945).³

La primera descripción como tumor independiente de los sialoadenomas pleomorfos la hizo Sheldon en 1941,⁹ esta comunicación fue algo discutida por no haberse podido, en aquella ocasión, comprobar histoquímicamente con toda certeza el origen mioepitelial de los elementos más importantes de esta neoplasia. Muchos autores^{6, 5} lo relacionan íntimamente con los sialoadenomas peomorfos (tumores mixtos), con una exagerada proliferación de células mioepiteliales. Bauer y Fox (1958)³ lo describen como una variedad de cilindroma y otros en fin, lo consideran una variedad de Hidroadenoma nodular polimorfo apocrino (Rock, Wilkinson y Ebling; 1968).⁸

Este tumor es descrito generalmente como una neoplasia de la piel, siendo su origen las glándulas sudoríparas apocrinas (Lever)⁷ (Andrews, Kerdel-Vegas y Domonkos);¹ igualmente se citan casos en las glándulas mamarias y con respecto a las glándulas salivales, sólo se han descrito a

* Profesor asociado de la Cátedra de Cirugía Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela y jefe del Servicio de Cirugía Estomatológica del Hospital Universitario de Caracas.

** Profesor agregado de la Cátedra de Dermatología y Sifilografía de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela y jefe de la Sección Histopatológica del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas.

nivel de las glándulas parótidas (Langer),⁶ (Rauch).² En lo que respecta la cavidad bucal, no hemos podido encontrar referencia alguna de este tipo de neoplasia, según la literatura médica a nuestro alcance, igualmente no hemos visto publicación de mioepiteliomas situados a nivel de membranas mucosas.

El mioepitelio está formado por células de origen epitelial, colocadas en la membrana basal de las células excretoras que componen los ácinos glandulares (Korbzellen de los alemanes). Su forma es estrellada, plana y se disponen a modo de malla sin tocarse sus extremos, envolviendo los diferentes acinos glandulares. Se encuentran en todas las glándulas de origen epitelial a excepción de las cebáceas. En las glándulas salivales es muy abundante, pudiéndose observar que en las de tipo seroso, estos elementos se hallan algo separados mientras que en las glándulas mucosas, éste se encuentra formando una capa compacta. Su función consiste en contraerse bajo efecto simpático, con el fin de exprimir, por decirlo así, la glándula correspondiente, hecho éste que sólo ha sido comprobado en animales de experimentación. (Rauch).² La primera descripción de este interesante elemento glandular se lo debemos a Engelman en el año de 1871, luego Unna, publica diez años después la teoría secretora, basada en la contracción de la glándula y luego Renaut en 1897, le asigna el nombre de mioepitelio (referencia Rauch).²

Clínicamente el adenomioepitelioma apocrino, se manifiesta como un tumor lobulado que no suele pasar de unos centímetros de tamaño, no muestra infiltración profunda, mostrándose generalmente encapsulado y colocado inmediatamente debajo de la piel. En ocasiones perfora el tegumento dejando ver entonces una masa rosada de aspecto granulomatoso.^{7,1,5} Las descripciones hechas de esta neoplasia encontrada a nivel de la parótida, nos recuerda el cuadro de los sialoadenomas pleomorfos benignos, A pesar de que la mayoría de los autores consideran este proceso como benigno, Bauer y Bauer (ref. en 2) aseguran que el 50% de los casos malignizan, transformándose en carcinomas mioepiteliales, estos autores sólo se refieren a casos encontrados a nivel de las glándulas salivales, pero al respecto, Langer⁶ cree que se ha tratado en los citados casos de francos cilindromas y no de mioepiteliomas.

HISTOPATOLOGIA

El estudio histológico revela un tumor bien circunscrito, formando masas lobuladas donde se observan una serie de luces glandulares llenas de una sustancia homogénea, tapizadas regularmente por células de origen glandular, de forma cilíndrica o cúbica, observándose en algunas, signos de secreción por decapitación. Por fuera de estos elementos se ve una densa masa de células ovoides igualmente de origen epitelial. Este último grupo de células por estar colocadas por fuera de las secretoras son consideradas de origen mioepitelial. (Langer)⁶ (Lever).⁵

CASO CLINICO

Paciente G. B. (Historia Clínica N° 42 38, - Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela), de 68 años de edad, sexo femenino, raza blanca, casada, oficios del hogar y natural de Caracas. Nos fue enviada por un odontólogo a nuestro Servicio de Cirugía Estomatológica de la Facultad de Odontología, por presentar una tumoración a nivel del paladar duro que según el paciente, data desde hace tres semanas (?) y no causa sintomatología alguna. La paciente no acusa antecedentes patológicos de importancia y sus exámenes de laboratorio están dentro de los límites de la normalidad. Refiere ser fumadora discreta. (Fig. 1).

La paciente presenta en la línea media del paladar duro, ligeramente hacia la izquierda y casi en su límite posterior, un tumorcito plano que se levanta nítidamente de la mucosa sana circunvecina, de menos de un centímetro de diámetro, es redondo de bordes bien definidos y sin infiltración vecina apreciable. La mucosa que lo recubre es delgada y blanquecina y ligeramente ulcerada en un punto, no es sangrante ni presenta sintomatología alguna. No se palpan adenopatías concomitantes. El resto de la boca es normal, exceptuando una serie de secuestros dentales, periodontitis marginal y caries múltiples superficiales y profundas. Su higiene bucal se nota precaria.

Se hicieron los siguientes diagnósticos de estudio: A) Fibroma, B) Cilindroma, C) Papiloma.

Se efectuó biopsia extirpación procesándose el material en la Sección Histopatológica del Servicio de Dermatología y Sifilografía del Hospital Universitario de Caracas: El estudio histopatológico mostró un cuadro muy interesante, se encuentra un denso conglomerado celular



Fig. 1. Adenomyoepitelioma apocrino situado en el paladar. Tumor plano, que levanta la mucosa, perforándola en un sitio, dejando salir una masa granulosa. No hay síntomas.

en la dermis superior y media de marcada densidad, formado por células redondas y ovoides muy juntas las unas de las otras. Por otra parte hay una serie de cavidades de diferentes tamaños, desde la más pequeña hasta grandes, llenas de una sustancia amorfa homogénea que presenta un aspecto francamente quístico, estas están tapizadas por una serie de células cuboides y rectangulares que lo revisten por dentro de una matrea uniforme. Algunas de ellas presentan fenómenos de decapitación. Estas células son epiteliales y están sostenidas por detrás, por decirlo así, por otro tipo de célula, igualmente de origen epitelial pero francamente alargadas. Estas células llenan la mayor parte del espacio intercavidades y poseen un citoplasma abundante. El contenido de las cavidades es una masa amorfa basófila. Hay escasas células inflamatorias. (Fig. 2).

A la coloración de PAS, observamos que el contenido de las cavidades es fuertemente positivo al igual que la sustancia intercelular existente entre las células planas. (Fig. 3).

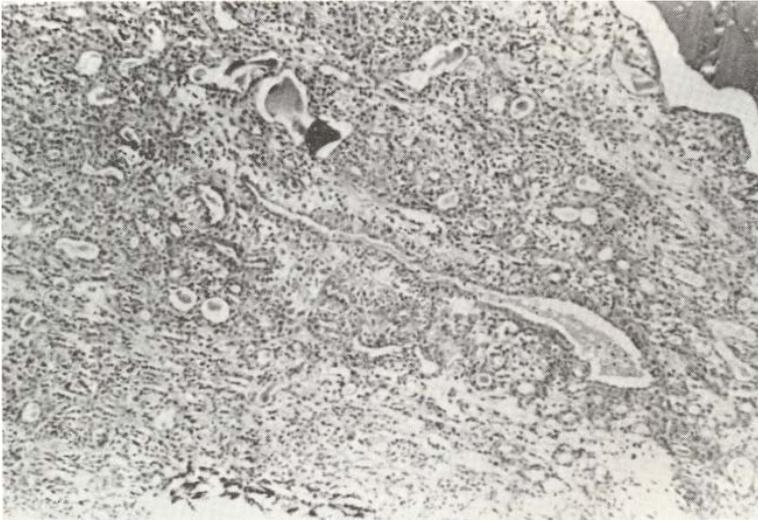


Fig. 2-A

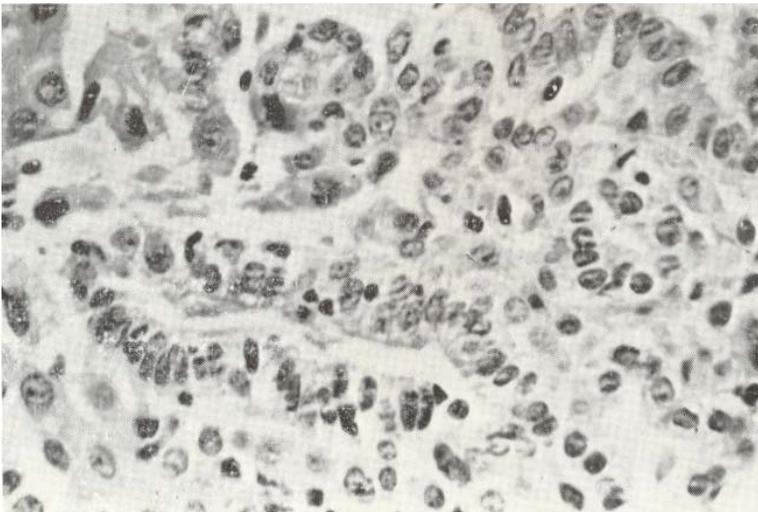


Fig.2-B

Adenomioepitelioja apocrino. Coloración hematoxilina eosina.

A. (200 aumentos). Denso conglomerado celular formado por células redondas y ovoides muy juntas las unas de las otras. Hay una serie de cavidades de diferentes tamaños, llenas de una sustancia homogénea amorfa de aspecto francamente quístico.

B. (1000 aumentos inmersión). Las cavidades están tapizadas por células cúbicas y rectangulares que las revisten uniformemente. Algunas muestran signos de decapitación. Por fuera de ellas se encuentran otro tipo de célula, alargadas y poseedoras de abundante citoplasma. Ambas células son de origen epitelial.

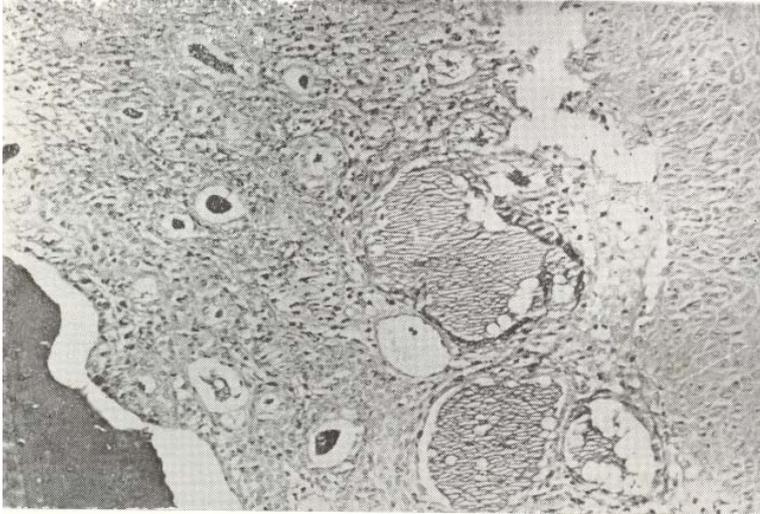


Fig. 3. Adenomioepitelioma apocrino. Coloración PAS. El contenido de los espacios de aspecto quístico es fuertemente positivo al igual que la sustancia intercelular existente entre las células planas. (200 aumentos).

A la coloración de Azul de toluidina no se observa metacromancia ni del tipo beta ni del tipo gamma, el contenido de las cavidades es ortocromático. (Fig. 4).

A la coloración de Azul Alcian se encuentran zonas parcialmente positivas. en el interior de las cavidades. (Fig. 5)

DIAGNOSTICO: Adenomioepitelioma apocrino.

CONCLUSIONES

Tanto por la clínica, pero principalmente por el hallazgo histopatológico, podemos asegurar que nos hallamos ante un adenomioepitelioma apocrino. El cuadro clínico se nos presenta análogo a los casos de piel descritos por diversos autores, como por ejemplo, la forma y tamaño de la tumoración, la perforación y ulceración de la mucosa, su comportamiento no infiltrante ni maligno, etc.^{1, 5, 7} Como se dijo al principio de este trabajo, no hemos podido hallar descripción en la literatura médica

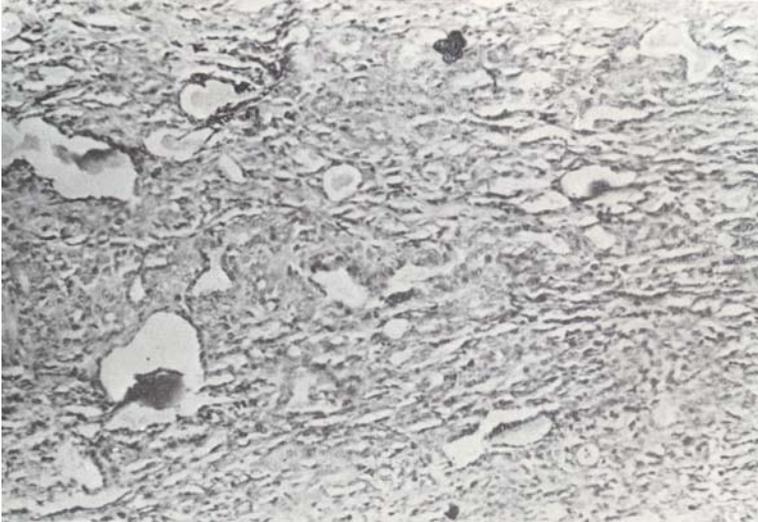


Fig. 4. Adenoidermyoma apocrino. Coloración Azul de Toluidina. No se observa metacromacia ni del tipo beta ni del gama. El Contenido de las cavidades es ligeramente ortocromático. (200 aumentos).

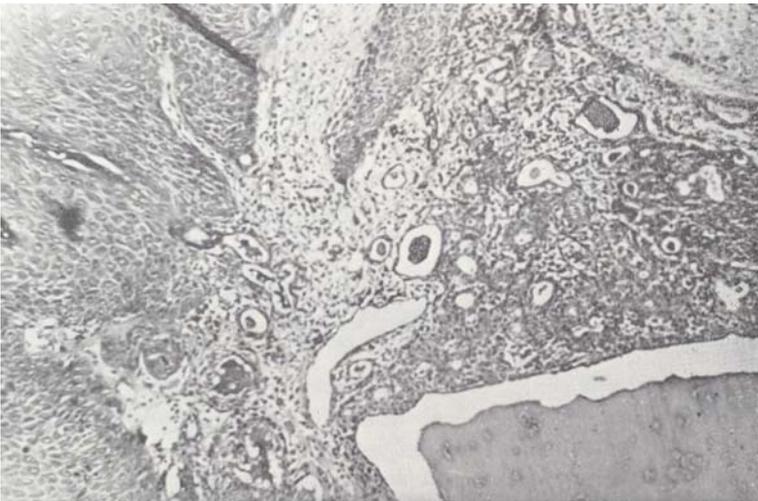


Fig. 5. Adenoidermyoma apocrino. Coloración azul alcian. Se encuentran zonas parcialmente positivas en el interior de las cavidades. 200 aumentos).

al alcance de nosotros, de un tumor de este tipo situado debajo de la mucosa nasal o mejor dicho dentro de la cavidad bucal, sin embargo no es de extrañar este hallazgo ya que el paladar blando y parte posterior del paladar duro, (donde está situado nuestro caso), como también la cara interna o mucosa de los labios, bordes y cara inferior de la lengua, están sembrado de multitud de glándulas salivales mucosas, llamadas accesorias que perfectamente pueden ser asiento del desarrollo de una neoplasia de este tipo.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDREWS, G. C.; KERDEL-VEGAS, F. y DOMONKOS, A. N.: Tratado de Dermatología. Salvat Edit. S. A., Barcelona, 1965.
2. RAUCH, S.: Die Speicheldrüsen des Menschen. Georg Thieme Ver. Stuttgart. 1959.
3. BAUER, W. H. y FOX, R. H.: Arch. Path. 29, 96 (1945).
4. BAUER W. H. and BAUER J. D.: Arch. Path. 55 328 (1953).
5. BASKAR, S. N. y WEINMANN, J. P.: Oral Surg. 8, 1278 (1955).
6. BOYD, W.: Tratado de Patología. Edit. Ateneo, Buenos aires, 1965.
7. LANGER, E.: Histopathologie der Tumoren der Kiefer and der Mundhöhle. Georg Thieme Ver. Stuttgart. 1958.
8. LEVER, W. F.: Histopatología de la Piel. Edit. Científico Médica. Barcelona. 1964,
9. ROOK, A.; WILKINSONS, D. S. y EBLING, F. J. G.: Textbook of Dermatology. Blackwell Scientific Public. Oxford. 1968.
10. SHELDON, W. H.: So-called mixed tumors of the parotid glands. Arch. Path. 35, 1 (1953).

Dirección de los autores:
Grupo Médico Bucaral. Clínica 45
Av. La Salle Los Caobos. CARACAS.