

Carcinoma intraductal de glándula salival menor. Descripción de un caso en paladar blando

Intraductal carcinoma in minor salivary gland. A case report in soft palate

José Emilio Hernández Barceló, Luis Alberto Polo García, Belén Ferri Níguez

RESUMEN

El carcinoma intraductal de glándula salival mayor es un tumor agresivo tanto clínica como citológicamente. En glándula salival menor, son muy raros y a pesar de tener una citología agresiva son tumores con buen comportamiento clínico. Presentamos un caso en paladar blando, fácilmente diagnosticable por la presencia de abundantes células mioepiteliales que rodean conductos con células epiteliales grandes, atípicas, con mitosis y necrosis. Un año después de la extirpación permanece asintomático.

Palabras clave: carcinoma intraductal, células mioepiteliales, S-100, glándula salival menor.

SUMMARY

Intraductal carcinoma of major salivary gland is a very aggressive neoplasm in clinical and cytological grounds. In minor salivary gland it's very rare and have a good clinical evolution irrespective of the cytological aggressivity. We report a case in soft palate, without diagnostics problems by the easy demonstration of myoepithelial cells around all epithelial units. The epithelial cells are large, atypical with mitosis and necrosis. A year later the patient is well.

Key words: intraductal carcinoma, myoepithelial cells, S-100, minor salivary gland.

Rev Esp Patol 2008; 41 (1): 48-50

INTRODUCCIÓN

El carcinoma ductal afecta a glándulas salivares mayores en el 95% de los casos y está caracterizado por nidos epiteliales que recuerdan el carcinoma intraductal de alto grado de mama. Es uno de los tumores malignos más agresivos de glándula salival (1,2). Delgado y col. (3), publican en 1996 una neoplasia de bajo grado citológico, predominantemente intraductal, que recuerda las

lesiones de bajo grado de la mama y que tienen buen pronóstico. Recientemente, Brandwein y col. (4), publica una serie de 16 casos de carcinoma ductal de bajo grado de glándula salival (LGSDC), en la que dos casos presentan zonas de transición entre alto y bajo grado citológico en el componente ductal. Todos los casos menos uno son parotídeos. Hay pocos casos publicados de carcinoma intraductal en glándula salival menor (5-8). La mayoría con atipia moderada o severa y buen comportamiento clínico. Presentamos los hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos de un caso de carcinoma intraductal en glándula salival menor con citología de alto grado.

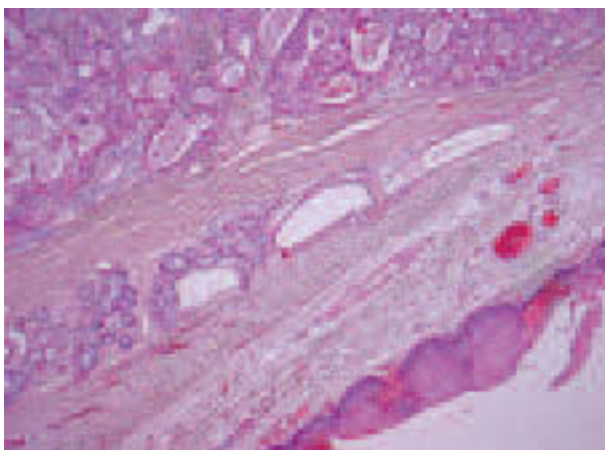


Fig. 1: El margen tumoral es liso, compresivo, en la vecindad de glándula salival menor normal, bajo el epitelio escamoso de la mucosa oral.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un varón de 85 años, con una masa indolora de 6 meses de evolución, en paladar blando, que mide 1,8 cm de diámetro y está revestida de mucosa intacta. Al corte es grisácea, homogénea, bien definida, con algún pequeño quiste. Al microscopio se observa una neoplasia epitelial, con un borde bien definido, liso, constituido por conductos de tamaño variable, a veces muy empaquetados y otras más separados (fig. 1). En los conductos de mayor tamaño, el epitelio es pseudopapilar, cribiforme o fenestrado, con zonas de necrosis que se mezcla con secreción. Las células son grandes, poligo-

Recibido el 16/10/06. Aceptado el 15/3/07.

nales, eosinófilas, con núcleos vesiculosos, nucleolos prominentes y mitosis frecuentes, algunas atípicas (2-3 por 10 CGA) (fig. 2). Bajo el epitelio, se observa una capa de células más pequeñas, de citoplasma poco aparente y núcleo regular sin atipias ni mitosis. A veces estas células forman acúmulos que desplazan las células epiteliales, en los conductos más grandes. En el estudio inmunohistoquímico (tabla 1), se comprueba que las células más pequeñas que rodean todos los conductos son mioepiteliales (fig. 3).

DISCUSIÓN

El interés de este caso reside en que la mayoría de los carcinomas de los conductos, en glándula salival, son parotídeos, de alto grado citológico y muy agresivos. Nuestro caso, a pesar de tener citología de alto grado, es totalmente intraductal, está situado en glándula salival menor y ha tenido un buen comportamiento clínico.

Los tumores intraductales de glándula salival con baja agresividad, comienzan a ser descritos por Anderson (9) con tres casos, a pesar de recidivar dos de ellos, uno intraductal y otro invasor. Estos tumores son probablemente asimilables a los descritos por Delgado (3) como LGSDC, que se caracterizan también por un buen comportamiento clínico. El componente epitelial es de bajo grado, salvo uno, y se tiñe con S100 y 34BE12. El componente mioepitelial es atenuado, pero demostrable con actina y al microscopio electrónico. Recientemente, Brandwein (4) publica 16 casos, en glándula salival mayor, confirmando los hallazgos clínicos, morfológicos e inmunohistoquímicos de Delgado. Dos de sus casos presentan también citología de alto grado en el componente epitelial y focos de microinvasión. Tenemos por tanto que la mayoría de los tumores intraductales de buen comportamiento son citológicamente de bajo grado y situados en glándula salival mayor.

Recientemente Cheuk (6) publica un caso de carcinoma intraductal en glándula salival menor de la cavidad oral y hace una revisión de la literatura. Encuentra tres casos, además del suyo, en glándula salival menor (dos en la lengua y uno en paladar duro). Los cuatro presentan una citología de alto grado en el epitelio, a diferencia de la mayoría de los casos descritos en la glándula salival mayor, pero un comportamiento clínico bueno.

En nuestro caso, desde el punto de vista inmunohistoquímico, las células mioepiteliales se tiñen de forma exclusiva e intensa con vimentina, S100 y actina; de forma intensa, junto con el epitelio, con AE1-AE3, CAM5.2 y 34BE12. No ofrece dificultad su demostración, que en definitiva es lo más importante para clasificar un tumor como intraductal (4). Otros autores utilizan calponina (2) para la demostración de células mioepiteliales. Mención aparte merece la tinción con S100, ya que es positiva en

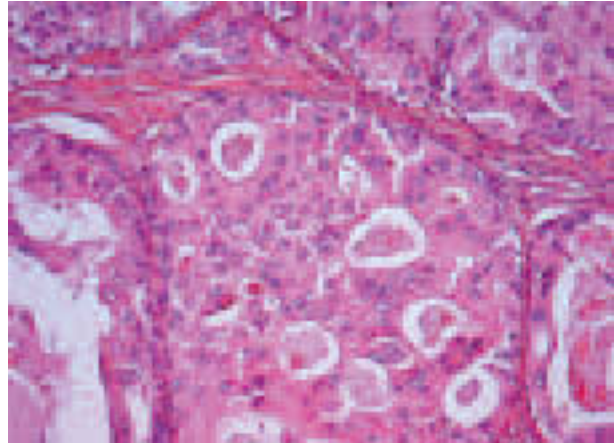


Fig. 2: Conductos grandes, de aspecto cribiforme, con células grandes eosinófilas de aspecto apocrino. Los núcleos presentan nucleolos prominentes y algunas mitosis. En la base del epitelio se aprecian los núcleos de las células mioepiteliales.

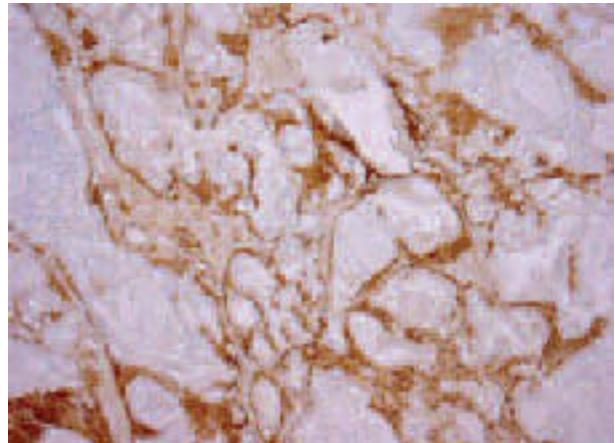


Fig. 3: Demostración con S-100 de las células mioepiteliales que rodean las luces glandulares y conductos, a veces formando acúmulos.

TABLA 1. Relación de anticuerpos empleados y resultados obtenidos en células epiteliales y mioepiteliales

Anticuerpos	Epiteliales	Mioepiteliales
AE1-AE3	+++	++
34BE12	++	+++
S-100	-	+++
CEA	++	-
Actina	-	++
Vimentina	-	++
bcl-2	-	+
p-63	-	++
p-53	-	-
CD-117	-/+	-
HER-2	-/+	-
Andrógenos	+++	-
KI67	30%	-

el epitelio en cinco casos de Delgado (3) y en nueve de Brandwein (4) en sus carcinomas de bajo grado, pero negativa en el 96% de los casos de carcinoma de los conductos salivares de Lewis (2). Delgado (3) utiliza la S100 y citoqueratina de alto peso molecular como demostración de su histogénesis en conductos intercalares. En nuestro caso, S100 es totalmente negativa en el componente epitelial. Respecto a la tinción con receptores hormonales, parece poco útil, pero nuestro caso es fuertemente positivo para receptores androgénicos. Weinreb (10), lo relaciona sobre todo con la diferenciación apocrina, similar a la mamaria (11,12). Recientemente (13), se ha utilizado el polimorfismo del locus del receptor androgénico en el cromosoma X para demostrar el carácter neoplásico (monoclonal) de la adenosis esclerosante poliquística de glándulas salivares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kane WJ, McCaffrey TV, Olsen KD, Lewis JE. Primary parotid malignancies. A clinical and pathologic review. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 117: 307-15.
2. Lewis J, McKinney B, Weiland L et al. Salivary duct carcinoma. Clinicopathologic and immunohistochemical review of 26 cases. *Cancer* 1996; 77: 223-30.
3. Delgado R, Klimstra D, Alvares-Saavedra J. Low grade salivary duct carcinoma: a distinctive variant with a low grade histology and a predominant intraductal growth pattern. *Cancer* 1996; 78: 958-67.
4. Brandwein M, Hille J, Wang B et al. Low grade salivary duct carcinoma. Description of 16 cases. *Am J Surg Pathol*; 28: 1040-4.
5. Chen KT. Intraductal carcinoma of the minor salivary gland. *J Laryngol Otol* 1983; 97: 189-91.
6. Cheuk W, Miliauskas JR, Chan J. Intraductal carcinoma of the oral cavity. A case report and a reappraisal of the concept of pure ductal carcinoma in situ salivary duct carcinoma. *Am J Surg Pathol* 2004; 28: 266-70.
7. Tatemoto Y, Ohno A, Osaki T. Low malignant intraductal carcinoma of the hard palate: a variant of salivary duct carcinoma. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1996; 32: 275-7.
8. Watatani K, Shirasuna K, Aikawa T et al. Intraductal carcinoma of the tongue; report of a case. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991; 20: 175-6.
9. Anderson C, Muller R, Piorkowski R et al. Intraductal carcinoma of major salivary gland. *Cancer* 1992; 69: 09-614.
10. Weinreb I, Tabanda-Lichauco R, Van der Kwast T, Perez-Ordoñez B. Low-grade intraductal carcinoma of salivary gland. Report of 3 cases with marked apocrine differentiation. *Am J Surg Pathol* 2006; 30: 1014-21.
11. Leal C, Henrique R, Monteiro P et al. Apocrine ductal carcinoma in situ of the breast: histologic classification and expression of biologic markers. *Human Pathol* 2001; 32: 487-93.
12. Selim AG, El Ayat G, Wells CA. Androgen receptor expression in ductal carcinoma in situ of the breast: relation to oestrogen and progesterone receptors. *J Clin Pathol* 2002; 55: 14-6.
13. Skalova A, Gnepp DR, Simpson RHW, Lewis JE et al. Clonal nature of sclerosing polycystic adenosis of salivary glands demonstrated by using the polymorphism of the human androgen receptor (HUMARA) locus as a marker. *Am J Surg Pathol* 2006; 30: 939-44.