

## TRABAJOS CIENTÍFICOS

# Carcinoma de células acinares: gradación histológica

Drs. CARMEN FRANCO, JOSÉ TORRES O, PAULA RODRÍGUEZ G, IVÁN GONZÁLEZ A,  
ROBERTO VOLPATO V

*Servicio de Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital San Juan de Dios*

### RESUMEN

Se presenta una serie de 12 casos de carcinoma de células acinares de las glándulas salivales tratados quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía, Unidad Cabeza y Cuello del Hospital San Juan de Dios, en el período comprendido entre 1975-2002. En esta serie se hizo un análisis descriptivo de los casos dirigido particularmente a la revisión de las preparaciones histológicas con el objeto de clasificarlos por grado según la proposición de Batsakis. Se encontró 6 pacientes con tumor Grado I, 3 pacientes con tumor Grado II y 3 con Grado III. Se observó una sobrevida más favorable en los pacientes con tumor Grado I comparados con los pacientes con tumor Grado II y III.

**PALABRAS CLAVES:** *Glándulas salivales, carcinoma células acinares, gradación histológica*

### SUMMARY

A series of 12 cases of Acinar cell carcinoma of the salivary glands is presented. The patients were surgically treated at the Head and Neck Unit of the Surgical Department at the Hospital San Juan de Dios between 1975 and 2002. We describe the cases with emphasis on the histologic review of the cases. The tumors were classified into 3 grades according to the Batsakis classification. We found 6 patients with Grade I tumors, 3 patients with Grade II tumors and 3 patients with Grade III tumors. Longer survivals were found in patients with Grade I tumors compared to those with Grade II and III.

**KEY WORDS:** *Salivary glands, acinar cell carcinoma, histologic grading*

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células acinares, originado en las glándulas salivales, es un tumor inhabitual. La frecuencia relativa en las glándulas salivales mayores, es del 8%.<sup>1</sup> Por otra parte, representa alrededor del 2% a 4% de las neoplasias primarias de la glándula parótida, siendo en ésta su ubicación más común.<sup>2,3</sup> Inicialmente la malignidad de este tumor era incierta, sin embargo, investigaciones más recientes, lo señalan como un tumor definitivamente maligno, con distintos grados de agresividad.<sup>1,2,4,6</sup>

Como expresión fenotípica, el carcinoma de células acinares presenta una apariencia inocua, en que existe bastante similitud entre las células parotídeas normales y las carcinomatosas.<sup>2,3</sup> Al ser una neoplasia bien diferenciada, los factores bioquímicos y ultraestructurales, también muestran una impresionante semejanza con el tejido parotídeo normal, dado que las células poseen un aparato secretor intacto capaz de liberar amilasa.<sup>2,5</sup>

Este tumor se origina como resultado de la proliferación neoplásica y citodiferenciación aberrante de células de reserva o madre pluripotenciales, que normalmente residen en la unión del

acini con el conducto intercalado o en las células del conducto intercalado propio de las glándulas salivales maduras.<sup>2,4,7,8</sup>

Existen factores histológicos que tienen valor pronosticador, como son la invasión macroscópica, factores microscópicos de desmoplasia, atipia o actividad mitótica aumentada que son considerados predictores de progresión de la enfermedad.<sup>2</sup>

Recientemente, Batsakis ha descrito una gradación histológica del cáncer de células acinares, la que identifica 3 grados (Tabla 1).<sup>4,9,10</sup>

El objetivo de esta investigación es reclasificar los carcinomas de células acinares de nuestra serie de acuerdo con la clasificación de Batsakis y correlacionarla con la aparición de recidivas y supervivencia post tratamiento quirúrgico.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizó un diseño de investigación descriptivo. En los registros de Anatomía Patológica se encontró 20 casos de carcinoma de células acinares, de este grupo se excluyó a 7 por información histológica insuficiente, por lo tanto, la serie estudiada comprendió los 13 casos restantes. Estos fueron tratados quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Dios (HSJDD), en la Unidad de Cabeza y Cuello, durante el periodo comprendido entre 1975 y 2002.

Se diseñó un registro oncológico para recolectar la siguiente información: edad, sexo, diagnóstico clínico, tipo de cirugía, resultado de biopsia intraoperatoria y diferida, tratamientos complementarios, aparición de recidivas y supervivencia.

Por otra parte, los casos fueron reclasificados histológicamente por uno de nosotros, de acuerdo con la proposición de Batsakis y se correlacionó con la supervivencia.

Los datos fueron analizados en el programa Excel XP.

### RESULTADOS

Hubo 13 pacientes (5 sexo masculino y 8 femenino) cuya edad osciló entre 11 y 81 años, con un promedio de 50 años. El diagnóstico clínico fue de tumor de glándula parótida en 9 pacientes, de las glándulas salivales menores en 3 y 1 de la glándula submandibular.

En los casos de ubicación en la glándula parótida se realizó parotidectomía suprafacial en 8 y radical en uno. De éstos en uno se hizo radioterapia y en otro radioterapia asociado a quimioterapia (Grado I y III respectivamente).

De los 3 casos con ubicación en glándula salival menor en uno se hizo glosectomía parcial (Grado I), en otro se hizo extirpación de un tumor gingival (Grado I) y en otro una resección del

**Tabla 1**  
**GRADACIÓN HISTOLÓGICA DEL CARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES (BATSAKIS)**

<i>Grado I</i>	<i>Grado II</i>	<i>Grado III</i>
Monolobular y circunscrito: puede ser encapsulado; puede ser de origen intranodal	Lobulado o multifocal; menos circunscrito; no tiene cápsula	No circunscrito, infiltrativo
Menor de 3 cm	3 a 6 cm	Más de 6 cm
Sin compromiso de la porción profunda de la parótida	Compromiso de la porción profunda de la parótida	Compromiso de la porción profunda o extensión extraparenquimatosa
Predominio de arquitectura sólida acinar o microquística; formas macroquísticas	Diferenciación túbulo ductal de más del 15 al 20% de la arquitectura; arquitectura papiloquística neoplásica	Láminas sinciciales indiferenciadas con o sin patrones tubuloductales infiltrativos menos diferenciados; formación quística infrecuente; nunca macroquistes
Pleomorfismo nuclear o celular mínimo o ausentes; ausencia de mitosis; ausencia de propiedades invasivas, ausencia de necrosis excepto para las formas macroquísticas regresivas	Pleomorfismo nuclear y celular; mitosis escasas; áreas sólidas pueden mostrar necrosis coagulativa o hemorrágicas; invasión de pequeños nervios pero nunca prominente; puede haber extensión endovascular	Componentes celulares son indiferenciados con numerosas mitosis o invasivos con formaciones tubuloductales pobremente desarrolladas; invasión marcada de vasos y nervios grandes y pequeños

hemipaladar (Grado II). En el caso de ubicación submandibular, se hizo una submandibulectomía más disección linfática cervical selectiva (Grado I)

Seis de los casos fueron diagnosticados como tumor benigno en la biopsia intraoperatoria. El promedio del tamaño del tumor fue de 1,3 cm para el Grado I; 2, 3 cm para el Grado II y 3,7 cm para el Grado III.

Los pacientes de Grado I (6 casos) están vivos y sin evidencia de enfermedad después de un tiempo de seguimiento mínimo de un año y máximo 6 años. Dos pacientes de Grado II están vivos y sin evidencia de enfermedad con un seguimiento de un año en uno y de 8 años en el otro; un tercer paciente está vivo con evidencia de enfermedad después de 5 años de seguimiento. Los 3 pacientes con tumor Grado III fallecieron después de uno, dos y cuatro años postratamiento (Tabla 2).

### DISCUSIÓN

El sistema de gradación en 3 categorías es útil, por que se homologa a otros tumores de glándulas salivales que se clasifican en 3 categorías como el carcinoma mucoepidermoide y el carcinoma adenideo quístico. Separa el grupo I constituido por tumores encapsulados, sin atipia citológica y que se comportan como carcinomas poco agresivos de buen pronóstico. Por otro lado, el grado III incluye a los tumores invasores, con marcada atipia citológica y conducta biológica agresiva. Entre estos 2 extremos, debe existir un grupo intermedio (grado II), con invasión parcial del tejido vecino y atipia focal. El pronóstico de este grupo es también intermedio.

En el carcinoma acinar grado I, la biopsia intraoperatoria es frecuentemente interpretada en forma errónea como tumor benigno, debido a la apariencia benigna del carcinoma acinar grado I: tumor encapsulado, sin necrosis y que histológicamente, es similar a una glándula parótida normal. En 6 de nuestros casos, el diagnóstico intraoperatorio fue de tumor benigno.

Sin embargo, en los grados II y III, hay signos morfológicos de malignidad, como atipia nuclear o invasión del tejido vecino. En estos casos, se pueden cometer errores en la biopsia intraoperatoria en relación con el tipo histológico, pero no respecto de la conducta biológica (benigno vs maligno).

Debido al número relativamente pequeño de pacientes en nuestra serie, no es posible sacar conclusiones estadísticas respecto de la validez de la gradación como factor pronosticador. Sin embargo, se observa una tendencia a la sobrevida más favorable en los casos con tumor grado I en comparación con los tumores grado II y III.

No hemos encontrado en la literatura nacional una comunicación referente a este tema. Por esto creemos que nuestra revisión es importante para tener resultados nacionales.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Spitz MR, Batsakis JG: Major salivary gland carcinoma descriptive epidemiology and survival of 498 patients. *Arch Otolaryngol* 1984; 110: 45-9.
2. Lewis J, Olsen K, Weiland L: Acinic cell carcinoma. *J Oral Pathol Med* 1989; 18: 396-9.
3. Hoffman HT, Karnell LH, Robinson RA *et al*: National cancer data base report on cancer of the head

Tabla 2

#### SOBREVIVENCIA SEGÚN GRADO HISTOLÓGICO DE 13 CASOS DE CARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES

Paciente	Ubicación	Batsakis	Tipo de seguimiento (años)	Estado del paciente
1	Parótida	I	1	VSEE
2	Parótida	I	2	VSEE
3	Menor	I	1	VSEE
4	Menor	I	1	VSEE
5	Submandibular	I	3	VSEE
6	Parótida	I	6	VSEE
7	Menor	II	5	VTR
8	Parótida	II	8	VSEE
9	Parótida	II	1	VSEE
10	Parótida	III	1	FPE
11	Parótida	III	2	FPE
12	Parótida	III	4	FPE
13	Parótida	Insuficiente	1	VSEE

VSEE: Vivo, sin evidencia de enfermedad; VTR: vivo, con tumor residual; FPE: fallecido por la enfermedad.

- and neck: acinic cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg* 1998; 56: 440-3.
4. Batsakis J, Luna M, El-Naggar A: Histopathologic grading of salivary gland neoplasms: II acinic cell carcinomas. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1990; 99: 929-33.
  5. Harper K, Mausch H, Caselitz J *et al*: Acinic cell carcinoma of the salivary glands: The prognostic relevance of DNA cytophotometry in a retrospective study of long duration (1965-1987). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 69: 68-75.
  6. Federspil PA, Constantinidis J, Karapantzos I *et al*: Acinic cell carcinomas of the parotid gland. A retrospective analysis. *HNO* 2001; 49: 825-30.
  7. Batsakis JG: Tumors of the Head and Neck. Clinical and pathological consideration. 2<sup>a</sup> ed. Edit Williams and Wilkins. Tumors of the major Salivary Glands, 1-76.
  8. Olivera P, Fonseca I, Soares J: Acinic cell carcinoma of the salivary glands. A long term follow-up study of 15 cases. *J Otolaryngol* 1991; 20: 262-6.
  9. Timon C, Dardick I, Panzarella T *et al*: Acinic cell carcinoma of salivary glands. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 120: 727-33.
  10. Spafford PD, Mintz DR, Hay J: Acinic cell carcinoma of the parotid gland: review and management. *Cancer* 1991; 67: 172-9.