

ADENOMA CANALICULAR Y ADENOMA DE CÉLULAS BASALES DE GLÁNDULAS SALIVALES: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INMUNOHISTOQUÍMICO

Samar ME, Avila RE, Furnes M, Fonseca IB, Olmedo LA, Dionisio de Cabalier ME

Cátedras de Biología Celular, Histología y Embriología y 1º de Patología. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra A de Histología y Embriología. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

INTRODUCCIÓN:

Históricamente, se consideraba que el adenoma canalicular (AC) formaba parte del conjunto de cambios morfológicos observados en el adenoma de células basales (ACB). Sin embargo, la OMS separó al AC de otros adenomas salivales ya que por sus características clínicas e histopatológicas no se relaciona con ningún subtipo de adenoma de células basales. Su apariencia histológica es uniforme y sus células se distribuyen en estructuras sólidas, trabeculares, tubulares, cribiformes o membranosas, patrones morfológicos que significan un desafío para su diagnóstico patológico. El ACB tiene una apariencia histológica uniforme dominada por células basaloides distribuidas en patrones sólido, tubular, trabecular o membranoso.

OBJETIVOS:

El propósito de este estudio es comparar el perfil inmunohistoquímico de estas entidades con anticuerpos contra citoqueratinas, vimentina, a-SMA, p63 y S-100.

MATERIAL Y MÉTODOS:

çUn AC de labio superior y 6 ACB (5 localizados en glándula parótida y uno en labio superior: 4 sólidos y 2 tubulares) se colorearon con H/E y revisaron sus diagnósticos. Se realizó inmunomarcación para AE1/AE3, S-100, vimentina, a-SMA y p63.

RESULTADOS:

Las células tumorales del AC eran AE1/AE3 positivas y vimentina negativas. p63 y a-SMA no fueron expresados en AC. ACB fue positivo para a-SMA, p63, vimentina y AE1/AE3.

CONCLUSIÓN:

Nuestro estudio demuestra que el AC y el ACB tienen diferentes perfiles inmunohistoquímicos y confirma los hallazgos previos. Además, los resultados obtenidos acuerdan con la última clasificación de la OMS, que los considera como dos entidades separadas. La naturaleza epitelial del AC está determinada por su alta positividad para citoqueratinas. La ausencia de reactividad con p63 y a-SMA descarta un origen mioepitelial de esta lesión. La inmunorreactividad para CK, vimentina, a-SMA y p63 apoyan la diferenciación ductal y mioepitelial de ACB. La inmunohistoquímica indica que AC deriva de células lumbales ductales mientras que ACB es probable que derive del parénquima salival.

BIBLIOGRAFIA

- 1-Machado de Sousa SO, Soares de Araujo N, Correa L, Pires Soubhia, Cavalcanti de Araujo V: *Inmunohistochemical aspects of basal cell adenoma and canalicular adenoma of salivary glands. Oral Oncol* 2001; 37: 365-368.
- 2-Samar ME, Ávila RE, Fonseca I, Ferraris RV, Rabino ZM: *Adenoma de células basales de glándulas salivales, variedades sólido y tubular: estudio histopatológico e inmunohistoquímico. Patología Revista latinoamericana* 2008; 46: 276-283.
- 3-Samar ME, Avila RE: *Tumores epiteliales de glándulas salivales. Editorial Académica Española. Saarbrücken. Alemania. 2013.*
- 4-Zarbo R, Prasad AR, Regezi JA, Gown AM, Savera AT: *Salivary gland basal cell and canalicular adenomas. Arch pathol Lab Med* 2000; 124: 401-405.