

## **Adenolinfoma de la Parótida**

Primera Parte del trabajo para la Agregación en la Cátedra de  
Anatomía Patológica, presentada por el

*Dr. Hernando Latorre L.*

1950

### **NOMBRE**

Los diferentes nombres empleados para designar este tumor indican, tanto la estructura histológica como la naturaleza de los elementos celulares que intervienen en su formación. Quizá la variación en el orden de las palabras o raíces representativas, esté relacionada con el predominio de una u otra estructura que haya sido encontrada por los varios investigadores. Nos parece que *Adenolinfoma* es el más usado y corresponde de manera exacta a la morfología del tumor estudiado actualmente, lo mismo que el de *Adenocistoma linfomatoso* con que lo describe Beattie. Otros nombres son: *Cistadenoma linfomatoso papilar*; *Adenocistoma papilar linfomatoso*; *Cistadenolinfoma papilar*; *Cistadenoma papilífero linfomatoso*. También se ha llamado *Tumor de Warthin*. Karsner dice que el *Cistadenoma papilar linfomatoso de Warthin* es una de las formas de *Adenolinfoma*.

### **FRECUENCIA**

Es un tumor raro que Willis considera en menos de un 10% de todos los neoplasmas salivares. Fue descrito en 1910 por Albrecht y Arzt y también por Glass, Warthin y otros. Nicholson estudió un caso en 1923 y en 1935 Carmichael, Davie y Stezart revisaron 26, previamente publicados y agregaron 8. El dato estadístico más completo que hemos encontrado es

el de Plaut quien en el año de 1942 hizo el estudio de 64 casos a los cuales había que agregar los dos descritos por Willis en su obra de 1948. Ewing solamente anota 21 casos recopilados por Jaffé.

### EDAD. SEXO. SITUACION.

La mayor parte de estos tumores se ha encontrado entre los 50 y 70 años de edad; el enfermo de nuestro caso tenía 60 años. En la estadística de Plaut solamente se presentaron 10 casos en individuos de 50 años, siendo el más joven, de dos años y medio y apenas cinco en enfermos de más de 70 años; el promedio corresponde a los 52 años.

Hay marcada incidencia de aparición en los hombres, ya que de los tumores estudiados, más o menos un 80% se presentan en este sexo.

Casi la totalidad de los *Adenolinfomas*, se ha encontrado en la glándula parótida y unos pocos en la submaxilar. Se localizan superficialmente hacia el ángulo inferior de la mandíbula separados de la glándula o incluídos en su polo correspondiente. Nuestro caso se presentó en la región pre-auricular, que para Carmichael es la más frecuente.

### HISTORIA CLINICA

Hospital de San José. Cirujano: Prof. L. F. Rojas Turriago.

**Enfermo:** C. R.

**Edad:** 60 años.

Fue operado el 2 de Diciembre de 1948.

Desde hace un año notó la presencia de una tumoración sobre la región pre-auricular derecha que ha ido creciendo paulatinamente, hasta llegar al tamaño de un huevo de gallina. Es móvil, bien limitada, no dolorosa.

**Diagnóstico clínico:** Tumor mixto de la parótida.

**Diagnóstico quirúrgico:** Adenoma con proceso supurativo.

**Descripción de la operación:** Anestesia local. Iniciación horizontal y disociación cuidadosa para respetar el nervio facial. Se llega a la parótida, se abre la cápsula y se encuentra un tumor encapsulado, sin adherencias mayores a las partes vecinas, pero al hacer tracción se fracciona en varias partes por estar muy friable. Da la impresión de tejido glandular dentro del cual se encuentran pequeñas colecciones al parecer purulentas".

## PATOLOGIA

El *Adenolinfoma* es un tumor de crecimiento lento, de superficie lisa, a veces lobulada; su forma puede ser redonda, ovoide o aplanada; encapsulado y móvil; separado o incluído dentro del tejido parotidiano; sólidos o quísticos, uni o multiloculares. Su tamaño varía de 1 a 6 cms. de diámetro y raras veces alcanzan mayores dimensiones.

El material recibido para el examen se compone de varios fragmentos irregulares, de tejido blando, friable, de color rosado pardo, dentro del cual aparece substancia semifluida, puriforme y muy pequeños grumos lechosos. Este aspecto, como lo anota Foot (10), ha hecho que con frecuencia se piense en ganglios tuberculosos.

## ESTRUCTURA MICROSCOPICA

Se practicaron inclusiones en parafina y coloraciones con Hematoxilina-eosina, y por los métodos de MacCallum y de Krajian para tejido elástico y de Van Gieson, lo mismo que con Hematoxilina fosfotungstica de Mallory.

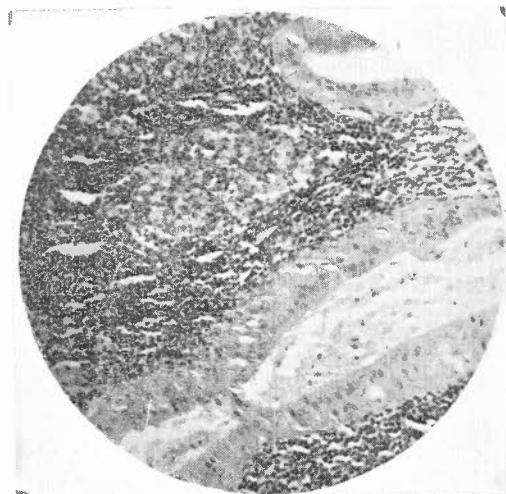
El tumor está constituido por un parénquima epitelial y por un estroma linfoide. El primero se compone de estructuras epiteliales en forma de cavidades de diferentes calibres, a menudo quísticas; presentan luz regular o ligeramente festoneada por salientes papilares bastante cortas. La luz está llena de substancia oxífila y células descamativas. La parte exterior a veces se encuentra limitada por unas pocas células pequeñas, alargadas, discontinuas y en las coloraciones especiales aparecen pequeñas bandas colágenas o fibrillas elásticas; más generalmente corresponden de inmediato a las células linfoides. Las formaciones epiteliales, están en partes, muy cerca entre sí, separadas apenas por laminillas colágenas (Micro Nº 1) y en otras aparecen pequeñas masas celulares sólidas, diseminadas en el estroma.

Las células epiteliales son de forma columnar alta, de citoplasma eosinófilo finamente granular, con límite apical neto y los núcleos redondos colocados casi siempre hacia este polo; algunos de los núcleos aparecen ricos en cromatina, otros, más claros, muestran nucléolo pequeño. Debajo de esta fila de células, se observa una o dos filas de células basales, cuboides o aplanadas,



MICRO N° 1

Coloración: Hematoxilina-Eosina. Se muestra la arquitectura general del tumor, con su parénquima epitelial y el estroma linfóide.



MICRO N° 2

Coloración: Hematoxilina-Eosina. Se aprecia la fila interna de células columnares con su núcleo hacia el polo apical, las "germinales" de un folículo.

sin límites citoplásmicos precisos y núcleos redondos con poca cromatina, a veces más grandes que los anteriores, con nucléolo relativamente grande y eventualmente 2 o 3 nucléolos pequeños. Las últimas células descritas, no forman una capa continua, como sí lo hacen las columnares. En ocasiones se encuentran más filas celulares, quizá por la incidencia del corte.

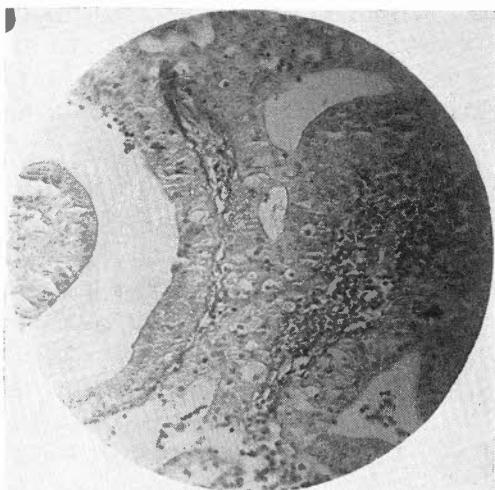
El estroma muestra tejido linfoide con frecuente formación de folículos, algunos bastante desarrollados y con células en división, en su centro (Micro N° 2). Como se anotó antes, está casi siempre en íntima relación con el epitelio o apenas separado por delgadas laminillas (Micro N° 3-4). Ocasionalmente se encuentran neutrófilos y eosinófilos. Los vasos sanguíneos son frecuentes y muestran su pared normal.

### HISTOGENESIS

Ha sido un problema bastante discutido y son varias las explicaciones y teorías expuestas al respecto.

Lang, asocia el *Adenolinfoma* con los tumores mixtos salivares y Halpert y Tool consideran que tienen un origen común con éstos y con los tumores muco-epidermoides; en tanto otros, opinan que son neoplasmas diferentes, no relacionados con los tumores mixtos parotidianos o adenomas polimorfos, como los denomina Willis.

Foot, al describir los defectos del desarrollo amigdaliano, anota que no es raro encontrar este tejido desplazado en la región cervical, formando estructuras que pueden simular ganglios linfáticos tuberculosos y que después de la incisión aparecen como formaciones quísticas llenas por material puriforme. Estas cavidades estarían revestidas por un epitelio epidermoide o columnar y serían restos o quistes branquiales, a los cuales, según él, se han llamado *Adenolinfomas*. Este autor, en otra de sus obras, lo relaciona igualmente con el primordium tonsilar, es decir de origen branquial, porque el desarrollo de estos órganos se considera dependiente de la segunda bolsa, sea de restos de ella, ya que desaparece antes de la formación amigdaliana (tercer mes), o como lo dice Dodds en el sitio anteriormente ocupado por dicha bolsa en donde hay invaginaciones del endodermo con diferenciación del mesénquima para constituir el tejido linfático.

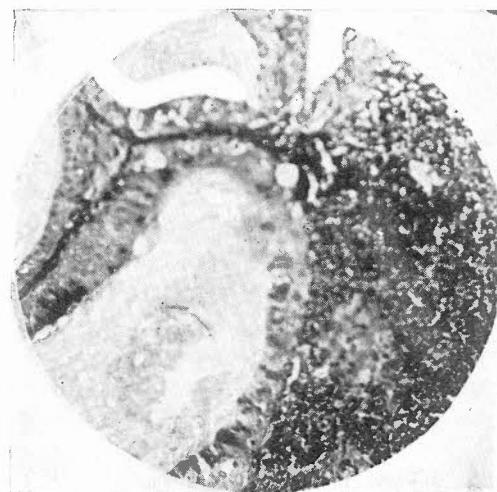


MICRO N° 3

Coloración de Van Giesen. Se encuentran laminillas delgadas que separan cordones celulares constitutivos de estructuras epiteliales vecinas. En la parte inferior hay una cavidad en cuyo contorno superior las células reposan sobre una laminilla colágena que las separa del tejido linfoide.

MICRO N° 4

Coloración de Krajian (modificación al método de MacCallum). Se observa relación íntima del epitelio con el estroma. En la parte superior hay formaciones epiteliales separadas solamente por fibras, sin tejido linfoide.



Otros autores aceptan como origen, diferentes estructuras branquiales, sea la porción endodérmica de una hendidura (8), o según Warthin por una heterotrofia o distrofia del endodermo faríngeo, ya que su estructura le recuerda la mucosa de la porción cartilaginosa de la trompa de Eustaquio, la cual se origina de la primera bolsa branquial.

Freshman y Kurland, opinan por el mismo origen branquial sin que necesariamente todos los casos provengan de una misma bolsa, por el hecho de que algunos investigadores han observado tejido que recuerda la estructura tímica o que semeja células paratiroides, en relación entonces con la tercera y cuarta bolsas. Kraissl y Stout sugieren que se desarrolla de vestigios de glándulas salivares orbitarias, por una dilatación y proliferación de la inclusión, teoría ésta que se ha considerado meramente especulativa.

La opinión expuesta por algunos de que se origina por un tipo celular especial que se ha denominado "picnocitos" por Zimmermann y por Hamperl "oncocitos", los cuales se describen como células altas columnares de citoplasma granular, fuertemente eosinófilo, no tiene acogida y debe ser rechazada pues equipara al *Adenolinfoma* con el llamado *Oncocitoma*, nombre que muchos critican desfavorablemente y que un tumor de más variables localizaciones, así por ejemplo Foot lo describe como un tipo de adenocarcinoma salivar o de carcinoide traqueal; sin embargo, Anderson anota que algunos *Oncocitomas* muestran tejido linfoide con centros germinativos y que se han interpretado como *Adenolinfomas*.

La teoría histogenética más aceptada es la que refiere el origen de estos tumores al epitelio salivar de los conductos y al tejido linfoide anormalmente mezclado durante el desarrollo, sea en una forma hiperplásica incitada por la proliferación epitelial o interviniendo directamente junto con el epitelio en la formación del tumor, lo cual para algunos se hace de una manera principal, tanto que Eggston lo describe dentro de los linfomas. Otros autores consideran la intervención linfoide como accesoria, puesto que se pueden observar estructuras epiteliales con muy poco, o sin tejido linfoide.

Von Kreudenstein, describe un caso que considera originario de gérmenes epiteliales de la cavidad oral primitiva con potencia de diferenciación hacia el tejido parotidiano.

Anderson, Barnard, Bell, Illingworth, Willis y los autores citados por él, coinciden en que se originan de tejido parotidiano ectópico, incluído dentro de un ganglio linfático, lo cual, según anota Neisse, confrecuencia se puede observar, especialmente en niños y anotó un ejemplo de persistencia en el adulto. En uno de los dos casos a que hemos hecho referencia, publicados en la obra de Willis, la arquitectura encontrada sugiere que el tumor se estaba desarrollando dentro de un ganglio.

Las investigaciones que practicamos, confirman lo encontrado por Neisser, tanto por el hallazgo de tejido glandular incluído dentro de un ganglio linfático del enfermo, como en uno de los casos provenientes de muestras tomadas en el Pabellón de Maternidad del Prof. Víctor Rodríguez Aponte.

#### MATERIAL DE ESTUDIO

Junto con las masas de tejido tumoral que recibimos para el examen, se encontró un ganglio linfático que media 1 x 0,8 x 0,6 cms., de superficie lisa, regular; de consistencia blanda y que estaba en relación con dichas masas pero fácilmente aislable.

Se recogieron 12 muestras compuestas cada una por varios fragmentos tomados de las regiones parotidianas de niños nacidos a término y muertos dentro de los 5 primeros días, de un prematuro de 8 meses y de un feto de 5 meses. De este último se hicieron cortes en serie de un bloque de tejido tomado a la altura un poco superior del ángulo mandibular.

Se hicieron inclusiones en parafina y se colorearon con Hematoxilina-eosina.

En los cortes histológicos del ganglio descrito anteriormente, se encuentra la cápsula y el tejido linfoide con algunos folículos. En la zona central y entre conjuntivo fibroso poco celular, se observan varias lobulaciones grandes, entre las cuales hay tejido graso, constituidas por agrupaciones celulares concéntricas situadas las unas al lado de las otras, eventualmente, con una luz estrecha en su centro. Las células son pequeñas, uniformes, de escaso citoplasma, de núcleo redondo central, la mayoría adopta una forma cuboide. Entre las formaciones acinosas descritas, se encuentran tubos de tipo excretor, formados por células columnares

bajas de citoplasma eosinófilo (Micro Nº 5). En algunos sitios, las estructuras son menos diferenciadas y se constituyen por agrupamientos celulares en bandas cortas, pudiéndose sin embargo seguir paulatinamente la transición hacia los elementos primariamente descritos.

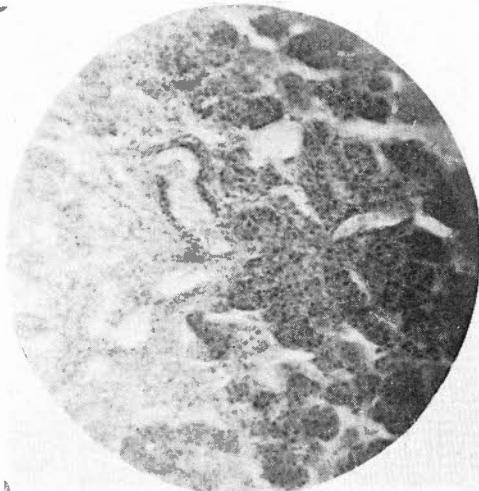
En los cortes correspondientes al feto de 5 meses, se observan abundantes tubos glandulares, separados o agrupados en pequeños racimos, situados dentro del tejido conjuntivo ambiente. Están formados por células cúbicas, en una o dos filas y muestran su luz regular y generalmente estrecha. En algunos de los cortes de la serie practicada, aparecen en medio de dichas formaciones algunos esbozos de nódulos linfáticos. En dos de ellos, se halla una íntima relación entre tubos glandulares y los elementos linfoides, los cuales tratan de rodear o de incluir a los primeros (Micro Nº 6).

En algunos de los cortes practicados sobre muestras tomadas de los recién nacidos, encontramos algunos nódulos linfáticos en medio del tejido parotidiano y en los correspondientes al prematuro de 8 meses, se observó un ganglio dentro de cuyo parénquima se aprecian tubos epiteliales de luz pequeña y formados por células cúbicas; estos tubos se continúan hacia la parte cóncava del ganglio, con otros tubos situados entre conjuntivo fibroso, pasando así, sin ninguna limitación, al tejido parotidiano típico (Micro Nº 7).

Estas observaciones confirman la estrecha relación de vecindad que durante el desarrollo existe entre el tejido glandular parotidiano y la formación de los ganglios linfáticos de la región, especialmente de aquellos que forman el grupo ganglionar profundo intraglandular.

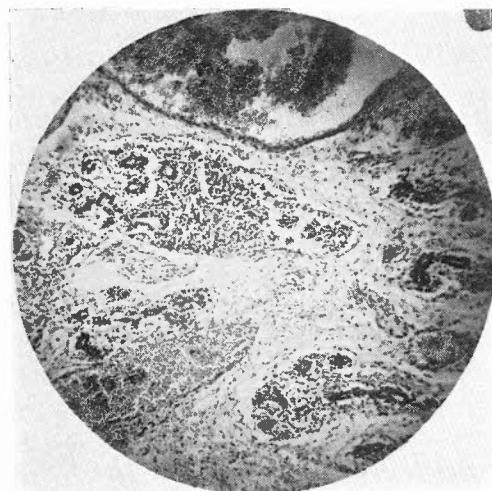
#### PRONOSTICO

El *Adenolinfoma* es un tumor que en la mayoría de los casos se presenta como benigno. Su reproducción es muy rara y aún más las formas francamente malignas como los casos descritos por Stohr y Risak y por Ssobolew y en el publicado por Lloyd que presentó cambios sarcomatosos. Foot consideró que el tumor maligno análogo, posiblemente es el *Linfoepitelioma*. El enfermo C. R. fue controlado hace poco tiempo por el Profesor



MICRO N° 5

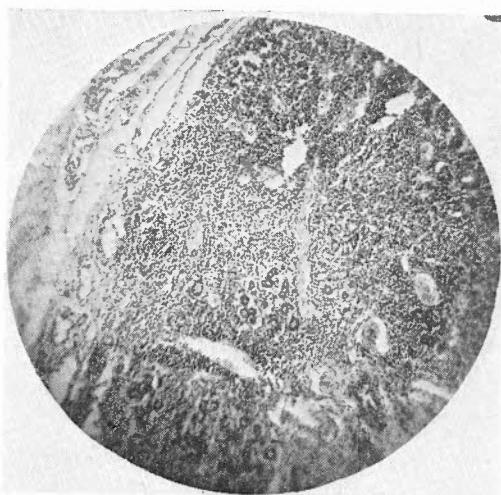
Coloración con Hematoxilina-Eosina. Corresponde a la parte central de un ganglio linfático. Se observan formaciones acinosas agrupadas en lóbulos y canales de epitelio columnar bajo, de tipo excretor.



MICRO N° 6

Coloración con Hematoxilina-Eosina. Corresponde a región parotídea de un feto de 5 meses. Aparecen tubos glandulares aislados y agrupados en lóbulos, dentro del tejido mesenquimatoso. Tubos pequeños están en medio de esbozos de nódulos linfáticos. Se aprecia parte de un vaso sanguíneo.

Rojas Turriago quien no encontró signos de reproducción o de metastasis.



MICRO N° 7

Coloración con Hematoxilina-Eosina. Corresponde a un ganglio linfático parótideo de un prematuro de 8 meses. Se encuentran tubos epiteliales incluidos dentro de un ganglio linfático.

#### DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DIFERENCIAL

En primer lugar debe tenerse muy en cuenta la constitución histológica del *Adenolinfoma*, para no cometer el error, como en ocasiones ha sucedido, de interpretar el cuadro como un carcinoma metastásico. Hay otros tumores que se encuentran en la misma localización y con una estructura histológica semejante, tales es el *Oncocitoma*, del cual ya hicimos un breve comentario y el *Cistadenoma papilar*, el cual puede aparecer a cualquier edad, o ser congenital. Es de crecimiento lento pero potencialmente maligno. No presenta tejido linfoide y sus células, en contraste con las epiteliales del *Adenolinfoma*, muestran afinidad por los colorantes básicos y además se observan áreas formadas por cé-

lulas polihédricas grandes, bien limitadas, de citoplasma claro, semejantes a las constitutivas de los tumores renales de células claras o de hipernefromas pero que no contienen ni lipoides ni mucina; solamente en el estroma pueden aparecer masas de cristales de colesterol. Las células claras se derivan del epitelio de las formaciones glandulares ya que se han encontrado formas transicionales entre ellas. El *Tumor mucoepidermoide* presenta una constitución diferente por la presencia de sus células mucosas y la metaplasia epidermoide. Estos dos últimos tumores están histológicamente relacionados, pues se han encontrado formas intermedias entre las dos arquitecturas.

#### COMENTARIO

Del estudio practicado se deduce que en un ganglio linfático de la región parotidiana, encontrado junto con el tejido de un *Adenolinfoma*, existen inclusiones de tejido glandular con formación acinosa y canales de tipo excretor. En los cortes de tejido tomados de las regiones parotidianas de fetos o de recién nacidos, se puede seguir la evolución del desarrollo de la parótida y de la diferenciación mesenquimal de ganglios linfáticos cuyo tejido rodea o engloba los canales glandulares.

Si recordamos algunos datos elementales de embriología de estos órganos, podemos darnos cuenta de la manera como se hace la inclusión epitelial.

La parótida tiene un origen ectodérmico como derivada que es de la fosa oral y comienza su aparición por invaginaciones epiteliales en los embriones de 8 mm. que corresponden a las cinco semanas y media; o según otras opiniones, en embriones de siete semana (cuadro de Jordan y Kindred, citado por Eggston), o según Maximow, a las 9 semanas. En cambio el tejido ganglionar linfoide aparece mucho más tarde, hacia el final del tercer mes y por lo tanto, invaginaciones epiteliales dentro del mesénquima, podrían situarse en áreas con potencia de diferenciación ganglionar, para que este tejido, formado luego, rodee los elementos epiteliales ectópicos.

## RESUMEN

Se describe un caso de *Adenolinfoma parotidiano* y se hace un estudio sobre su histogénesis que da argumentos a favor de un origen ectodérmico por inclusión de tejido parotidiano en zonas mesenquimatosas con diferenciación futura en ganglios linfáticos.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—ANDERSON W. A. D. "Pathology" The C. V. Mosby. St. Louis. 1948
- 2.—ACKERMAN, L. V. and REGATO J. A. "Cancer" The C. V. Mosby. St. Louis. 1947.
- 3.—BARNARD W. G. and ROBB-SMITH A. H. T. "Kettle's Pathology of Tumours" H. K. Lewis & Co. London. 1945.
- 4.—BEATTIE J. M. and CARNEGIE W. E. "A Textbook of Pathology" William Heinemann. Ltd. London. 1948.
- 5.—BELL E. T. "A Textbook of Pathology" Lea & Berbiger. Philadelphia. 1944.
- 6.—DODDS G. S. "The Essentials of Human Embriology" John Wiley & Sons. Inc. New York. 1946.
- 7.—EGGSTON A. A. and WOLFF D. "Histopathology of the ear, nose and Throat". The Williams & Wilkins Co. Baltimore 1947.
- 8.—EWING J. "Oncología". Traducción de Salvador de Almenara. Salvat Editores S. A. Barcelona, 1948.
- 9.—FOOT N. CH. "Pathology in Surgery". J. B. Lippincott Co. Philadelphia 1945.
- 10.—FOOT N. CH. "Identification of Tumours". J. B. Lippincott Co. Philadelphia 1948.
- 11.—ILLINGWORTH CH. F. W. and DICK B. M. "A Textbook of Surgical Pathology" J. & A. Churchill Ltd. London 1947.
- 12.—KARSNER H. T. "Human Pathology" J. B. Lippincott Co. Philadelphia 1949.
- 13.—LLOYD G. C. "Salivary adenoma and Adenolymphoma" J. Path. & Bact. 58: 699-710. October. 1946.
- 14.—MAXYMW A. A. and BLOOM W. "A Textbook of Histology". W. B. Saunders Co. Philadelphia 1947.
- 15.—WILLIS R. A. "Pathology of Tumours of Tumours" The C. V. Mosby Co. St. Louis. 1948.