

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA
Facultad de Medicina
HOSPITAL ESCUELA DR. ROBERTO CALDERÓN GUTIÉRREZ



Biopsia aspiración con aguja fina y resultados histopatológicos en neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores, pacientes atendidos en el servicio de cirugía oral y maxilofacial, hospital escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, Managua. Nicaragua. Enero 2012 a Diciembre 2015.

Protocolo de Tesis para optar al título de:

CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL

Mildred Soharah Vilchez Trejos
Médico Residente

Tutor: Dr. Edmundo Guerrero
Especialista en Cirugía Maxilo Facial

Asesor Metodológico: Dr. Pedro Joaquín Leiva.
Médico Epidemiólogo

Managua 15 de febrero 2016

Opinión del Tutor

La biopsia por aspiración aguja fina (BAAF) es utilizada ampliamente y considerada un método seguro, rápido, certero, económico, con complicaciones mínimas. Su principal utilidad reside en su capacidad de descartar la existencia de una neoplasia maligna, aunque es también útil en el diagnóstico de ciertas infecciones e inflamaciones. Al tener un diagnóstico preoperatorio, el cirujano puede planear mejor el tipo de cirugía a realizar, con conocimiento, participación y aceptación del paciente, por lo que en los últimos años se ha reconocido el valor de esta técnica al constituir un medio diagnóstico primordial en mano de personal experimentado.

La Dra. Vilchez en su estudio nos ilustra y nos representa un panorama general en relación a la biopsia aspiración con aguja fina y los reportes histopatológico encontrados en las neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales. Es de señalar que los resultados y toda la información generada por este estudio son veraces, por lo que constituyen un aporte para el clínico.

En lo personal considero que este trabajo monográfico cumple con los requisitos metodológicos, para ser presentado y defendido como forma de conclusión de su especialización.

Felicito a la doctora, por su esfuerzo, entrega y disciplina en la elaboración de esta monografía y la motivo a seguir recorriendo el fascinante mundo de la investigación científica.

Dr. Edmundo Guerrero
Especialista en Cirugía Maxilo Facial

DEDICATORIA

Primeramente a DIOS misericordioso, por haberme permitido llegar a esta etapa de mi vida y brindarme salud y todo lo necesario para seguir adelante día a día y lograr mis objetivos y metas.

A mi pequeña Claudia Abigail, regalito de Dios.

A mi madre por haberme apoyado en todo momento y ser faro en mis días oscuros, por sus consejos, por sus motivaciones constantes, pero sobre todo por ser ejemplo de superación. A mi padre por ser modelo de perseverancia, por sus grandes valores y por su gran capacidad de servir que lo caracterizan.

A mi hermana menor, de la cual he aprendido a ser fuerte en momentos difíciles.

A mi ángel protectora, mi mamita...

AGRADECIMIENTO

A mis maestros por su apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales, por haberme transmitido los conocimientos obtenidos y haberme llevado paso a paso en el aprendizaje.

A mis amigos y colegas residentes con los cuales recorrí un camino de cuatro años llenos de experiencias y aventuras.

Pero sobre todo agradezco a quienes hacen posible forjar nuestra profesión: nuestros pacientes...

RESUMEN

Se trata de un estudio observacional descriptivo de corte transversal que tiene como objetivo determinar cuál es resultado obtenido y la concordancia de la BAAF y los reportes Histopatológico en los pacientes con neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores, atendidos en el servicio de cirugía oral y maxilofacial del Hospital escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez.

La recolección de la información fue obtenida del expediente clínico, evaluándose a través de una ficha clínica las características generales del paciente, presentación clínica de las neoplasias así como los diagnósticos citológicos e histopatológicos.

Se estudiaron 91 pacientes de 10 a 92 años, con neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores, a quienes se les realizó biopsia por aspiración aguja fina (BAAF) con su respectivo reporte histopatológico. La glándula más afectada fue la parótida, siendo el adenoma pleomorfo el tumor más frecuente dentro de los tumores benignos y el carcinoma de células escamosas dentro de los malignos por BAAF, por reporte histopatológico el adenoma pleomorfo como benigno y el tumor maligno más frecuente el carcinoma de células escamosas

En BAAF con diagnósticos benignos se reportaron igual porcentaje entre masculino y femenino, los tumores malignos predominaron en el sexo masculino.

Los reportes histopatológicos refirieron que las lesiones benignas predominaron en el sexo masculino y las lesiones malignas en el sexo femenino

Se encontró una concordancia entre BAAF y reporte histopatológico de un 53.8% con una discrepancia del 46.2% en donde el 11% presentó una muestra insuficiente para diagnóstico.

INDICE

No..		Pagina
	OPINION DEL TUTOR	
	DEDICATORIA	
	AGRADECIMIENTO	
	RESUMEN	
I	INTRODUCCION	1
II	ANTECEDENTES	3
III	JUSTIFICACION	6
IV	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V	OBJETIVOS	8
	5.1. OBJETIVO GENERAL	8
	5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
VI	MARCO TEORICO	9
VII	MATERIAL Y METODO	36
VII	RESULTADOS	46
IX	DISCUSION DE LOS RESULTADOS	65
X	CONCLUSIONES	69
XI	RECOMENDACIONES	71
XII	BIBLIOGRAFIA	72
XIII	ANEXOS	75

I. INTRODUCCIÓN

Las glándulas salivales mayores comprometen un par de glándulas parótidas localizadas en el área preauricular, un par de glándulas submaxilares, ubicadas por debajo de la mandíbula y un par de glándulas sublinguales, ubicadas en el piso de la boca, que por sus componentes histológicos pueden verse afectadas por una infinidad de patologías. Algunas patologías tiene tratamiento médico y otras son de tratamiento quirúrgico.¹

Los procesos patológicos que afectan a las glándulas seromucosas son lesiones reactivas y obstructivas, infecciones, trastornos inmunopatológicos y neoplasias. Un rasgo común a todos estos procesos es la tumefacción glandular. Las lesiones infecciosas y obstructivas son habitualmente dolorosas, mientras que los trastornos inmunológicos y neoplásicos suelen caracterizarse por una tumefacción indolora.

El tratamiento de las glándulas salivales es a veces, desconcertante. Sin embargo, la identificación de estos estados es relativamente simple, puesto que la mayoría de las enfermedades de las glándulas son las neoplasias, aproximadamente el 80% de las lesiones neoplásicas de glándulas salivales se encuentran en la parótida, 10% a 15% en las glándulas submaxilares y, 5 a 10% en las sublinguales, a menudo estas lesiones no pueden ser determinadas solo por el examen físico, siendo necesario el estudio imagenológico aportando datos acerca de la composición (quística o tumoral), localización y relación con estructuras vecinas, pero no establecen la naturaleza exacta (benigna o maligna), por lo que la biopsia debe realizarse siempre, aún más si se tiene en cuenta que toda

¹ García Montealegre Ana Ximena. Correlación Clínico y Citohistopatológico de los tumores de glándulas salivales en los pacientes atendidos en el periodo abril 2003-noviembre 2006. Hospital Escuela "Dr. Roberto Calderón"

exéresis de tejido blando es una norma oncológica. La realización de la biopsia es la confirmación histológica para el diagnóstico definitivo.²

El estudio citológico con punción-aspiración con aguja fina puede tener utilidad en manos de un citólogo experimentado, ofreciendo al clínico un diagnóstico cercano al definitivo y puede evitar cirugías innecesarias, surgiendo como una técnica confiable, sensible y mínimamente invasiva. Sin embargo existen controversias sobre el uso en el diagnóstico de lesiones quirúrgicas de glándulas salivales siendo necesario evaluar la validez y consecuente utilidad en el diagnóstico de lesiones quirúrgicas de glándulas salivales mayores sin obviar que el estudio histológico es la clave diagnóstica de toda la patología de las glándulas salivales.

²Dr. Fazzini. Facultad de Medicina de Buenos Aires. Unidad Académica Hospital Municipal de San Isidro. Servicio de Cirugía General 2000. Tumor de glándulas salivales.

II. ANTECEDENTES

En Nicaragua, en el periodo de 2003 al 2006, la Dra. Ana Ximena García, realizó un estudio sobre Correlación clínico y cito histopatológica de los tumores de glándulas salivales en pacientes atendidos en el servicio de cirugía oral y maxilofacial en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, donde se evaluaron un total de 51 pacientes con tumores de glándulas salivales a los cuales se le realizó BAAF, siendo la glándula más afectada la parótida, el adenoma pleomorfo prevaleció como lesión benigna y Ca. Mucoepidermoide como lesión maligna el sexo femenino predominó para lesiones benignas y el masculino para lesiones malignas.³

En el Hospital "Pepe Portilla" de Cuba entre 1993 y el 2001, se realizó un estudio con 111 pacientes encontrando en lo que respecta a glándula salival afectada el 80% de los tumores de glándula salivales se ubican en parótida y del 10-15% en glándula submaxilar, el grupo etáreo de 31-45 años fueron los más frecuentes.⁴

En el año 2006, en el Hospital Faustino Pérez de Matanzas Cubas sobre BAAF de glándulas salivales se estudiaron 125 pacientes que clínicamente se presentaron con aumento de volumen en glándula salival realizándose aspiraciones en el total de los casos, para el 100 % de la muestra, de ellos 83 (66.4 %) solo fueron estudiados con BAAF y 42 (33.6 %) con BAAF mas estudio histopatológico. Del total de la muestra correspondieron al género femenino 76 (60.8 %) y 49 (39.2 %) al género masculino. Del total de aspirados, 121 (96.8 %) fueron adecuadas para establecer el diagnóstico, las 4 restantes (3.2 %) no fueron útiles por ser exclusivamente hemorrágicas o tener escaso material. Las neoplasias benignas estuvieron conformadas por: 35 Adenomas pleomórficos, 9 Tumores de Warthin, 1 Adenoma monomórfico y 5 Lipomas; mientras que las neoplasias malignas fueron

³ García Montealegre Ana Ximena. Correlación Clínico y Cito histopatológico de los tumores de glándulas salivales en los pacientes atendidos en el periodo abril 2003-noviembre 2006. Hospital Escuela "Dr. Roberto Calderón"

⁴Carmona Ernesto. Biopsia por punción en tumores de cabeza y cuello. Hospital Pepe Portilla, Pinar del Río. Revista Cubana de Oncología 2001.

primarias 7 representado por 2 Carcinoma mucoepidermoide, 1 Carcinoma de células acinares y 4 Neoplasias malignas sin otra especificación.⁵

En el trabajo realizado en la facultad de medicina, Buenos Aires, de tumores de glándulas salivales afirma que el dolor continuo o disfunción nerviosa son poco frecuentes y están siempre relacionados con un proceso maligno. El dolor se presenta entre el 10 y el 30% de los pacientes con cáncer, mientras que lo manifiestan solo el 7% de los enfermos con cáncer de la glándulas salivales. La parálisis facial o disfunción nerviosa se observa en un 10 a 15% de los pacientes con tumores malignos.⁶

En el año 2000, en el hospital oncológico de Venezuela, trabajo realizado por Costas; A; Castro y col. evaluaron 112 casos por BAAF en tumores de glándulas salivales, en lo que respecta a glándula salival afectada el 80% de los tumores de glándula salivales se ubican en parótida y del 10-15% en glándula submaxilar, en donde predominaron los tumores benignos con el adenoma pleomorfo⁷.

Un estudio similar en el año 2005, por la asociación Mexicana de cirugía general sobre Diagnóstico de neoplasias en glándula parótida, se realizó biopsia por aguja fina, evaluaron 105 pacientes, 53 mujeres (50.5%) y 52 (49.5%) hombres, con edad promedio de 42.8 años, la parótida presentó 76 casos benignos (72.4%) y 29 malignos (27.6%). En el grupo de los casos con patología benigna, se encontraron 36 pacientes femeninos y 40 masculinos. En el grupo de los casos con cáncer, se encontraron 17 pacientes femeninos y 12 masculinos, con edad promedio de 46.6 años. En cuanto a la sintomatología, se presentó dolor en tres pacientes (10.3%), y parálisis facial en dos. La consistencia de la parótida fue dura en 21 glándulas

⁵Castillo Murillo Ana María. BAAF de glándulas salivales. Experiencia en el Hospital Faustino Pérez de Matanza Cuba. VIII congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. Octubre 2006

⁶Dr. Fazzini. Facultad de Medicina de Buenos Aires. Unidad Académica Hospital Municipal de San Isidro. Servicio de Cirugía General 2000. Tumor de glándulas salivales.

⁷Castro .A; Costas,P.ETAL.FineNeedle. Aspiration Biopsy of the salivary glands,Jurnal oral Maxilofacial Surgery.2000.

(72.4%), blanda en tres (10.3%) y renitente en cinco (17.3%). Con límites bien definidos en 25 pacientes (86.2%) e irregulares en cuatro (13.8%).⁸

En los últimos diez años en esta unidad de salud no se han actualizados estudios en los que se determine si existe concordancia entre los resultados de la BAAF y los reportes histopatológicos en pacientes con neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores.

⁸Dr. Oliva Posada Juan Carlos. Diagnóstico de Neoplasias en glándula parótida; características clínicas y Biopsia por aspiración con aguja fina. Cirugía general.

III. JUSTIFICACIÓN

Actualmente la BAAF es un método diagnóstico ampliamente utilizado, ganando aceptación a nivel mundial por considerarse un método seguro, rápido, económico, con mínimas complicaciones, siendo el GOLD ESTÁNDAR o prueba de oro en las lesiones neoplásicas, así como en el diagnóstico de infecciones e inflamaciones, ofreciendo un diagnóstico preoperatorio muy cercano al definitivo en la mayoría de los casos.

Su aplicación ha ido ganando popularidad, debido a que no es conveniente la realización de biopsias tipo Tru-Cut ni biopsias incisionales a ese nivel. La BAAF persigue, y permite a menudo, establecer si se trata o no de un proceso tumoral, y determinar la naturaleza benigna o maligna su carácter primario o secundario. Diferentes autores han demostrado la eficacia de la BAAF en las glándulas salivales.

La mayoría de los tumores de glándulas salivales requieren cirugía por lo que la BAAF preoperatoria tiene poca influencia en el manejo clínico, mismos autores discuten su utilidad debido a lo pequeño de la muestra obtenida, a la distorsión de la arquitectura resultante y agregan un riesgo adicional de implantación tumoral en el trayecto de la aguja, así mismo se necesita habilidad y amplios conocimientos para la realización de la misma, por lo que una mala técnica origina un mal diagnóstico.

La BAAF ha sido utilizada sistemáticamente desde hace más de 20 años para la evaluación inicial de los pacientes con tumores de glándulas salivales mayores, sin embargo en nuestro centro, en el Servicio de Cirugía oral y maxilofacial son pocos los estudios orientados a patologías quirúrgicas de glándulas salivales mayores, lo que me motivó a realizar el presente trabajo considerando de importancia la concordancia en cuanto a los resultados entre BAAF y reporte histopatológico, y obtener la eficacia de este método diagnóstico, facilitando posteriormente el buen manejo del paciente. También pretendemos que el estudio, sirva de base para otros estudios de investigación.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUAL ES EL RESULTADO OBTENIDO DE LA BIOPSIA ASPIRACION CON AGUJA FINA Y EL HISTOPATOLOGICO EN NEOPLASIAS QUIRURGICAS DE GLANDULAS SALIVALES MAYORES, EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ", EN EL PERIODO DE ENERO 2012 A DICIEMBRE 2015?

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Determinar el resultado de la biopsia aspiración con aguja fina y el histopatológico en neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores, en pacientes atendidos en el servicio de cirugía oral y maxilofacial en el hospital escuela “Dr. Roberto Calderón G” Managua. Nicaragua. Enero 2012 a Diciembre 2015.

5.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las características demográficas de los pacientes estudiados
2. Reconocer el tipo de glándula salival más afectada
3. Determinar el tiempo de evolución de la lesión.
4. Detallar los signos y síntomas de los pacientes con neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores en el departamento de Cirugía Maxilo Facial.
5. Identificar la biología del crecimiento tumoral (benigno, maligno) en neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores.
6. Especificar los resultados obtenidos de la BAAF y los resultados del Reporte Histopatológico.

VI. MARCO TEÓRICO

Introducción:

Las glándulas salivales son glándulas exocrinas, que vierten su contenido en la cavidad bucal. Tiene a su cargo la producción y secreción de la saliva, la cual humedece y protege la mucosa bucal. La saliva ejerce además acciones anticariogénicas e inmunológicas y participa en la digestión de los alimentos y en la fonación.

Los tumores de glándulas salivales representan del 1 al 3% de los tumores del organismo y del 2 al 6.5% de todos los tumores de cabeza y cuello.

Microscópicamente estos tumores se caracterizan por presentar una gran variedad de tipos histológicos.

Etiológicamente las neoplasias de las glándulas salivales se han relacionado con diversos factores. El virus del Epstein – Barr se asocia a una neoplasia muy poco frecuente, la irradiación se ha relacionado también con los tumores salivales malignos así como la exposición a metales.

Los tumores de glándulas salivales pueden aparecer en cualquier localización anatómica donde exista tejido glandular. La mayoría afectan la glándula parótida (entre el 75 – 85%). El porcentaje global de tumores benignos es del 55 al 78%, aunque pueden variar dependiendo de la glándula afectada y de la localización del tumor. Así cuanto más grande es la glándula asiento del tumor, más probable es que la lesión sea benigna: parótida 70%, submaxilar 55% y sublingual 30%. En los tumores de glándulas salivales menores, la lengua, el suelo de la boca y el triángulo retromolar son áreas especialmente propensas a presentar lesiones malignas.⁹

Las glándulas salivales se clasifican en:

1. Mayores:

⁹ Cuevas. Santos. J.J Cuevas Torres. J.A Santos Miranda. Oncología Básica. GLOBAL HELP. VECTOR EDICIONES. 275-283

- a. Glándulas parótidas
 - b. Glándulas submaxilares
 - c. Glándulas sublinguales
2. Menores: glándulas salivales que se ubican en toda la submucosa del tracto respiratorio y digestivo superior, desde los labios hasta el árbol bronquial y esófago.

Mayores

Glándula Parótida:

Es una glándula par, es la de mayor tamaño con un peso medio de 25 a 30gr, constituye una masa amarillenta lobulada de tipo seroso. El conducto de Sténon con una longitud de aproximadamente 6 cm es el medio de secreción, la cual es seromucosa. Junto con la glándula submandibular, producen el 90% de la secreción salival.

LOCALIZACIÓN: Situadas en gran parte debajo del conducto auditivo externo, entre la mandíbula y el esternocleidomastoideo.

La cavidad parotídea se considera como una dependencia de la aponeurosis cervical superficial. Es más gruesa en su parte externa que en la interna, donde se reduce a una delgada capa de tejido conjuntivo. La celda parotídea consta de 5 paredes: anterior, posterior, superior, inferior y externa.

IRRIGACIÓN Ramos procedentes de la Carótida externa en su ramo auricular posterior y transversa de la cara.

INERVACIÓN

1. El auriculotemporal.
2. La rama auricular del plexo cervical.
3. El facial no da ramas directas a la glándula parótida.

Glándula Submandibular

Es la segunda glándula salival mayor y también se le conoce como glándula salival submaxilar. Ubicada en la fosa submaxilar. Formada por dos partes: superficial y profunda.

CARACTERÍSTICAS

1. Cápsula: bien definida.
2. Color: gris rosado.
3. Peso: entre 7 y 15 gr.
4. Forma: prismática triangular.
5. Tamaño: intermedio, similar al de una nuez.
6. Secreción: mixta (seromucosa).
7. Acinos: serosos y mucosos (mixtos).
8. Conductos: intercalares, estriados.
9. Proporción de saliva: 60 a 65% del volumen salival total.

CONDUCTO EXCRETORIO:

Llamado conducto de wharton, el cual tiene su origen en la superficie medial de la parte superficial de la glándula, cerca del nervio lingual; con una longitud de 4 a 5 cm y diámetro de 2 ó 3 mm.

IRRIGACIÓN:

Procedentes de las arterias facial y lingual, ambos ramos colaterales de la arteria carótida externa.

INERVACIÓN:

De las fibras eferentes del nervio cuerda del tímpano y ganglio submandibular del nervio facial.

Glándula sublingual

Es una glándula pequeña y difusa, no encapsulada y proporciona el 10% del volumen de saliva.

LOCALIZACIÓN:

En el piso de la boca, por arriba del músculo milohioideo y medial al cuerpo de la mandíbula, se encuentra anterior a la glándula submandibular. Tiene forma de almendra, que se unen para formar una masa en forma de herradura alrededor del frenillo lingual.

Características:

1. Peso: de 3 gramos
2. Secreción: mixta mucoserosa.
3. Acinos: predominio mucoso.
4. Conductos intercalares: muy pocos desarrollados.
5. Conductos estriados: muy cortos con pocas estriaciones.
6. Conducto principal: Bartholini (y varios conductos menores de 8 -20 conductos).
7. Cápsula: muy delgada poco definida.
8. Otras características: ausencia de adipositos

INERVACIÓN

Por fibras aferentes (parasimpáticas) del nervio cuerda del tímpano por el ganglio submandibular del VII par craneal.

IRRIGACIÓN

Recibe riego de las arterias sublingual y submentoniana.

Glándulas salivales menores

Pequeñas unidades formadas por grupos de acinos, que se encuentran en la mucosa o submucosa de los diferentes órganos de la cavidad bucal, con excepción de las encías y la parte anterior y media del paladar duro; en número de 500 – 700.¹⁰ (17)

Estas son:

1. Glándulas labiales.
2. Glándulas genianas
3. Genianas o yúgales.
4. Retro molares o molares.
5. Glándulas palatinas; Glándulas de Blandan y Non.
6. Glándulas linguales.: Glándulas de Weber.
7. Glándulas de Von Abner.

Histología de las Glándulas Salivales:

Para humedecer la membrana mucosa de la cavidad bucal, el vestíbulo y los labios, hay una secreción continua de la saliva por las abundantes glándulas pequeñas con relación a la cavidad bucal. Además las glándulas parótidas, submandibular y sublingual secretan mucha saliva en respuesta a estímulos mecánicos, térmicos, químicos físicos u olfatorios por la presencia o anticipación del alimento.

Estas tres pares de glándulas extrínsecas grandes vierten su secreción en la boca por medio de conductos. Cada una es una glándula tubuloalveolar compuesta cuya secreción es merocrina. Estas glándulas secretan proteínas, glicoproteína, proteoglucanos, electrolitos y agua hacia la cavidad bucal.

Glándula parótida:

Envuelta por una cubierta aponeurótica y contiene acinos serosos formados por células piramidales y conductos intercalados y estriados. De la capsula fibrosa

¹⁰ Patología Estructural y Funcional. Robbins, Sexta edición. RAMZI. S. MC GRAW – HILL. INTERAMERICANA.

parten tabiques que penetran en la glándula para dividirla en lóbulos y lobulillos; a menudo estos tabiques contienen células de grasa.

Hay bandas de tejido conectivo fino que rodean y sostienen a los acinos y los conductos, y que contienen muchos capilares sanguíneos.

La parótida se describe como una glándula serosa tubuloalveolar compuesta. Los acinos (alveolos) están envueltos por una lámina basal con células mioepiteliales, y las células acinares de forma piramidal presentan núcleos esféricos basales, basofilia citoplasmática infranuclear y gotitas apicales de secreción. Las células de los acinos tienen un número moderado de ribosomas en su región basal.

Las células mioepiteliales son elementos contráctiles y actúan expulsando la secreción primaria. La secreción inicial del sistema de conductos, el conducto intercalado, es largo y por lo tanto es notable en los cortes y está revestido de epitelio plano o cubico bajo, a menudo con células mioepiteliales.

Los conductos estriados, revestidos por epitelio simple, llamado así por una estriación basal.

Los conductos intralobulillares que se encuentran en los tabiques de tejido conectivo, están revestidos por epitelio cilíndrico que luego se hace pseudoestratificado con algunas células caliciformes. En el conducto principal, cerca de su desembocadura, hay un revestimiento de epitelio cilíndrico pseudoestratificado o plano estratificado.

Glándula submaxilar

A semejanza de la parótida, es una glándula tubuloalveolar compuesta, pero aunque la mayor parte de sus acinos es serosa, contiene acinos mucosos. Las glándulas submaxilares son de tipo mixto (esto es, acinos mucosos con componentes serosos semilunares). Las células serosas encierran gránulos de secreción que son PAS positivos y abundantes sialoglucoproteínas. Las células mucosas entrañan sialomucina, sulfomucina, o ambas. Tienen una capsula, tabiques y un notable sistema de conductos, semejantes a la parótida, pero con

conductos intercalados más cortos menos notables y conductos estriados más evidentes. En los conductos mayores, el epitelio pseudoestratificado modifica la composición de la saliva por la secreción de moco en las células caliciformes dispersas, y de líquido seroso en las células cilíndricas principales. Básicamente, la saliva de esta glándula tiene poca actividad de amilasa, con lisozima secretada por las células semilunares serosas; esta enzima fragmenta la pared celular de las bacterias.

Glándula Sublingual

Esta no es en realidad una sola glándula, sino una colección de glándulas que se encuentran en íntima relación con el conducto de la glándula submaxilar por debajo de la membrana mucosa del piso de la boca. Cada una tiene un conducto independiente que desemboca por debajo de la lengua. Es una glándula tubulo alveolar compuesta mixta: la mayor parte de los acinos son mucosos, algunos de ellos con componentes semilunares serosos. Los principales componentes de las abundantes secreciones mucosas son los polisacáridos sulfatados. Las unidades serosas puras son pocas y cuando existen, contienen glicoproteínas sulfatadas. Hay células mioepiteliales relacionadas con los acinos. Los conductos intercalados y estriados son cortos y por tanto menos notables que en las demás glándulas, y la capsula es menos gruesa, con menor número de tabiques.

Descubrir un tumor en la región cefalocervical representa un dilema diagnóstico. El diagnóstico diferencial de un tumor en esta área incluye cuadros tan variados como neoplasias malignas y benignas, lesiones inflamatorias agudas y crónicas; procesos ya sean degenerativos, inflamatorios o neoplásicos que afecten a estructuras vasculares, neurales, musculares y otros tejidos blandos; desarrollo de anomalías relacionadas con los surcos branquiales o el conducto tirogloso, lesiones quísticas benignas o malignas en glándulas salivales y tiroides; inflamaciones traumáticas; y ganglios linfáticos reactivos.

Un tumor de cabeza y cuello puede valorarse por biopsia abierta o biopsia por aspiración con aguja fina.

La biopsia incisional está contraindicada si en la región de la cabeza y cuello se encuentra un tumor no diagnosticado

La biopsia puede afectar de manera adversa el tratamiento del enfermo en caso de tumores malignos si se sitúa una incisión en un lugar inapropiado para posteriores procedimientos quirúrgicos; peor aún, la biopsia abierta puede afectar el pronóstico del enfermo por el riesgo de sembrar células malignas en la piel y los tejidos subcutáneos, o bien por aumento del riesgo de recidiva local. Además del riesgo quirúrgico que incluye la hemorragia e infección, sobre todo en tumores profundos; y por último las molestias que significan para el paciente y el costo económico que significa para él y el sistema de salud.

La BAAF puede aplicarse en todas las masas palpables de la región de la cabeza y el cuello; sin embargo, los tumores cutáneos primarios o mucosos en esa región se diagnostican mejor por biopsia excisional o incisional que con BAAF.

Este procedimiento proporciona al clínico una orientación del diagnóstico citológico.

La mayoría de las veces el diagnóstico por este método puede clasificarse como infeccioso, benigno, sospechoso o maligno. En algunos casos el anatomopatólogo podrá describir un tipo celular exacto o el grado de diferenciación de un tumor.

Aproximadamente el 8% de las BAAF se informan como no diagnósticas, casi siempre debido a que el material obtenido es insuficiente o bien por que no se puncionó la zona que correspondía a la tumoración. Una vez estudiado acuciosamente el territorio de cabeza y cuello en busca del primario, se puede repetir la técnica o bien recurrir a otros métodos diagnósticos, como por ejemplo la biopsia abierta.

CITOLOGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES NORMALES.

En los aspirados con frecuencia puede observarse elementos de las glándulas salivales normales; los acinos normales se observan como pequeños conglomerados tridimensionales densos, redondeados u ovals, habitualmente aplastados que se componen de células pequeñas uniformes. Las células de tipo seroso presentan gránulos eosinófilos en su citoplasma. Las células mucosas poseen un citoplasma claro. Las células epiteliales de los conductos terminales aparecen dispuestas en estructuras tubulares, tridimensionales, cortas e integradas por células cúbicas pequeñas estrechamente adosadas con núcleos redondeados regulares. Los conductos excretores más grandes aparecen como pequeños conglomerados aplanados o láminas de células cúbicas o cilíndricas con núcleos de tamaño uniforme. En la periferia de los conglomerados a veces es posible observar células mioepiteliales fusiformes.

Una regla para la interpretación de los aspirados de las glándulas salivales consiste en no diagnosticar un cáncer en caso de conglomerados celulares densos, la única excepción es el carcinoma adeno quístico.¹¹

VALORACIÓN EN LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES

Cuando nos enfrentamos a tumoraciones de glándulas salivales, nos debemos plantear algunas preguntas:

1. ¿Se trata de un proceso maligno o benigno?
2. ¿es un proceso inflamatorio o degenerativo que no requerirá cirugía?
3. ¿se trata de un quiste?

Bien sabemos que la anamnesis y el examen físico son elementos valiosos que nos orientarán en la etiología, pero en la mayoría de los casos no responderán las interrogantes que nos hicimos.

¹¹Prieto M, Artes M J, García A. Eficacia Diagnostica de la PAAF en lesiones de Glándulas Salivales. Medicina Oral. 1997.

Está contraindicado realizar biopsias por punción con agujas de gran calibre debido a que puede provocar implantación del tumor, lo que incrementa el riesgo de recurrencia.

Existe también, el riesgo de lesionar el nervio facial en una biopsia incisional de la parótida, por lo cual, la mayoría de los clínicos están de acuerdo en que la biopsia mínima en la glándula parótida debe ser una parotidectomía superficial.

La BAAF es muy útil en tumores de glándulas salivales; en algunos casos pudiesen corresponder a procesos infecciosos agudos o inflamatorios, o a ganglios intraparotídeos con patologías como enfermedad por arañazo de gato o sarcoidosis.

La BAAF tiene una precisión comparable con las muestras por congelación de neoplasias de glándulas salivales. La mayor parte de los estudios notifican precisión diagnóstica que va del 81 al 98% para diferenciar neoplasias malignas de benignas. Esta tasa de precisión baja cuando se trata del diagnóstico específico de lesiones de glándulas salivales, la mayoría de los estudios informan entre 57 a 92%; y en lo que se refiere a neoplasias malignas la tasa de precisión que se encuentra en la literatura va de 50 a 93%.

La sensibilidad diagnóstica (porcentaje de resultados positivos correctos) oscila entre el 64-67%⁹ y el 100%

La especificidad (porcentaje de resultados negativos correctos) se encuentra entre el 85% y el 100%

La exactitud diagnóstica varía en la literatura entre el 81% y el 98%.

La tasa de falsos Negativos es del orden del 4%, y del 3.5% de falsos positivos.

La BAAF En los tumores de origen en las glándulas salivales tiene una muy buena sensibilidad y especificidad, sobre todo en la glándula parótida, órgano que más frecuentemente se encuentra afectado. En relación a los quistes, la BAAF tiene una muy buena sensibilidad y especificidad. (20)

Los tumores de Glándulas Salivales tienen una amplia variedad de tipos histológicos y hay diversidad de aspectos histológicos en un mismo tumor lo que contribuye a la dificultad de hacer un diagnóstico específico mediante BAAF.

CLASIFICACION

TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES (O.M.S. 2005)

1. TUMORES EPITELIALES MALIGNOS

- Carcinoma de células acinares
- Carcinoma mucoepidermoide
- Carcinoma adenoidequístico
- Adenocarcinoma pleomorfo de bajo grado
- Carcinoma de células claras
- Adenocarcinoma de células basales
- Carcinoma sebáceo
- Linfadenocarcinoma sebáceo
- Cistadenocarcinoma
- Adenocarcinoma mucinoso
- Carcinoma de ductos salivales
- Carcinoma exadenoma pleomorfo
- Carcinosarcoma
- Adenoma pleomorfo metastizante
- Carcinoma de células escamosas
- Carcinoma de células pequeñas
- Carcinoma de células grandes
- Carcinoma linfoepiteliales
- Sialoblastoma

2. TUMORES EPITELIALES BENIGNOS

- Adenoma pleomorfo

- Mioepitelioma
- Adenoma de células basales
- Oncocitoma
- Adenoma canalicular
- Adenoma sebáceo
- Linfadenoma sebáceo/ no sebáceo
- Papiloma ductual
- Cestadenoma

3. TUMORES DE TEJIDOS BLANDO

- Hemangioma

4. TUMORES HEMATOLINFOIDES

- Linfoma hodgkin
- Linfoma difuso de células B grandes
- Linfoma extranodal de zona marginal.

Los tumores de glándulas salivales, constituyen alrededor de 5% de las neoplasias de cabeza y cuello, el promedio de edad de los pacientes con neoplasias malignas es aproximadamente 55 años y 40 años para los tumores benignos. Pueden ser malignos el 25% de los tumores parotídeos y el 50% de los tumores de las glándulas submandibulares.

Los tumores de las glándulas salivales menores son raros y constituyen el 2 a 3 % de los tumores malignos de la vía aérea y digestiva superior, poco comunes bajo los 20 años y raros bajo los 10; su localización más frecuente es en paladar duro, cavidad nasal y senos paranasales.

Entre más pequeña sea una glándula salival más probablemente una tumoración en ella será maligna

Hay una gama extensa de tumores benignos y malignos de glándulas salivales y no es infrecuente el cambio de diagnóstico de la biopsia por congelación (biopsia rápida) con el informe definitivo.

Tumores Benignos de glándulas salivales:

Lesión benigna linfoepitelial, se ha llamado también tumor de Godwin y constituye alrededor de 5% de las lesiones benignas. Puede ser bilateral y más común en la mujer. Tiene una alta frecuencia de recidiva postratamiento. Su descripción primaria estuvo asociada a síndrome de Sjögren y Mikulicz. Parece haber un aumento en su incidencia en pacientes con infección con el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH). Numerosas comunicaciones de tumores en la parótida incluyen linfoma no Hodgkin, sarcoma de Kaposi y carcinoma adenoide quístico, algunos de estos pueden tener su origen en lesiones benignas linfoepiteliales.

Su tratamiento es controvertido, la parotidectomía puede estar justificada por su asociación con tumores malignos; otros recomiendan dosis baja de radioterapia. La terapia más racional debería ser evaluada individualmente, dependiendo del cuadro clínico y sospecha diagnóstica de malignidad, estado de VIH asintomático y el riesgo-beneficio conversado entre paciente y cirujano.

Citología: predominantemente células linfoides acompañadas de fragmentos de acinos glandulares y conductos excretores. Es posible hallar células plasmáticas y macrófagos, si la población linfocitaria es monomorfa o muestra otra forma atípica, debe considerarse un linfoma maligno.

El ***tumor mixto benigno*** o ***adenoma pleomórfico***, aparece entre los 20 y 40 años, es de crecimiento lento y tiene una pseudocápsula que puede ser atravesada por prolongaciones del tumor, de ahí que su resección por enucleación o con márgenes estrechos puede significar una recidiva. La incidencia de transformación maligna ocurre en 3-5% de los casos.

Nódulo duro, móvil de crecimiento lento no adherido a planos profundos ni a piel, el adenoma pleomorfo se compone de elementos epiteliales y estromales que varían en aspecto y proporción en diferentes zonas del mismo tumor y entre distintos tumores. El componente epitelial puede formar áreas sólidas o estructuras tubulares, canaliculares, acinosas o trabeculares de diversos tamaños. En ocasiones aparece metaplasma pavimentoso, con formación de queratina o sin ella, oncocitos en lamina o en estructuras glanduliformes, células productoras de mucina e incluso glándulas sebáceas. El estroma de tejido conectivo es de aspecto mixoide laxo, el tejido mixoide con frecuencia presenta áreas de aspecto condroide.¹²

Citología: características principales

- Frotis muy celulares compuestos por conglomerados irregulares densos de células epiteliales y estroma mixomatoso laxo.
- Conglomerados con transición entre células epiteliales y estromales.

El **tumor de Warthin (adenolinfoma) o cistoadenoma papilar linfomatoso**, tumor benigno, se encuentra en pacientes mayores de 60 años, puede ser bilateral en 10% de los casos y en ocasiones múltiple. Suelen aparecer en el polo inferior de la glándula parótida, en su mayoría son predominantemente quísticos.

Los dos componentes histológicos esenciales son el revestimiento epitelial de los espacios quísticos y el estroma linfoide.

Citología: la aspiración proporciona un líquido turbio; los frotis preparados con este material poseen un fondo granular u homogéneo. Se observan linfocitos aislados, células epiteliales pequeñas con núcleos picnóticos y macrófagos. Presencia de láminas aplanadas compuesta por numerosas células oxífilas poliédricas grandes, densamente agrupadas con abundante citoplasma granular eosinófilo bien

¹²Schafer W.G. Tumores de Glándulas Salivales. Tratado de Patología Bucal. Editorial interamericana 1990.

delimitado, se puede observar el denominado patrón en panal de abeja con que se disponen las células.¹³(28)

ADENOMA: *Adenoma oxífilo*, (Oncocitoma) es un tumor benigno de crecimiento lento que se encuentra en grupos de edad avanzada, es encapsulado y con aspecto oscuro similar al melanoma, este tumor deriva del oncocito (célula epitelial mutante que puede aparecer donde exista tejido salival).

Constituye el 1% de los tumores salivales, su localización preferente es la parótida, y el 85% de los casos aparece entre los 60 y 90 años. No se diferencia en sus características clínicas de otros tumores de glándulas salivales, excepto por su tamaño, que no suele ser voluminoso.

Histológicamente se caracteriza por presentar células grandes con un citoplasma eosinófilo, se ordenan en filas angostas o cordones.¹⁴

Citología: lámina de células oxífilas poligonales (oncocitos) densamente agrupados con abundantes citoplasma y núcleos redondeados centrales que poseen nucléolos prominentes.

Otros adenomas, incluye un grupo de lesiones benignas que pueden tener una variedad de presentación, el más común es el adenoma de células basales.

Otras formas son el linfadenoma sebáceo y el adenoma sebáceo, estas lesiones pueden presentarse en la parótida, deben distinguirse del cáncer de células basales de la piel con linfo nodos metastásicos en parótida.

Tumores malignos de glándulas salivales

Carcinoma mucoepidermoide, tumor de origen canalicular frecuente en glándulas salivales mayores. Puede ser confundido en la histología con tinción de hematoxilina y eosina con un carcinoma escamoso o epidermoide. En su

¹³ et al 6

¹⁴ et al 7

comienzo, es un tumor delimitado, indoloro y crecimiento lento, sin embargo tiene un amplio espectro de agresividad en estadios más avanzados e invadir tejidos vecinos, piel y producir metástasis en ganglios linfáticos regionales y en órganos distantes. Los carcinomas mucoepidermoides son sólidos o parcialmente quísticos.

Por razones de pronóstico, se suelen clasificar en tres grados:

1. Bien diferenciados (grado I), presentan espacios quísticos o glandulares bien formados, sin atipias ni pleomorfismo celular y con poca mitosis, suelen infiltrar localmente y son raras las metástasis.
2. Moderadamente diferenciado (grado II), producen grupos celulares sólidos con elevado pleomorfismo y mitosis ocasionales. Presentan mayor número de recidivas y metástasis.
3. Poco diferenciado (grado III), mayor grado de pleomorfismo y anaplasia. Las formas glandulares o quísticas se observan en algunos casos. Mayor tendencia a recidivas y metástasis.

El cáncer mucoepidermoide de bajo grado de malignidad crece fundamentalmente en forma local y lenta. La resección local puede ser curativa. En la medida que el grado de malignidad aumenta, las metástasis ganglionares regionales y la invasión de vasos y nervios son más frecuentes. la metástasis linfática es más frecuente que la hemática. Por estas características, debe considerarse cirugía agresiva con disección ganglionar cervical y radioterapia postoperatoria.

Citología:

Bien diferenciados:

- presencia de células neoplásicas mucíparas y queratinizada.
- Células mucíparas con abundante citoplasma finamente vacuolado y núcleos hipercromáticos de nucléolo evidente.

- Células pavimentosas con citoplasma queratinizado, atipias nucleares y vacuolas perinucleares.

Poco diferenciados:

- Abundante cantidad de células claramente malignas de tipo epidermoide o productor de queratina.
- Producción de mucina difícil de documentar sin técnicas especiales.

Carcinoma de células acinares Tumor poco frecuente, aparece a cualquier edad, predominando en la 4ta y 5ta década de vida, en la mayor parte de los casos aparece en parótida (80% de los casos). Neoplasia sólida de crecimiento lento, el patrón histológico se caracteriza por células uniformes, dispuestas en cordones o acinos separados por un estroma escaso.

Probablemente alcanza el 10% de los cánceres de glándulas salivales. Es un tumor de bajo grado de malignidad y rara vez invade el nervio facial, las metástasis a distancia son tardías y de mal pronóstico. Por su crecimiento lento, la sobrevida es buena, realizando cirugía radical.

Citología:

- Semejanza general de las células neoplásicas con las células de los acinos serosos normales.
- Células neoplásicas grandes con citoplasma vacuolado y núcleos excéntricos de aspecto relativamente benigno.¹⁵

Adenocarcinoma; constituye aproximadamente el 16% de los tumores malignos de la glándula parótida y el 9% de la glándula submandibular. Es más frecuente en glándulas salivales menores de la nariz y senos paranasales. Los tumores de alto grado de malignidad tienen mal pronóstico y la falla del tratamiento se traduce habitualmente en metástasis a distancia (50% linfática y 30% hemática). El

¹⁵ et al 6

tratamiento loco-regional debe ser agresivo, por su elevada tasa de recurrencia local.

Tumor mixto maligno: constituye el 14% del cáncer de la glándula parótida y el 12% de la glándula submandibular, el tumor mixto maligno se origina de un adenoma pleomorfo pre existente lo que se designa como carcinoma ex adenoma pleomorfo o puede ser que tanto la parte mesenquimal como la epitelial sea maligna (carcinosarcoma). El crecimiento acelerado de un tumor estable no es patognomónico de malignización, pero debe ser tomado en cuenta como probable y orientar a su tratamiento. La historia natural del tumor mixto maligno es su crecimiento implacable, en más del 25% de los casos se presentan metástasis en linfonodos regionales.

Carcinoma adenoide-quístico: neoplasia de crecimiento lento pero altamente maligna; se caracteriza por un crecimiento infiltrante, hacia los espacios perineurales, el dolor es un síntoma muy común. Suele diseminarse por vía hemática alcanzando pulmones, hueso e hígado. Constituye casi el 25% de los cánceres de glándulas salivales. En la parótida se presentan entre el 10 y al 15%, este cáncer es proporcionalmente más frecuente en las glándulas salivales menores, puede tener una evolución prolongada de 10 a 20 años sin metástasis y cuando se presentan con mayor frecuencia pulmonares la muerte ocurre en un tiempo relativamente corto. El tratamiento consiste en cirugía amplia seguida de radioterapia.

Citología:

- Numerosos agregados esféricos de células neoplásicas monomorfos pequeñas.
- Presencia de centros de material hialino.
- Células neoplásicas pequeñas dispersas con núcleos hiper cromáticos uniformes y nucléolos pequeños pero bien visibles.

Carcinoma Epidermoide: más frecuente en glándulas submaxilares, se presenta como una masa asintomática, seguido de dolor y parálisis facial. Muestra

propiedades infiltrativas, forma metástasis temprana y recurre con rapidez. El sitio exacto donde surge el carcinoma epidermoide de la glándula salival no se ha establecido en forma definitiva.

Sarcoma: Se han descrito fibrosarcomas, rhabdomyosarcomas y otros sarcomas no sub clasificados en las glándulas salivales de adultos y niños. Estos tumores son muy infrecuentes y no existe información sobre sus presentaciones citológicas.

Tumores metastásicos: las metástasis en glándulas salivales pueden acontecer por extensión en continuidad o por diseminación linfática o hematológica. Suponen el 25% de los tumores malignos y el 3% de todos los tumores de glándulas salivales. La localización más frecuente es la glándula parótida por contener ganglios intra y paraganglionares que reciben el drenaje de numerosas zonas. En la glándula submaxilar no se ha descrito la existencia de ganglios intraglandulares, aunque pueden aparecer ganglios subcapsulares. Los tumores infraclaviculares pueden alcanzar la parótida. La mayor parte de metástasis parotídea provienen de cabeza y cuello, mientras que en la submaxilar el primario suele localizarse debajo de la clavícula.

Existe una amplia variabilidad en el aspecto histológico de los tumores, siendo el más frecuente el carcinoma escamoso, seguido por melanoma maligno y el adenocarcinoma.¹⁶

Tratamiento

El tratamiento inicial en tumores benignos y malignos en glándulas salivales mayores o menores es "casi" siempre quirúrgico y, siendo posible, debe realizarse la resección de parótida, submandibular o sublingual, prefiriendo una acción excisional mejor que la incisional. La biopsia y el tratamiento quirúrgico definitivo son con frecuencia el mismo procedimiento. En tumores del lóbulo profundo

¹⁶ et al 7

parotídeo o que compromete ambos lóbulos, es mejor realizar parotidectomía total.

La biopsia incisional o excisional aumenta el riesgo de contaminación del lecho tumoral y por ende la recurrencia y daño del nervio facial con el procedimiento quirúrgico definitivo que debe remover el sitio de la biopsia.

La presencia de metástasis cervicales en tumores de glándulas salivales es de mal pronóstico y la disección radical modificada está indicada seguida de radioterapia. Las metástasis no palpables (metástasis ocultas) están presentes en un alto porcentaje que van desde 20 a 50% en relación a tamaño del primario y grado de malignidad, sin embargo en la actualidad no hay información que justifique la disección electiva de cuello cuando es clínicamente negativo.

La indicación de radioterapia postcirugía se plantea cuando hay márgenes quirúrgicos positivos, tumor primario avanzado y alto grado de malignidad, compromiso de nervio facial o de lóbulo profundo en parótida, ganglios positivos y cuando se produce "siembra" del tumor en la operación por ruptura de su cápsula. En los tumores de glándulas salivales menores, la resección en tejido sano debe ser la intención primaria, sean benignos o malignos; la enucleación tumoral es inadecuada y hay recidiva sobre 90%. En tumores de paladar o senos paranasales, el cirujano debe estar preparado para realizar resección ósea ya sea de paladar o de maxila para tener márgenes libres de tumor; esta situación debe ser planteada al paciente y aceptada por él o ella, e incluso por su entorno familiar más próximo. El cirujano debe explicar claramente las secuelas e inconvenientes secundarios a la cirugía y debe también estar preparado para realizar una rehabilitación funcional y cosmética.

La presencia de un tumor en el lóbulo profundo de la parótida sea benigno o maligno, con frecuencia no puede abordarse por la vía habitual pre-auricular y debe recurrirse a algún tipo de extensión mandibular que da una buena exposición. Estos tumores pueden manifestarse con abombamiento del paladar, ya que son tumores que ocupan la fosa ptérigomaxilar o el espacio parafaríngeo.

En estos casos es esencial la tomografía axial o resonancia nuclear magnética que proporcionan una apreciación objetiva de la ubicación y extensión.¹⁷

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La mayoría de los pacientes con tumores benignos de las glándulas salivales mayores o menores, presentan hinchazón no dolorosa de la parótida, submandibular o de las glándulas sublinguales. Cuando se presentan señales neurológicas como debilidad o adormecimiento debido a implicación nerviosa, típicamente es indicio de enfermedad maligna. Una debilidad en el nervio facial relacionado con tumor de la parótida o submandibular, constituye una señal ominosa. Cuando hay presencia de dolor facial persistente esto es una señal clara de enfermedad maligna; aproximadamente de un 10 a un 15% de las neoplasias malignas de la parótida presentan dolor. Sin embargo, la mayoría de los tumores de la parótida, tanto benignos como malignos, se presentan como una masa asintomática en la glándula.

Factores pronósticos

Los tumores malignos de las glándulas salivales en etapa temprana y de grado bajo generalmente son curables por medio de resección quirúrgica sola. El pronóstico es más favorable cuando el tumor se encuentra en una glándula salival mayor; la glándula parótida es la más favorable, luego las glándulas submandibulares; los sitios primarios menos favorables son los sublinguales y las glándulas salivales menores. Los tumores voluminosos o de grado alto tienen un pronóstico más precario y pueden tratarse mejor por resección quirúrgica combinada con radiación postoperatoria. El pronóstico también depende de lo siguiente:

- Glándula en la que surgen.
- Tipo Histológico.
- Grado (por ejemplo, de malignidad).

¹⁷ Raúl Caure S. Tumores Glándulas Salivales PONTIFICA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualcabezacuello/TumoresGlandulas.html> 02/11/15

- Extensión del tumor primario (por ejemplo, estadio).
- Si el tumor implica al nervio facial, está fijado en la piel o estructuras profundas o se diseminó a los ganglios linfáticos o sitios distantes.

Seguimiento y supervivencia

Sobre todo, el estadio clínico, particularmente el tamaño del tumor puede ser el factor principal para determinar los resultados del cáncer de glándulas salivales y puede ser más importante que el grado histológico.

Manejo del tratamiento

También puede presentarse invasión perineural, particularmente en el carcinoma quístico adenoide de grado alto, debe ser específicamente identificada y tratada. La radioterapia puede aumentar las probabilidades de control local y aumentar la supervivencia del paciente cuando no se puede lograr márgenes adecuados. Los tumores no resecables o recidivantes pueden responder a la quimioterapia. La radioterapia con haz de neutrones rápidos o esquemas hiperfraccionados con haz de fotones acelerados mostró ser eficaz para el tratamiento de tumores no operables, no resecables o recidivantes.

Seguimiento después del tratamiento

Entre las complicaciones del tratamiento quirúrgico para la neoplasia de la parótida, tenemos la disfunción del nervio facial y el síndrome de Frey también conocido como síndrome gustatorio, de enrojecimiento y sudoración, y como síndrome auriculotemporal. El síndrome de Frey se trata de forma eficaz con inyecciones de toxina botulínica A.¹⁸ (23)

BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA

DESARROLLO HISTÓRICO

¹⁸ Cáncer de Glándulas Salivales: Tratamiento—para profesionales de salud (PDQ®)
<http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza-cuello/pro/tratamiento-glandulas-salivales-pdq> 2/11/95

El estudio microscópico de las células humanas de diversos orígenes, comenzó durante la primera parte del siglo diecinueve.

El concepto de la citología exfoliativa, a la cual contribuyó George N. Papanicolaou ha sido transformado significativamente por el uso de muestras aspiradas mediante una aguja y una jeringa. Según Webb (1974) fue James Paget el primero en emplear muestras aspiradas de tumores mamarios para el examen microscópico.

Sin duda, existieron otros profesionales que se valían de la aspiración de tejidos para usarlos en el diagnóstico citológico, cabe mencionar a Mannheim (discípulo de Martin y Ellis), propuso el uso de una jeringa delgada de 1mm de diámetro para la aspiración de tumores, siendo el líder de la escuela europea de biopsias por aspiración con agujas delgadas que han modificado completamente la aspiración de este método diagnóstico.

En los años 1925 ó 1926, se comenzó a experimentar en gran escala con la biopsia por aspiración de varios tumores humanos, el doctor James Ewing, se oponía a la práctica de biopsias por incisión en los cánceres porque creía que el método contribuiría a la diseminación de la enfermedad. Martin gran cirujano de cabeza y cuello era reacio a tratar los pacientes sin tener un diagnóstico de certeza, y entonces la biopsia por aspiración evolucionó como un compromiso.

Martin y Ellis en 1930 publicaron por primera vez la utilidad de esta técnica (BAAF) en el diagnóstico de tumores de glándulas salivales, comentando las indicaciones y beneficios.

Hoy en día esta técnica poco invasiva nos permite establecer un correcto diagnóstico preoperatorio y planear el tratamiento quirúrgico

TÉCNICA

Para una biopsia por aspiración de lesiones palpables se debe constar de agujas desechables de calibres 22 y 23 (con el diámetro externo de 0.64 y 0.75mm) y de longitud entre 2.5 cm (una pulgada) y 7.5cm (3 pulgadas), se deben seguir los siguientes pasos:

1. Se palpa la lesión y se estima su distancia del punto de entrada superficial
2. Se esteriliza la piel y se cubre el campo con gasa estéril.
3. Se lavan las manos con jabón, agua y alcohol, no se recomienda uso de guantes.
4. Se coloca la jeringa en el porta jeringas (de frazén), se fija la aguja a la jeringa, el embolo debe estar ubicado al fondo de la camisa de la jeringa en la posición inicial.
5. Se sostiene el ``blanco`` con una mano, entre dedo índice y el pulgar.
6. Se introduce la aguja delicadamente pero firmemente en el tejido subcutáneo y luego en el ``blanco``, percibiendo un cambio en la consistencia de los tejidos.
7. Con la aguja dentro de la lesión, se mueve el extremo de la aguja con desplazamientos cortos para desprender las células del tejido, ejerciendo una presión negativa sobre la manija movable o sobre el émbolo de la jeringa se efectúa la aspiración.
8. Sin suprimir la aspiración negativa, se reintroduce la aguja en el ``blanco`` retirándola unos 2-5mm y volviéndola a insertar en un ángulo distinto, no debe retirarse la aguja más allá de los bordes de la lesión. Es necesario introducir la aguja en el tejido ``blanco`` por lo menos tres veces.
9. Antes de sacar la aguja, se vuelve el émbolo de la jeringa a su posición inicial, suprimiendo así la presión negativa.

FUNDAMENTOS DE LA TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE MUESTRA:

Independientemente del órgano blanco y la forma de su ubicación, ya sea por palpación en una lesión superficial o por técnica radiológica, se aplican ciertos principios:

1. Se debe extraer la muestra de por lo menos tres sitios diferentes dentro de la lesión. Esto se efectúa “reguiando” la aguja antes de cada aspiración. Si la primera aspiración es inadecuada, debe realizarse una segunda aspiración con otro sitio de punción.
2. Nunca debe retirarse la aguja durante el acto de aspiración; el material ha de permanecer dentro de la aguja y no debe ser aspirado hasta el interior de la jeringa donde se lo podría perder definitivamente.¹⁹

COMPLICACIONES DE LA BAAF:

Son infrecuentes las complicaciones que necesitan tratamiento tras una aspiración con aguja fina sin embargo todas las tomas de muestra de tejido entrañan riesgos al tratarse de pruebas que invaden los órganos corporales, aunque sea levemente.

Las principales complicaciones que se asocian con la BAAF:

1. Sangrado: Existe un pequeño riesgo, que es directamente proporcional al calibre de la aguja usada, así el riesgo de sangrado por BAAF es muy bajo (a no ser que exista un trastorno de coagulación) y este riesgo se aumenta ligeramente cuando se usan agujas más gruesas, pero sigue siendo una complicación rara, en la mayoría de los casos el sangrado es limitado y solo se precisa un control de unas horas posterior al procedimiento.
2. Existe un riesgo teórico de infección, pero es muy raro si se cumplen las medidas de esterilidad, si la patología es de origen infecciosa el riesgo es elevado.
3. Dolor, el cual tiende a desaparecer posterior a uso de analgésicos.

¹⁹Biopsiapor Aspiración. Interpretación citológica, Bases histológicas. Woyke/ Olszewski. Editorial medica panamericana.

4. Casos aislados de siembra de células neoplásicas en la trayectoria de la aguja (implantación subcutánea del tumor).

Considerando la escasa frecuencia de complicaciones graves, la seguridad de las aspiraciones con aguja fina que se ejecutan correctamente supera en gran medida los riesgos.

Sus ventajas incluyen bajo costo, facilidad técnica y prácticamente todas las lesiones de glándulas salivales son susceptibles de biopsiarse. Las contraindicaciones son mínimas e involucran a pacientes con trastornos de la coagulación.

REPORTE HISTOPATOLOGICO (MANEJO DE LA PIEZA QUIRURGICA)

Una vez que es extirpado el fragmento, tejido u órgano a estudiar, se procede a realizar un examen microscópico a fin de establecer un diagnóstico, respetando los siguientes pasos:

1. Se fija el tejido en formalina al 10%.
2. Descripción macroscópica del tejido (tamaño, peso, color, consistencia, forma).
3. Cortes del tejido con bisturí (de toda la muestra según el tamaño o representativa).
4. Introducción de la muestra en la maquina procesadora de tejido por 12 a 18 horas.
5. Deshidratación del tejido.
6. Se incluye el tejido en bloques de parafina (maquina embebedora de tejidos).

Técnico Histológico:

1. Colocación de tacos de parafina en Micrótomo (maquina).
2. Colocación del tejido en lámina porta objetos.

3. Colocación de la lámina en horno para desparafinar (con el objetivo de que solo quede el tejido en la lámina).
4. Se tiñe el tejido con hematoxilina eosina.
5. Colocación de cubre objeto.
6. Tejido listo para diagnosticar.²⁰

²⁰Manual de Histotecnología. 1er Congreso de Latino Americano de Histotecnología Managua- Nicaragua- 2001. Sociedad Latinoamericana de Histotecnología. TR Flores, EM, HT (ASCP) RM Velásquez, HT (ASCP).

VII. MATERIAL Y MÉTODO

1. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, en Managua, este es un centro de referencia nacional que brinda interconsultas a diferentes especialidades.

2. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, de corte transversal.

3. UNIVERSO DE ESTUDIO

Todos los pacientes con diagnóstico clínico o presuntivo de neoplasias quirúrgicas de glándulas Salivales Mayores en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilo Facial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez en el periodo señalado.

4. MUESTRA

Por conveniencia.

5. UNIDAD DE ANÁLISIS

Todos los pacientes a quienes se les realizó BAAF por presentar lesiones neoplásicas quirúrgicas de glándulas salivales mayores y que contaron con resultados histopatológicos.

6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Todos los pacientes que se realizaron BAAF con diagnóstico clínico o presuntivo de Neoplasias de Glándulas Salivales mayores.
2. Todas las BAAF con diagnóstico posterior histopatológico, de lesiones neoplásicas de glándulas salivales mayores.
3. Pacientes cuyos expedientes reportaron datos completos según el interés de nuestro estudio.

7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Todos los pacientes que se les realizó BAAF con diagnóstico clínico de neoplasias de glándulas salivales mayores, pero que en el estudio cito histológico no comprometen la misma.
2. Pacientes con expedientes incompletos.
3. Datos de BAAF y Reporte histopatológico incompleto
4. Pacientes sin estudios histológicos.
5. Pacientes con resultados de BAAF de otras instituciones médicas.

8. PROCEDIMIENTO.

La BAAF se realizó por médicos residente del servicio de patología (de 1ero a 3er año) siguiendo los siguientes pasos.

- Se palpa la lesión y se estima su distancia del punto de entrada superficial
- Se esteriliza la piel y se cubre el campo con gasa estéril
- Se lavan las manos con jabón, agua y alcohol, no se recomienda uso de guantes.
- Se coloca la jeringa en el porta jeringas (de frazén), se fija la aguja a la jeringa, el embolo debe estar ubicado al fondo de la camisa de la jeringa en la posición inicial.
- Se sostiene el ``blanco`` con una mano, entre dedo índice y el pulgar.
- Se introduce la aguja delicadamente pero firmemente en el tejido subcutáneo y luego en el ``blanco``, percibiendo un cambio en la consistencia de los tejidos.
- Con la aguja dentro de la lesión, se mueve el extremo de la aguja con desplazamientos cortos para desprender las células del tejido, ejerciendo una presión negativa sobre la manija movable o sobre el émbolo de la jeringa se efectúa la aspiración.
- Sin suprimir la aspiración negativa, se reintroduce la aguja en el ``blanco`` retirándola unos 2-5mm y volviéndola a insertar en un ángulo distinto, no debe retirarse la aguja más allá de los bordes de la lesión.

Es necesario introducir la aguja en el tejido ``blanco`` por lo menos tres veces.

- Antes de sacar la aguja, se vuelve el émbolo de la jeringa a su posición inicial, suprimiendo así la presión negativa.

Procesados los tejidos se revisaron los diagnósticos citológicos (BAAF) y se agruparon de acuerdo al diagnóstico, para evaluar la casuística de nuestro Hospital.

Se realizó una revisión crítica de los datos obtenidos, con las demás variables demográficas y presentación clínica, así como con el procedimiento realizado.

Se procedió a comparar los resultados obtenidos con aquellos registrados en la bibliografía Internacional y a redactar las principales conclusiones derivadas del estudio

9. OBTENCION DE LA INFORMACION

La información se obtuvo haciendo uso del expediente clínico, mediante el llenado de una ficha de recolección de datos.

10.VARIABLES

Para el objetivo específico N°1. Identificar las características demográficas de los pacientes estudiados. Las variables serán:

- ❖ Edad
- ❖ Sexo
- ❖ Procedencia

Para el Objetivo Especifico N°2. Reconocer el tipo de glándula salival afectada.

- ❖ Glándulas parótidas (lóbulo superficial, lóbulo profundo)
- ❖ Glándulas submaxilares
- ❖ Glándulas sublinguales

Para el Objetivo Específico N°3. Determinar el tiempo de evolución de la lesión.

Las variables serán:

- ❖ Años
- ❖ Meses
- ❖ Días

Para el Objetivo Específico N°4. Detallar el cuadro clínico de los pacientes con neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores en el departamento de Cirugía Maxilo Facial.

- ❖ Crecimiento
- ❖ Forma clínica
- ❖ Superficie
- ❖ Consistencia
- ❖ Dolor
- ❖ Movilidad
- ❖ Disfunción nerviosa

Para el objetivo específico N° 5. Identificar la biología del crecimiento tumoral, en las neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores en BAAF e Histopatológico.

- ❖ Maligno
- ❖ Benigno

Para el objetivo específico N° 6. Especificar los resultados obtenidos de la BAAF y los Reportes Histopatológicos.

- ❖ Tumores epiteliales malignos
- ❖ Tumores epiteliales benignos
- ❖ Tumores de tejidos blandos
- ❖ Tumores hematolinfoides

11. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALORES
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta el momento de acudir al hospital	Expediente clínico	0-14 años 15- 30 años 31-45 años 46- 60 años 61- 75 años 76 a mas
Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en hombre y mujer.	Expediente clínico	Masculino Femenino

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALORES
Localización anatómica	Delimitación, ubicación.	Expediente clínico	Glándulas parótidas Glándulas submaxilares Glándulas sublinguales
Tiempo de evolución	Duración o extensión en que se ha manifestado un hecho o enfermedad	Expediente clínico	Años Meses Días
Crecimiento	Incremento de la masa por el aumento del número de células	Expediente clínico	Rápido Lento Intermitente
Forma	Aspecto de un cuerpo.	Expediente clínico	Hipertrófica Difusa Nodular Quística
Superficie	Parte más externa de un cuerpo que indica el límite y extensión	Expediente clínico	Lisa Irregular

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALORES
Consistencia	Grado de cohesión o de concentración entre las partículas de una masa	Expediente clínico	Blanda Dura Pétreo Renitente
Dolor	Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a lesión tisular	Expediente clínico	SI NO
Movilidad	Capacidad de desplazamiento	Expediente clínico	SI NO
Disfunción nerviosa	Alteración o trastorno a nivel de un nervio predeterminado, impidiendo realizar una o más operaciones que le corresponda	Expediente clínico	SI NO

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALORES
Biología del crecimiento tumoral	Características morfológicas y clínicas que determinan la naturaleza de una lesión	Expediente clínico	Benigno Maligno
Diagnostico citológico (BAAF)	Constituye la biopsia por aguja fina en la cual se obtiene una muestra de tejido para su examen microscópico introduciendo una aguja	Expediente clínico	Descripción del resultado del estudio citológico referido por patología: <ul style="list-style-type: none"> • Tumores epiteliales malignos • Tumores epiteliales benignos • Tumores de tejidos blandos • Tumores hematolinfoides

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALORES
Diagnostico Histopatológico	Extirpación de un fragmento, tejido u órgano, para su examen microscópico a fin de confirmar o establecer un diagnóstico.	Expediente clínico	Descripción del resultado del estudio Histológico referido por patología: <ul style="list-style-type: none"> • Tumores epiteliales malignos • Tumores epiteliales benignos • Tumores de tejidos blandos • Tumores hematolinfoides

12. PLAN DE ANALISIS

Los datos fueron analizados en EPIINFO2000, e introducidos en un formulario que alimenta la base de datos y el procesamiento de texto se realizó en Microsoft Word 15 (2013), las tablas y los gráficos se procesaron en Microsoft OFFICE, Power Point 15 (2013).

CONSIDERACIONES ETICAS.

La Ley de Ética Médica señala que todo estudio investigativo en el campo de la Medicina debe atenerse a las disposiciones legales vigentes en el país; por cuanto, este estudio se elabora dentro del Marco de la Ley General de Salud que

establece en el Capítulo II, Art. 8, que los usuarios del Sector Salud, gozarán, entre otros, de los siguientes derechos:

- a) Confidencialidad y sigilo de toda la información, su expediente y su estancia en instituciones de salud pública o privada, salvo las excepciones legales.
- b) Respeto a su persona, dignidad humana e intimidad sin que pueda ser discriminado por razones de: raza, clase social, sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical, tipo de enfermedad o padecimiento, o cualquier otra condición, conforme los tratados internacionales que sean suscritos por la República de Nicaragua.

Este trabajo se realizó respetando los Principios Fundamentales de la Ética Natural: Principio de Autonomía, Principio de Justicia y Principio de Beneficencia. Así mismo se respetaron la confidencialidad de la información e identidad de las unidades de análisis.

VIII. DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, sobre "**Biopsia aspiración con aguja fina y resultados histopatológicos en neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores, pacientes atendidos en el servicio de cirugía oral y maxilofacial, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón G. Managua-Nicaragua. Enero 2012 a Diciembre 2015**", encontrando los siguientes resultados:

Para el objetivo específico número 1. Identificar las características Demográfica de los pacientes estudiados con Biopsia con aguja fina y resultados Histopatológicos con Neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores.

Nuestra unidad de análisis está compuesta por 91 pacientes entre 10 y 92 años de edad con biopsia aspiración con aguja fina y resultados histopatológicos de neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores.

Del total de pacientes (91 pacientes) encontramos que las edades oscilaron entre 10 años y 92 años de edad, con una Media de 46 años, y una mediana de 45 años y una moda de 50 años. El 31.9% (29 pacientes) se encontraron en el rango de 31-45 años, el 28.6% (26 pacientes) fueron de 46-60 años; el 16.5% (15 pacientes) fueron de 15-30 años, el 16.5% (15 pacientes) de 61-75 años de edad, el 4.4% (4 pacientes) de 76 – 92 años y el 2.2% (2 pacientes) de 10 a 14 años **(Ver Tabla No. 1 y Grafico No. 1)** En cuanto al sexo, el 51.6% (47 pacientes) son del sexo Masculino, el 48.4% (44 pacientes) son del sexo Femenino. **(Ver Tabla No. 2 y Grafico No.2)** En relación a su procedencia el 71.4% (65 pacientes) eran urbano y el 28.6% (26 pacientes) rural. **(Ver Tabla No. 3 y Grafico No. 3).**

GRAFICO No. 1
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA
SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA SEGUN
GRUPOS DE EDAD. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON
GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

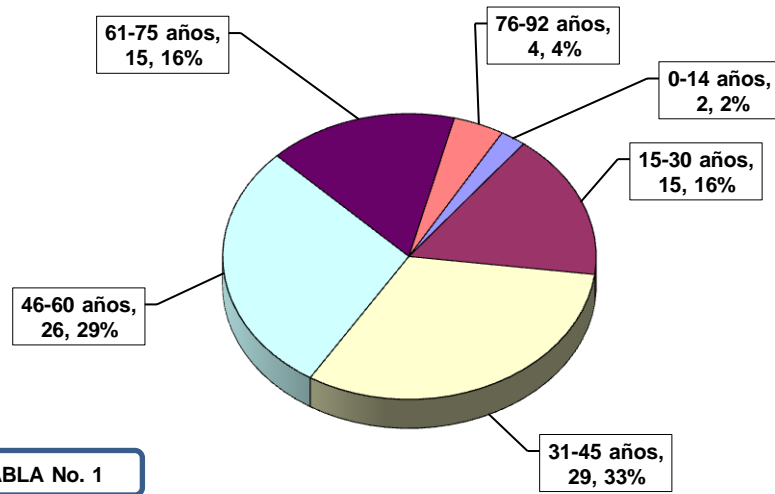


GRAFICO No. 2
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA SEGUN SEXO. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

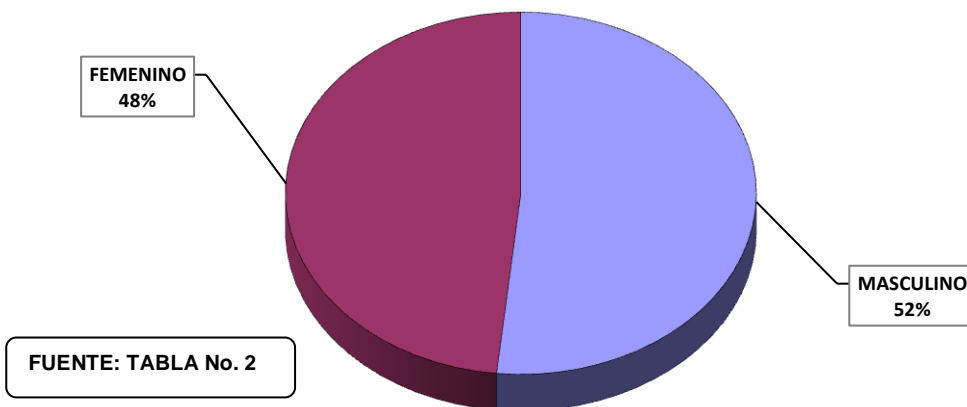
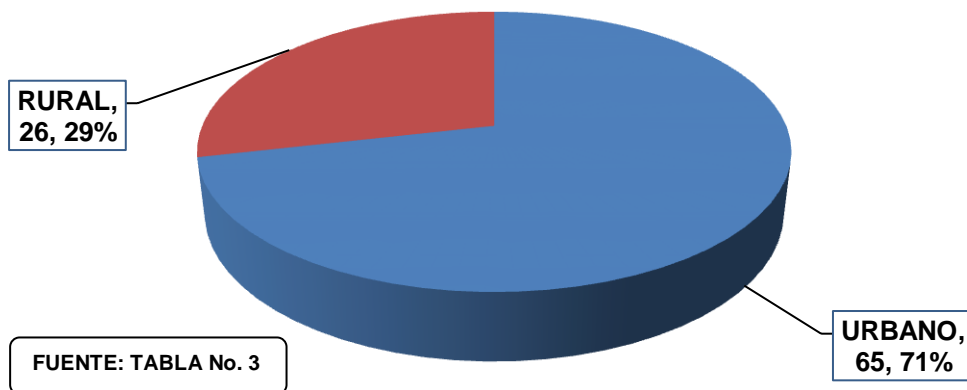
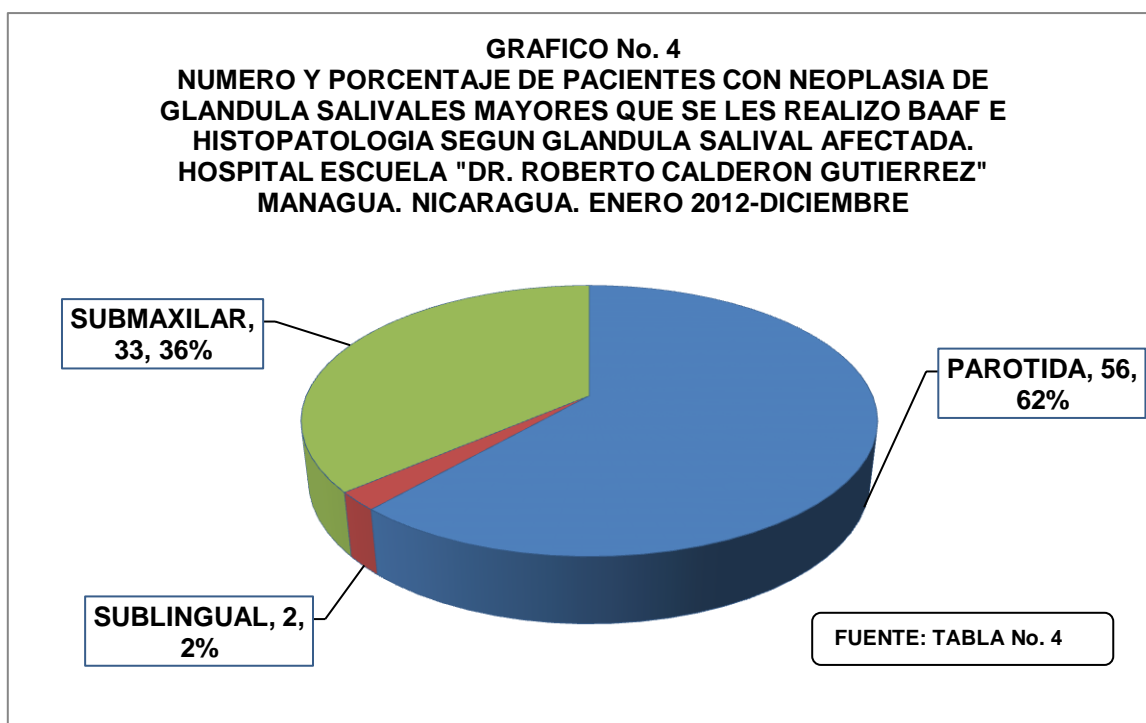


GRAFICO No. 3
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA SEGUN PROCEDENCIA. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.



Para el objetivo específico número 2. Reconocer el tipo de Glándula Salival afectada.

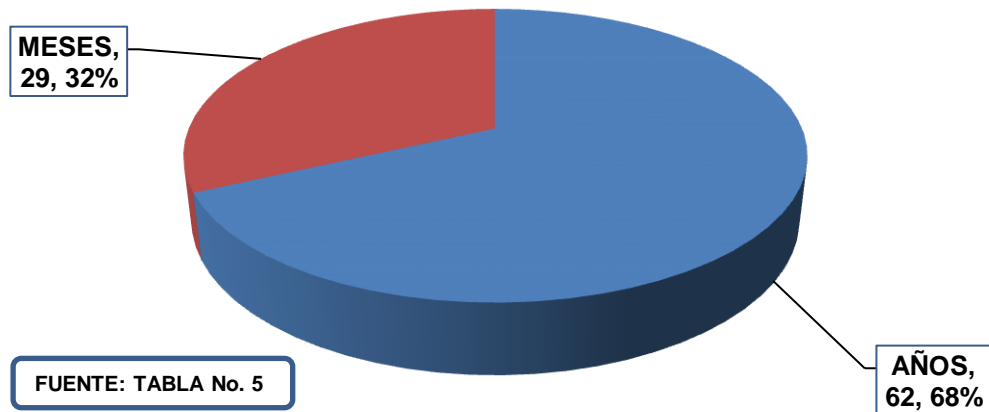
En cuanto al total de pacientes estudiados, con glándulas salivales afectadas el 61.5% (56 pacientes) tenían afectado la glándula parótida, el 36.3% (33 pacientes) tenían afectada la glándula submaxilar y el 2.2% (2pacientes) tenían afectados la glándula sublingual. **(Ver Tabla No. 4 y Grafico No. 4).**



Para el Objetivo Específico número 3. Determinar el tiempo de evolución de las lesiones neoplásicas quirúrgicas en glándulas salivales mayores.

En cuanto al tiempo de evolución de las neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores en los pacientes estudiados (91 pacientes), encontramos que: el 68.1% (62 pacientes) las lesiones neoplásicas evolucionaron en años, pero el 31.9% (29 pacientes) evolucionaron en meses. **(Ver Tabla No. 5 y Grafico No. 5)**

GRAFICO No. 5
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE
GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E
HISTOPATOLOGIA SEGUN TIEMPO DE EVOLUCIONDE LAS
LESIONES. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON
GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-D

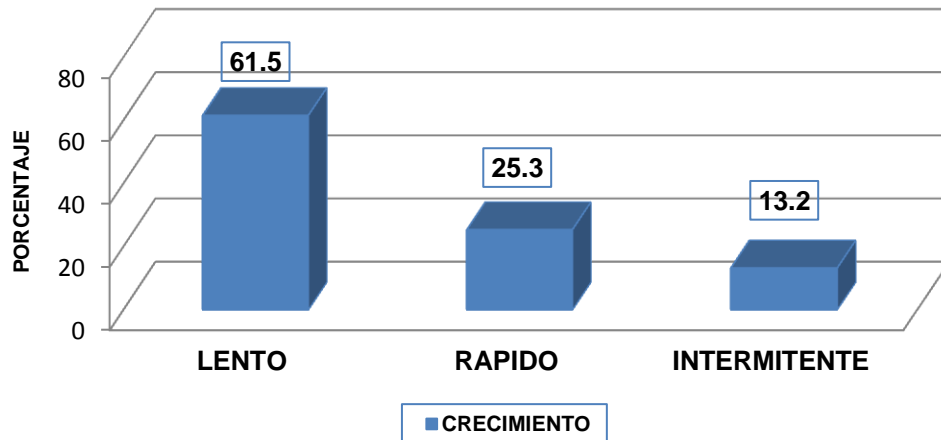


Para el Objetivo Específico número 4. Detallar los signos y síntomas de los pacientes con neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores

En cuanto a los signos y síntomas que presentaron los 91 pacientes con neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores, encontramos en cuanto al:

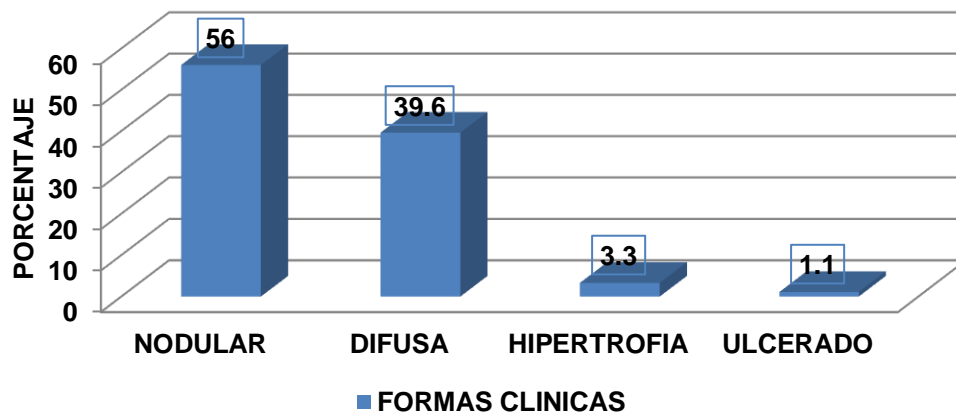
Crecimiento: el 61.5% (56 pacientes) presento un crecimiento lento de la lesión, el 25.3% (23 pacientes) tuvieron un crecimiento rápido de la lesión y un 13.2% (12 pacientes) presento un crecimiento intermitente. **(Ver Tabla No. 6 y Grafico No. 6)**

GRAFICO No. 6
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE
GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E
HISTOPATOLOGIA SEGUN EL CRECIMIENTO. HOSPITAL ESCUELA
"DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA.
ENERO 2012-DICIEMBRE

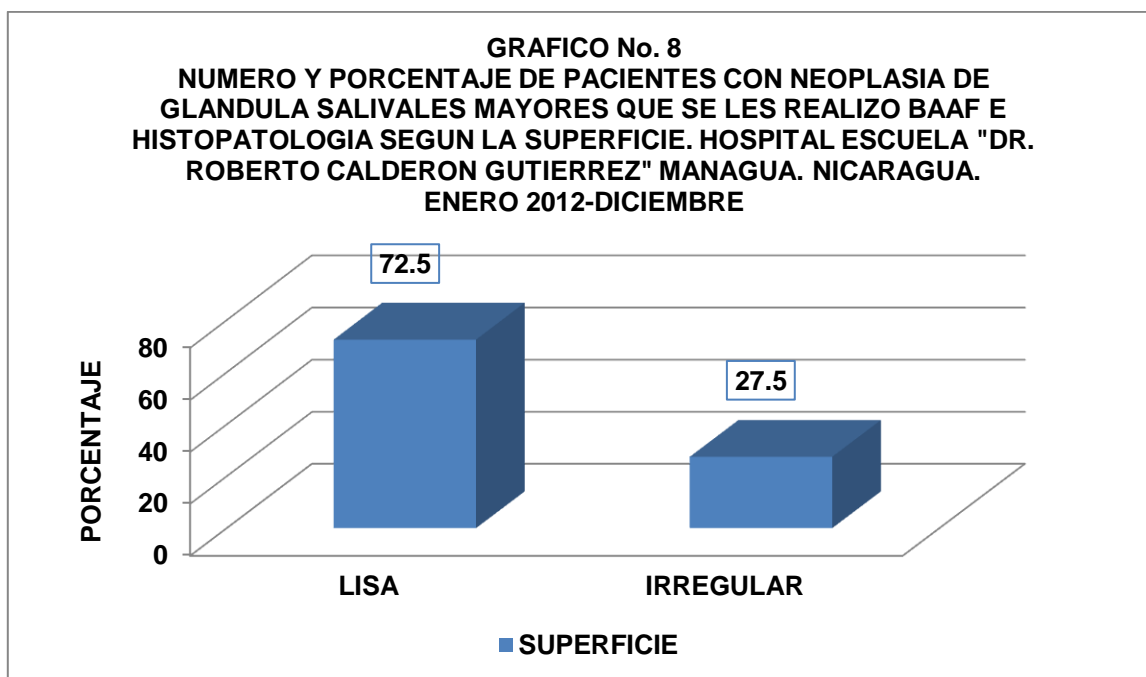


Forma clínica: las formas clínicas de las neoplasias quirúrgicas que presentaron los 91 paciente, el 56.0% (51 pacientes) la lesión era nodular, el 39.6%(36 pacientes) era difusa, el 3.3% (3 pacientes) la lesión era hipertrófica, y el 1.1% (1 paciente) la lesión era ulcerada. **(Ver Tabla No. 7 y Grafico No. 7)**

GRAFICO No. 7
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE
GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E
HISTOPATOLOGIA SEGUN LAS FORMAS CLINICAS. HOSPITAL
ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA.
NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE

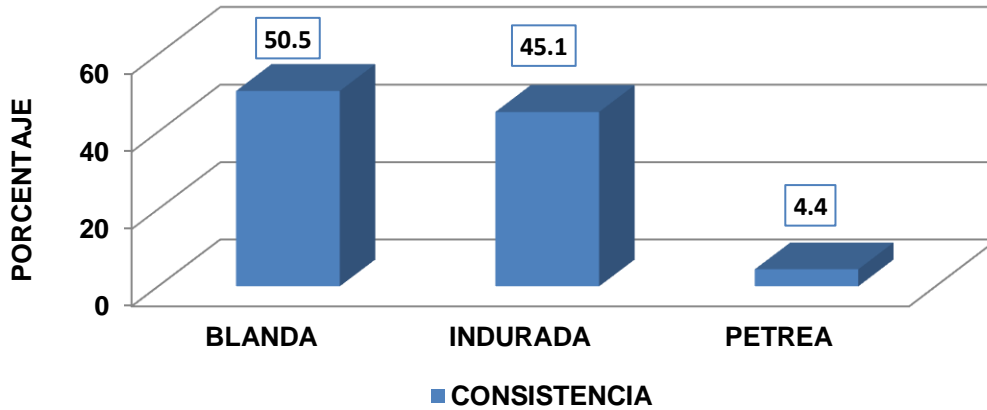


Superficie; el 72.5% (66 pacientes) presento una superficie lisa, y un 27.5% (25 pacientes) una superficie irregular de la lesión. **(Ver Tabla No. 8 y Grafico No. 8)**



Consistencia; de los 91 pacientes estudiados, el 50.5% (46 pacientes) presento una lesión neoplásica de consistencia blanda, un 45.1% (41 paciente) consistencia indurada y un 4.4% (4 pacientes) presento una lesión pétreo. **(Ver Tabla No. 9 y Grafico No. 9)**

GRAFICO No. 9
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE
GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E
HISTOPATOLOGIA SEGUN LA CONSISTENCIA. HOSPITAL ESCUELA
"DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA.
ENERO 2012-DICIEMBRE

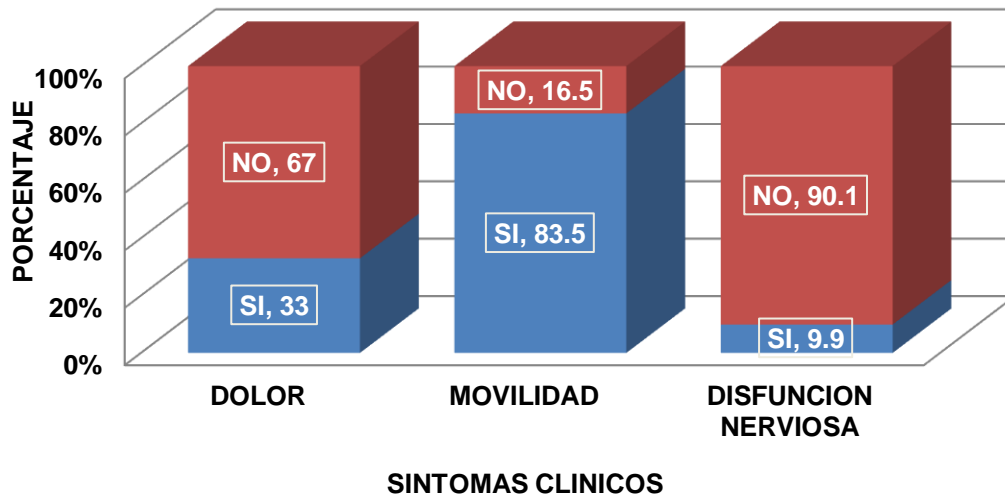


Dolor; un 67.0% (61 paciente) no presento dolor y un 33.0% (30 pacientes) presento dolor.

Movilidad; de los 91 pacientes estudiados con neoplasia quirúrgica el 83.5% (76 pacientes) presentaron movilidad de la lesión y un 16.5% (15 pacientes) no presentaron movilidad.

Disfunción nerviosa: el 90.1% (82 pacientes) no presentaron disfunción nerviosa, y un 9.9% (9 pacientes) presentaron disfunción nerviosa. **(Ver Tabla No. 10, 11,12 y Grafico No. 10)**

GRAFICO No. 10
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE
GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E
HISTOPATOLOGIA SEGUN SINTOMAS CLINICOS. HOSPITAL
ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA.
NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE

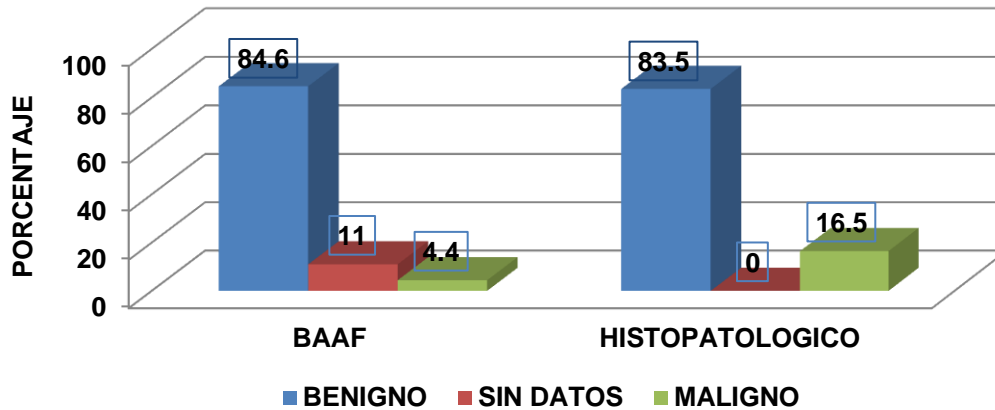


Para el Objetivo Específico número 5. Identificar la biología del crecimiento tumoral en las neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores, pacientes atendidos en el servicio de cirugía oral y maxilofacial, Hospital escuelas Dr. Roberto Calderón G. Managua- Nicaragua. Enero 2012- Diciembre 2015

En cuanto a la biología del crecimiento tumoral se observó en la Biopsia con aguja fina que: el 84.6% (77 pacientes) presentaron neoplasias benignas y un 4.4% (4 pacientes) presentaron neoplasias malignas.

En los resultados histopatológicos el 83.5% (76 pacientes) presentaron neoplasias benignas y un 16.5% (15 pacientes) presentaron neoplasias malignas **(Ver Tabla No. 13,14 y Grafico No. 11)**

GRAFICO No. 11
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE
GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E
HISTOPATOLOGIA SEGUN BIOLOGIA DEL CRECIMIENTO. HOSPITAL
ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA.
NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE

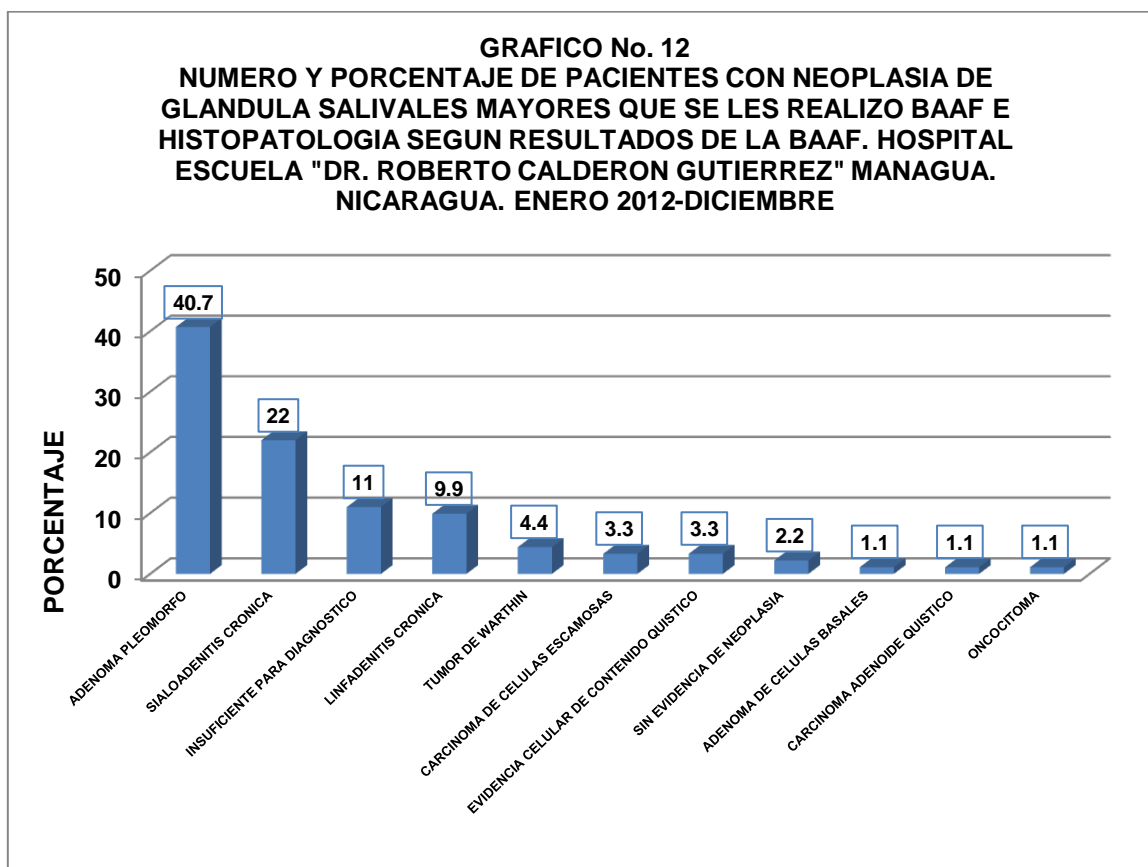


Para el Objetivo Específico número 6. Especificar los resultados obtenidos en la BAAF y reporte histopatológico en las neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores, pacientes atendidos en el servicio de cirugía oral y maxilofacial, Hospital escuelas Dr. Roberto Calderón G. Managua-Nicaragua. Enero 2012- Diciembre 2015

En cuanto a los resultados en la BAAF y reporte histopatológico que presentaron los 91 pacientes con neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores, encontramos en la BAAF los siguientes resultados:

El 40.7% (37 pacientes) correspondían a Adenoma pleomorfo, el 22.0% (20 pacientes) a sialoadenitis crónica, un 11.0% (10 pacientes) presentó una BAAF con muestra insuficiente para diagnóstico, el 9.9% (9 pacientes) linfadenitis crónica, un 4.4% (4 pacientes) presentaron tumor de Warthin, un 3.3% (3 paciente) evidencia celular de contenido quístico, un 2.2% (2 pacientes) sin evidencia de neoplasias, un 1.1% (1 paciente) correspondió a adenoma de células

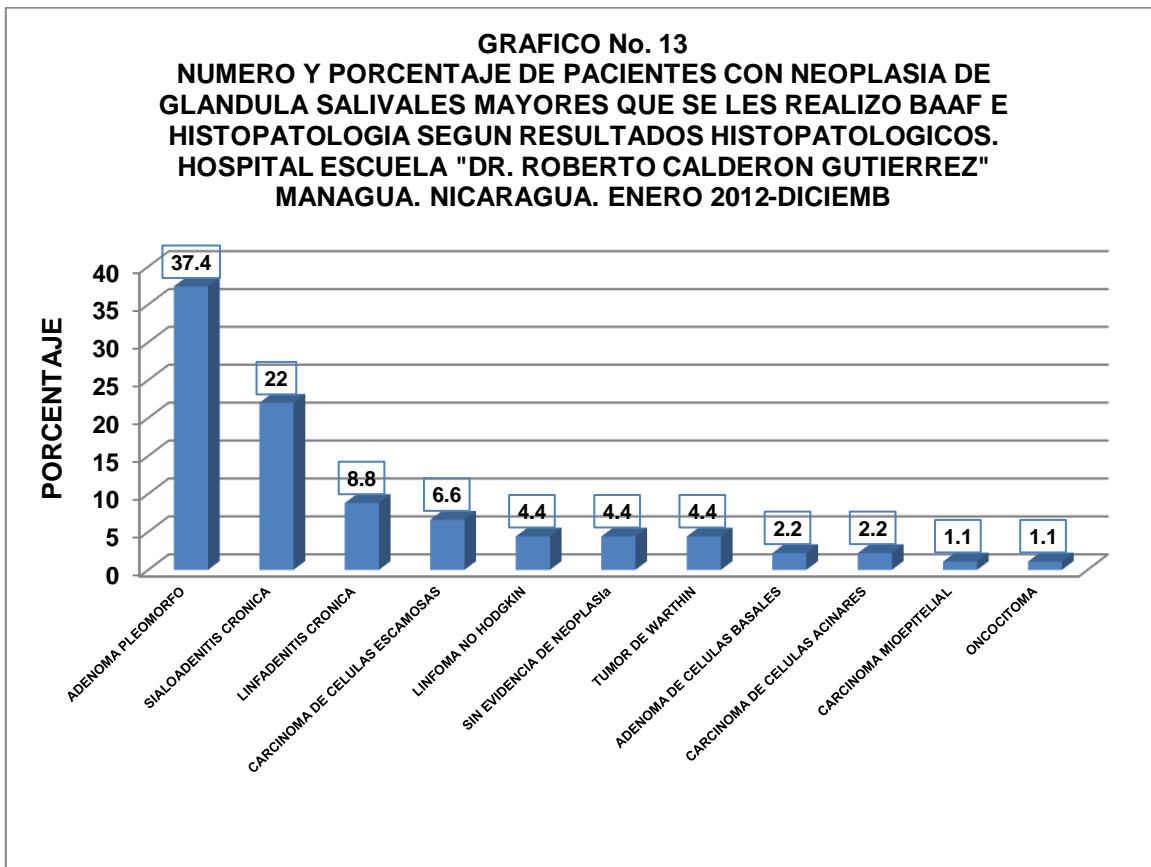
basales, otro 1.1% (1 paciente) a carcinoma adenoide quístico y otro 1.1% (1 paciente) a Oncocitoma. (Ver Tabla No. 15 y Grafico No. 12)



De acuerdo a los reportes histopatológicos se evidenciaron que:

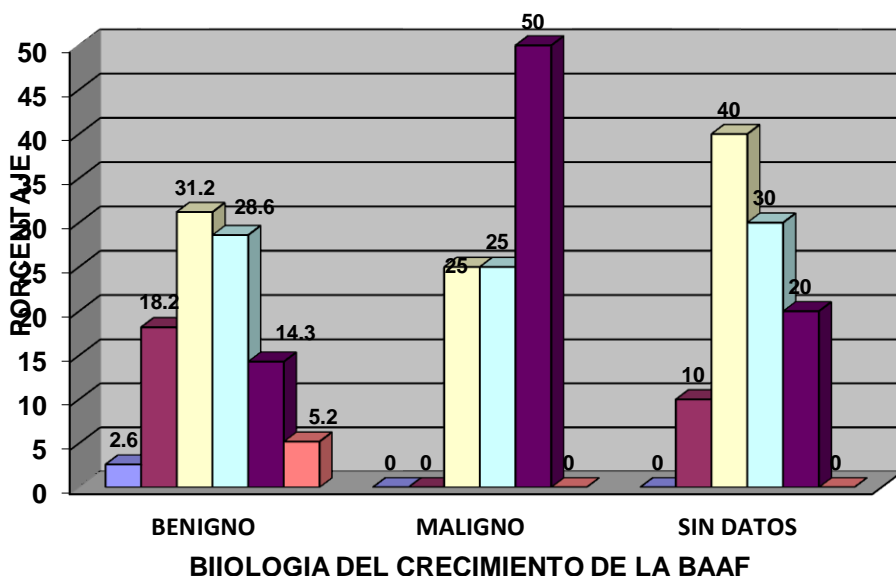
Un 37.4% (34 pacientes) presentó adenoma pleomorfo, un 22.0% (20 pacientes) sialoadenitis crónica, un 8.8% (8 pacientes) linfadenitis crónica, un 6.6% (6 pacientes) carcinoma de células escamosas, un 4.4% (4 pacientes) linfoma no hodgkin, otro 4.4% (4 pacientes) presentaron en el repostó histopatológico que no había evidencia de neoplasia, 4.4% (4 pacientes) tumor de Warthin. En el 2.2% (2 pacientes) se observaron adenomas de células basales, otro 2.2% (2 pacientes) carcinoma de células acinares, 2.2% (2 pacientes) carcinoma mioepitelial y otro 2.2% (2 pacientes) quiste linfoepitelial. En menor proporción un 1.1% (1 paciente)

correspondieron a Oncocitoma, otro 1.1% (1 paciente) tejido fibroadiposo y otro 1.1% (1 paciente) a tumor mixto. **(Ver Tabla No. 16 y Grafico No. 13)**



De los 91 pacientes con BAAF, el 84.6% eran benignos el 4.4% malignos y el 11.0% no presentaron datos por tener muestra insuficiente para diagnóstico. De los 77 pacientes con diagnóstico de Benigno, el 31.2% (24 pacientes) correspondieron al grupo de edad de 31-45 años, seguido del grupo de edad de 46-60 años con un 28.6%, en tercer lugar el grupo de edad de 15-30 años con un 18.2%. Del total de malignos (4) el 50.0% (2) corresponden al grupo de edad de 61-75 años, seguidos del grupo de edad de 31-45 años y 46-60 años con un 25.0% cada uno. **(Ver Tabla No. 17 y Grafico No. 14)**

GRAFICO No. 14
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE
GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF Y
GRUPOS DE EDAD. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO
CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA.
ENERO 2012-DICIEMBRE

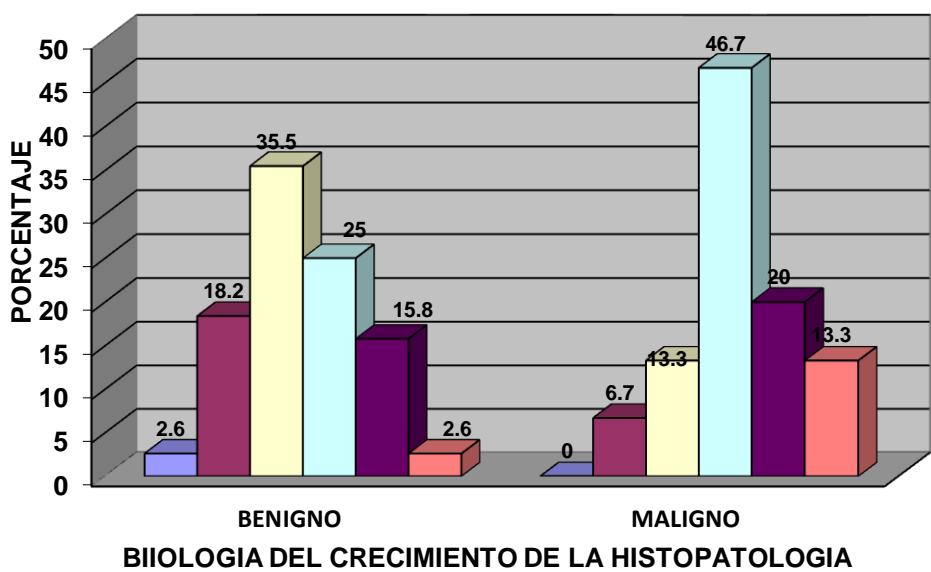


FUENTE: TABLA No. 14

0-14 AÑOS
 15-30 AÑOS
 31-45 AÑOS
 46-60 AÑOS
 61-75 AÑOS
 76-92 AÑOS

De los 91 pacientes con resultado de histopatología, el 83.5% (76 pacientes) los resultados fueron benignos y el 16.5% (15 pacientes) los resultados fueron malignos. De los 76 pacientes con diagnóstico de Benigno, el 35.5% (27 pacientes) correspondieron al grupo de edad de 31-45 años, seguido del grupo de edad de 46-60 años con un 25.0% (19 pacientes), en tercer lugar el grupo de edad de 15-30 años con un 18.4% (14 pacientes). Del total de malignos (15 pacientes) el 46.7% (7 pacientes) corresponden al grupo de edad de 46-60 años, seguidos del grupo de edad de 61-75 años con un 20.0% (3 pacientes). **(Ver Tabla No. 18 y Grafico No. 15)**

GRAFICO No. 15
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE
GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO
HISTOPATOLOGIA SEGUN GRUPOS DE EDAD. HOSPITAL ESCUELA
"DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA.
ENERO 2012-DICIEMB

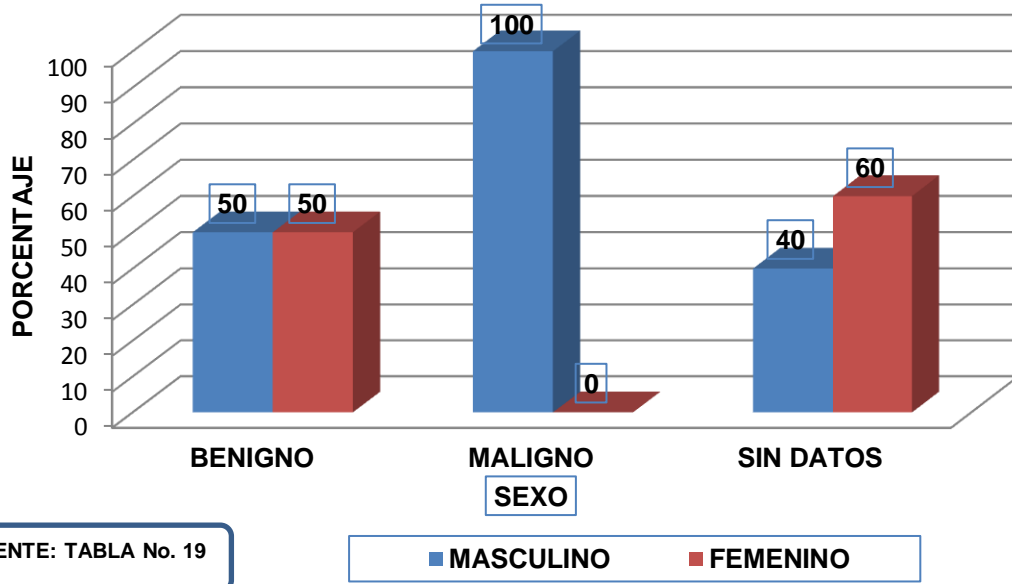


FUENTE: TABLA No. 15

0-14 AÑOS	15-30 AÑOS	31-45 AÑOS
46-60 AÑOS	61-75 AÑOS	76-92 AÑOS

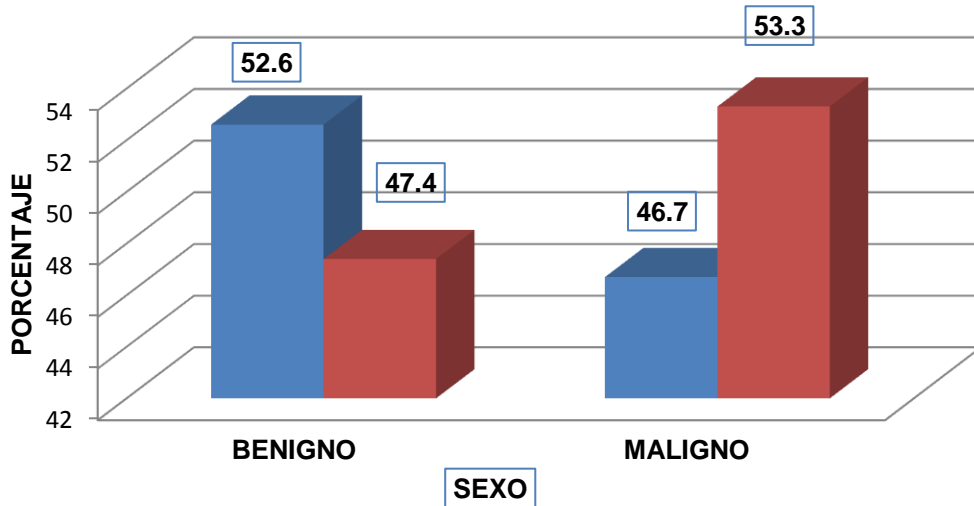
De los 91 pacientes con BAAF, el 84.6% eran benignos el 4.4% malignos y el 11% no presentaron datos por tener muestra insuficiente para diagnóstico. De los 76 pacientes con diagnóstico de Benigno, el 50.0% (38 pacientes) correspondieron al sexo masculino, igualmente el sexo femenino. Del total de malignos (4) el 100.0% (4) corresponden al sexo masculino. **(Ver Tabla No. 19 y Grafico No. 16)**

GRAFICO No. 16
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE
GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF
SEGUN SEXO. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON
GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015



De los 91 pacientes con resultado de histopatología, el 83.5% (76 pacientes) los resultados fueron benignos y el 16.5% (15 pacientes) los resultados fueron malignos. De los 76 pacientes con diagnóstico de Benigno, el 52.6% (40 pacientes) correspondieron al sexo masculino y 47.4% (36 pacientes) correspondieron al grupo de femeninos. Del total de malignos (15 resultados) el 46.7% (7 pacientes) corresponden al sexo masculino y el 53.3 (8 pacientes) correspondieron al sexo femenino. **(Ver Tabla No. 20 y Grafico No. 17)**

GRAFICO No. 17
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE
GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO
HISTOPATOLOGIA SEGUN SEXO. HOSPITAL ESCUELA "DR.
ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA.
ENERO 2012-DICIEMBRE 2015

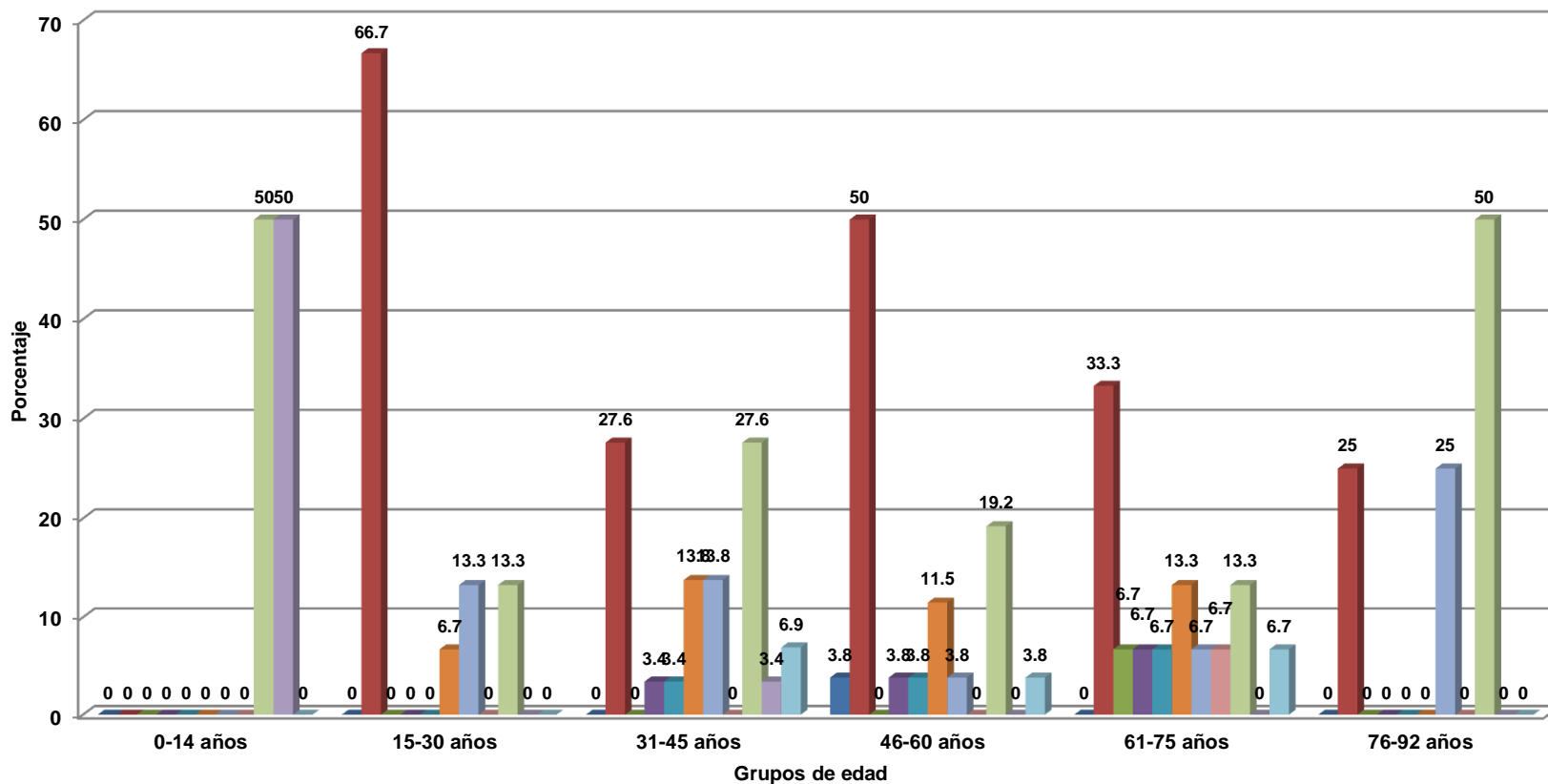


FUENTE: TABLA No. 20

■ MASCULINO ■ FEMENINO

De los 2 pacientes con resultado de BAAF del grupo de edad de 0-14 años, el 50.0% (1 pacientes) los resultados fueron Sialoadenitis Crónica y Tumor de Warthin. De los 15 pacientes del grupo de edad de 15-30 años, el 66.7% (10 pacientes) el diagnóstico fue Adenoma Pleomorfo de los 29 pacientes del grupo de edad de 31-45 años, el 27.6% (8 pacientes) los resultados fueron adenoma pleomorfo y Sialoadenitis Crónica. De los 26 pacientes del grupo de edad de 46-60 años, el 50% (13 pacientes) los resultados fueron Adenoma Pleomorfo. De los 15 pacientes del grupo de edad de 61-75 años, el 33.3% (5 pacientes) los resultados fueron el Adenoma Pleomorfo. y de los 4 pacientes del grupo de edad de 76-92 años, el 50% (2 pacientes) el resultado es Sialoadenitis Crónica. **(Ver Tabla No. 21 y Grafico No. 18)**

GRAFICO No. 18
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF SEGUN GRUPOS DE EDAD. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015

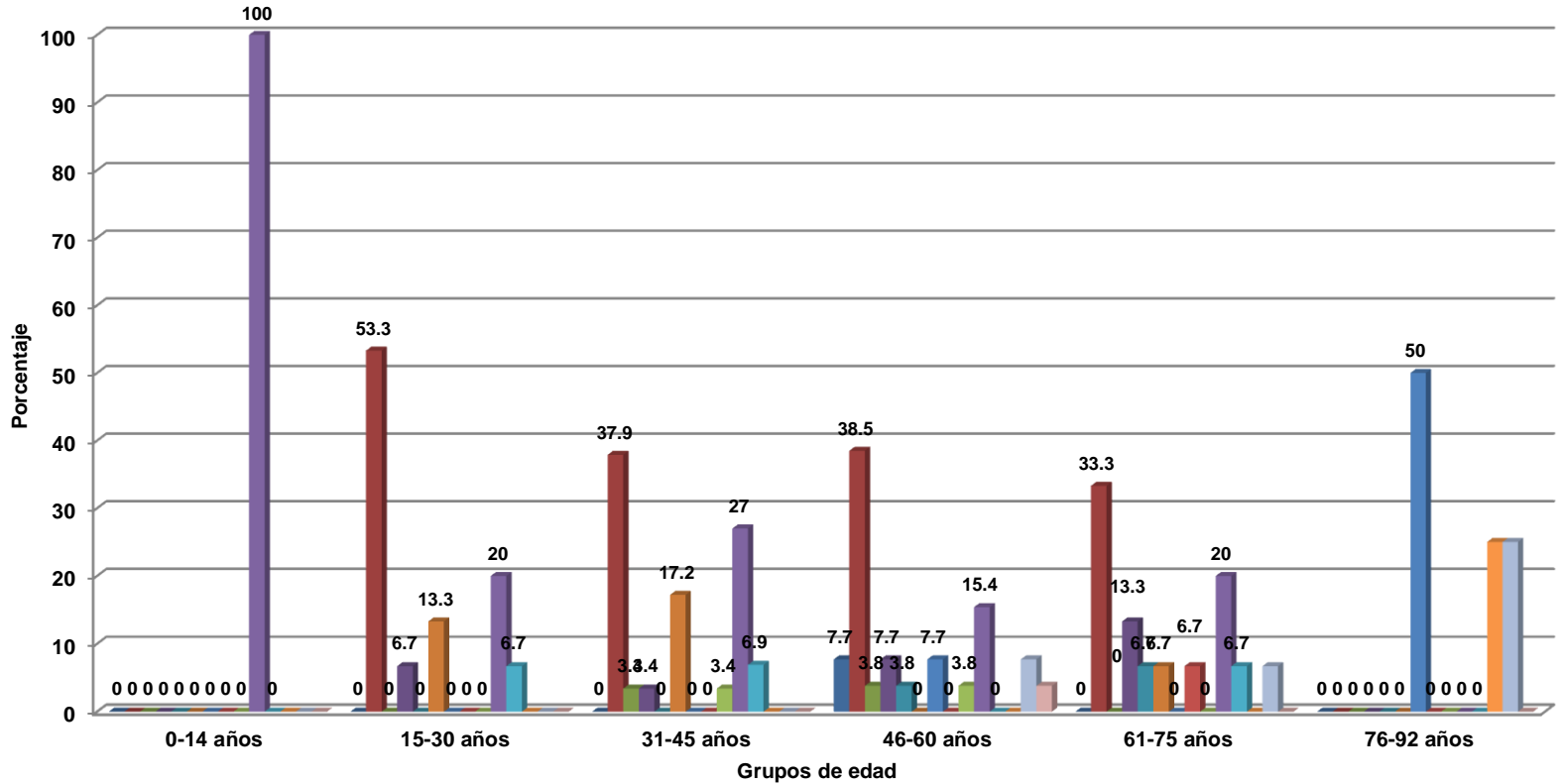


FUENTE: TABLA No. 21

- Adenoma de celulas basales
- Carcinoma adenoide quistico
- Evidencia celular de contenido quistico
- Linfadenitis cronica
- Sialodentitis cronica
- Tumor de warthin
- Adenoma Pleomorfo
- Carcinoma de celulas escamosas
- Insuficiente para diagnostico
- Oncocitoma
- Sin evidencia de neoplasia

De los 2 pacientes con resultado de BAAF del grupo de edad de 0-14 años, el 100.0% (2 pacientes) los resultados fueron Sialoadenitis Crónica. De los 15 pacientes del grupo de edad de 15-30 años, el 53.3% (8 pacientes) el diagnóstico fue Adenoma Pleomorfo. De los 29 pacientes del grupo de edad de 31-45 años, el 37.9% (11 pacientes) los resultados fueron adenoma pleomorfo y 27,6 (8 pacientes) los resultados fueron Sialoadenitis Crónica. De los 26 pacientes del grupo de edad de 46-60 años, el 38.5% (10 pacientes) los resultados fueron Adenoma Pleomorfo. De los 15 pacientes del grupo de edad de 61-75 años, el 33.3% (5 pacientes) los resultados fueron el Adenoma Pleomorfo. y de los 4 pacientes del grupo de edad de 76-92 años, el 50% (2 pacientes) el resultado es Linfoma no Hodgkin. **(Ver Tabla No. 22 y Grafico No. 19)**

GRAFICO No. 19
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO HISTOPATOLOGICO SEGUN GRUPOS DE EDAD. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015



FUENTE: TABLA No. 22

- Adenoma de celulas basales
- Adenoma Pleomorfo
- Carcinoma de celulas acinares
- Carcinoma de celulas escamosas
- Carcinoma mioepitelial
- Linfadenitis crònica
- Linfoma no hodgkin
- Oncocitoma
- Quiste linfoepitelial
- Sialoadenitis crònica
- Sin evidencia Neoplasia
- Tejido fibroadiposo
- Tumor de warthin
- Tumor Mixto

IX. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se estudiaron un total de 91 pacientes con neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales mayores, a quienes se le realizaron BAAF y presentaron reporte histopatológico, los datos obtenidos concuerdan con otros trabajos, Guillermo Raspall en sus escritos refiere que la mayor incidencia de aparición de tumores de glándulas salivales oscila entre los 40- 45 años, en nuestro estudio el mayor porcentaje de paciente atendidos por presentar aumento de volumen a nivel de glándulas salivales mayores fue de un 31.9% (29 pacientes) en el grupo etáreo de los 31- 45 años, seguido por un 28.6% (26 pacientes) de los 46-60 años.

En lo que respecta a glándula salival afectada según, Costas; A; Castro el 80% de los tumores de glándula salivales se ubican en parótida y del 10-15% en glándula submaxilar. Regezi Scubba refiere que la mayor incidencia de neoplasias en glándula salivales se asienta en la parótida.

En las investigaciones realizadas por la Dra. Ana Ximena García reportó una frecuencia de afectación de parótida del 72.74% y el 17.64% en submaxilar .En nuestro estudio obtuvimos datos similares los cuales coinciden con los expuestos, una frecuencia del 62% en parótida y el 36% en glándula submaxilar.

En esta investigación se observó que el tiempo de evolución de las neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales se presentó “en años” con un 68.1% (62 pacientes) y en menor porcentaje 31.9% (29 pacientes) “en meses”, dato que concuerda con los revelados en la literatura de Guillermo Raspall, quien hace énfasis que la sintomatología y aparición de los tumores de glándulas salivales se presentan en un lapso de tiempo considerado (años).

Los signos y síntomas publicados en la literatura mundial, que son la traducción clínica de una neoplasia, ya no son tan frecuentes ni permiten una diferenciación clínica entre neoplasia benigna y maligna por lo que el cirujano está obligado a evaluar todo crecimiento a nivel de las glándulas salivales con BAAF y posteriormente confirmar dichas lesiones con los resultados histopatológicos . La

literatura internacional refiere que los datos clínicos típicos que indican sospecha de malignidad son, dolor, crecimiento rápido, disfunción nerviosa, en nuestro estudio observamos que el 61.5% (56 pacientes) de las lesiones neoplásicas presentaron un crecimiento lento y apenas un 25.3% (23 pacientes) rápido, Guillermo Raspall respalda nuestro estudio y refiere que la mayoría de lesiones neoplásicas presentan un crecimiento lento, así mismo nuestros datos concuerdan con un estudio realizado por el Dr. Romero Fazzini de la facultad de medicina de Buenos Aires.

No se encontraron referencias en relación a las formas clínicas predominantes en neoplasias de glándulas salivales en porcentajes, obtuvimos información inédita donde se observa que el 56.0% (56 pacientes) presentaron lesiones nodulares, un 39.6% (36 pacientes) difusa y un 3.3% (3 pacientes) hipertrófica y en menor porcentaje ulcerada 1.1% (1 paciente), las lesiones benignas a nivel de glándulas salivales se caracterizan por ser nodulares, según diferentes literaturas.

En cuanto a la superficie de las neoplasias de glándulas salivales el 72.5% (66 pacientes) presentaron una lesión lisa bien definida y un 27.5% (25 pacientes) irregular, el estudio del Dr. Juan Carlos Oliva y colaboradores, investigación similar concuerdan al nuestro y refieren que de 105 pacientes, el 93.4% (71 paciente) presentaron lesiones lisa, bien definidas y un 6.6% (5 pacientes) irregular.

Guillermo Raspall reporta que los tumores benignos se presentan como una masa móvil, blanda o ligeramente indurada, información que avala nuestros resultados, el 83.55% (76 pacientes) presento movilidad de la lesión y un 16.5% (15 pacientes) no presento movilidad. A sí mismo un 50.5% (46 pacientes) presentaron una lesión blanda y un 45.1% (41 pacientes) indurada.

Romeo Fazzini reafirma que el dolor continuo o disfunción nerviosa son poco frecuentes y están siempre relacionados con un proceso maligno. El dolor se presenta entre el 10 y el 30% de los pacientes con cáncer, mientras que lo manifiestan solo el 7% de los enfermos con cáncer de las glándulas salivales,

La parálisis facial o disfunción nerviosa se observa en un 10 a 15% de los pacientes con tumores malignos, datos que corresponden con los nuestros, en donde un 67.0% (61 pacientes) no presentaron dolor y un 33.0% (30 pacientes) sí, de igual manera un 90.0% (82 pacientes) no desarrollo parálisis facial o disfunción nerviosa y un 9.9% (9 pacientes) si presentaron.

La Dra. Ana Ximena García reportó por BAAF que los tumores benignos correspondieron a un 60.9%, ocupado por el adenoma pleomorfo (54.8%) y los malignos un 39% ocupado por el Ca. Mucoepidermoide (15.7%).De acuerdo al histopatologico se evidenciaron un 51% de tumores benignos, ocupó el primer lugar el adenoma pleomorfo, y un 49% de tumores malignos ocupado por el Ca. Mucoepidermoide.

Porcentajes y diagnósticos que concuerdan con los nuestros, por BAAF las lesiones benignas predominaron con un 84.6%, ocupado por el adenoma pleomorfo, y un 4.4% neoplasias malignas, ocupado por el carcinoma de células escamosas, en los resultados histopatológicos el 83.5% presentaron neoplasias benignas, prevaleciendo el adenoma pleomorfo y un 16.5% presentaron neoplasias malignas, con el Carcinoma de células escamosas.

El grupo etáreo en esta investigación con mayor número de diagnósticos benignos en BAAF corresponde entre los 31-45 años para un 31.2% seguido del grupo de 46-60 años, los tumores malignos fueron más comunes de los 61-75 años, en el reporte histopatologico se evidencio que los tumores benignos se presentaron entre los 31-45 años con un 31.9%, y los malignos de los 40-60 años, las investigaciones realizadas por la Dra. Ana Ximena García respalda lo antes expuesto, refiriendo en sus escritos que el grupo etáreo con mayor número de diagnósticos histológicos benignos corresponden entre 31-45 años y los tumores malignos fueron más comunes de los 61-75 años. A como lo señala la literatura la edad más común de presentación de tumores de estirpe benigna aparecen en la

3ra década de vida mientras que las malignas aumentan progresivamente con la edad.

Se observó que los diagnósticos benignos en BAAF correspondieron a un 50.0% para el sexo masculino y femenino, de los diagnósticos malignos correspondieron al masculino.

En contra parte en el reporte histopatológico del total de tumores benignos 83.5%, un 52.6% se presentaron en el sexo masculino y un 47.4% en el femenino, de los tumores malignos 53.3% en el sexo femenino y un 46.7% en el masculino, la Dra. Ana Ximena García observó que el 31.5% de los pacientes del sexo femenino fueron diagnosticados benigno y el 17.6% con maligno. El 31.5% del sexo masculino tumores malignos y el 17.6% tumores benignos.

La concordancia en los diagnósticos entre BAAF y reporte histopatológico de neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales en 91 pacientes fue de un 53.8% y un 46.2% no concordaron en los diagnósticos, de este último porcentaje un 11% presentó muestra insuficiente para diagnóstico, en las investigaciones realizadas en el hospital Faustino Pérez de Matanzas en Cuba, la concordancia cito - histológica fue del 92.85 % reporte que difiere de nuestra investigación sin embargo se presentó un 3% de muestras insuficientes, el 3 % está por debajo de la media reportada, que varía en la literatura desde 8 % hasta un 12-14 %.

X. CONCLUSIONES

1. Un total de 91 pacientes fueron estudiados con neoplasias quirúrgicas de glándulas salivales a los que se les realizó BAAF y presentaron reporte histopatológico, el mayor porcentaje de pacientes atendidos fue en el grupo etáreo de los 31-45 años, el 51.6% correspondieron al sexo masculino.
2. La glándula salival más afectada fue la parótida.
3. Los pacientes presentaron lesiones que evolucionaron en años.
4. Los signos y síntomas más frecuentes fueron, neoplasias de crecimiento lento, nodulares, con superficies lisas bien definidas, consistencia blanda y móviles, el 67.0% no presentó dolor.
5. Las lesiones benignas predominaron y el adenoma pleomorfo fue el tumor más frecuente. Los tumores benignos predominaron por igual en los masculinos y femeninos, sin embargo los tumores malignos predominaron en el sexo masculino por BAAF. En los resultados histopatológicos las lesiones benignas se presentaron en el sexo masculino y las malignas en el femenino.
6. En el grupo etáreo de 31-45 años seguido de 40-60 fueron más frecuentes los tumores benignos y los malignos de los 61-75 según BAAF, los reportes histopatológicos refieren que el grupo etáreo de 31-45 años presentaron tumores benignos y de 40-60 años tumores malignos

La concordancia entre los diagnósticos de la BAAF y el reporte Histopatológico fue de un 53.8% y un 46.2% no concordaron en diagnósticos.

Teniendo en cuenta que toda lesión neoplásica muestreada por citología debe ser chequeada por el estudio histológico correspondiente, resulta llamativo la poca cantidad de biopsias que teníamos en el departamento de cirugía oral y maxilofacial, parte de ello debe justificarse porque nuestro centro hospitalario realiza consultas de BAAF no solo a nuestra institución médica, sino también a

pacientes referidos de otras unidades, que después pueden haber sido intervenidos quirúrgicamente en las unidades asistenciales de su área de salud.

XI. RECOMENDACIONES

1. Evaluar todo crecimiento a nivel de glándulas salivales; la BAAF es un excelente procedimiento con buen valor diagnóstico.
2. Contar con patólogos con experiencia no solo en la interpretación, también en la toma de muestra como tal que aporten desde el punto de vista clínico, datos valiosos al momento de la interpretación del extendido citológico.
3. Realizar otros estudios donde se evalué la calidad diagnóstica de la BAAF en cada una de las glándulas salivales mayores.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOS AIRES UNIDAD ACADEMICA HOSPITAL MUNICIPAL DE SAN ISIDRO SEVICIO DE CIRUGIA GENERAL. SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL ASIGNATURA CIRUGIA 2000. TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES. WWW.sld.culgaleias/pdf/
2. BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA EN LESIONES DE CABEZA Y CUELLO: UTILIDAD Y LIMITACIONES. ASOCIACION MEXICANA DE CIRUGIA GENERAL 2004. VOLUMEN 26, NUMERO 3, JULIO-SEPTIEMBRE 2004. DRA REYNA M. DUARTE. TORRES, DR LUIS MAURICIO HURTADO LOPEZ. www.medigraphic.com
3. LA PUNCION ASPIRACION EN AGUJA FINA EN EL DIAGNOSTICO DE LOS TUMORES DE LOS TEJIDOS BLANDOS. RICARDO GONZALES-CAMPOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. FACULTAD DE , MEDICINA DE SEVILLA
4. TUMORES DE CABEZA Y CUELLO.DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO Mc GRAW –HILL INTERAMERICANA. SOCIEDAD MEXICANA DE ESTUDIOS ONCOLOGICOS. COMITÉ PARA EL ESTUDIO DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO. PAG 101
5. TUMORES DE CARA, BOCA, CABEZA Y CUELLO. ATLAS CLINICO. GUILLERMO RASPALL. SEGUNDA EDICION. MASSON. CAPITULO 1.
6. PATOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL CONTEMPORANEA. J. PHILIP SAPP. LEWIS R. EVERS DE GEORGE P. CAPITULO 8 TUMORES BENIGNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES. PAG 336.
7. PATOLOGIA BUCAL. CORRELACIONES CLINICOPATOLOGICAS. 3RA EDICION ENFERMEDADES DE GLANDULAS SALIVALES. REGEZI SCIUBBA. MC GRAW-HILL INTERAMERICANA CAPITULO 8
8. BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA. TUMORACIONES DE GLANDULAS SALIVALES. CORELACION CITO-HISTOPATOLOGICA DE

PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS 2000-2010. CINTHIA VERONICA BARDALEZ LOPEZ. LIMA PERU

9. COSTAS, A; CASTRO, P. ET AL. FINE NEEDLE.ASPIRATION BIOPSY OF THE SALIVARY GLANDS, JURNAL ORAL MAXILOFACIAL SURGERY 2000.
10. CORRELACION CLINICO- COTOLOGICA E HISTOLOGICA DE LAS NEOPLASIAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES. ASOCIACION MEDICAN DEL AMERICAN BRITISH COWDRAY HOSPITAL, AC. MEDIGRAPHIC.COM VOLUMEN 44, NUMERO 3, ENERO-MARZO 1999. DANIEL BROSS SONANO, RENE GUZMAN URRUTINA. www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc
11. VALOR DE LA BAAF EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA TUMORAL DE GLANDULAS SALIVALES. INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGIA Y RADIOLOGIA DE CUBA. 2008-2009. YOAM SUAREZ ZAYAS. ESPECIALISTA DGRADO DE CIRUGIA MAXILOFACIAL www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cirurgíamaxilofacial/tesis_baaf.pdf
12. BAAF DE GLANDULAS SALIVALES. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL FAUSTINO PEREZ DE MATANZAS CUBA. VIII CONGRESO VIRTUAL HISPANOAMERICANO DE ANATOMIA PATOLOGICA. OCTUBRE DEL 2006. ANA MARIA CASTRO MURILLO. JAVIER ZAMORA DIAZ. ANGELA CASTAÑEDA. SEPARTAMENTO ANATOMIA PATOLOGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO. FAUSTINO PEREZ. MATANZAS. CUBA
13. www.enriquemartinez.com/wp-content/uploads/2013/pdf
14. TEXTO/ ATLAS DE HISTOLOGIA. THOMAS S. LEESON, MB, PhD.C.ROLAND LEESON. MD,PhD. ANTOHONY A. INTERAMERICANA. MCGRAW- HILL. 412-416
15. DIMITRI CODJAMBASSIS A, IRANY PAZ M1, ROBERTO BAYO T, MARÍA DE LA LUZ MEDRANO V Y HUMBERTO VALLEJOS A. UTILIDAD DE LA ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN LOS TUMORES DE CABEZA Y

CUELLO REV OTORRINOLARINGOL CIR CABEZA CUELLO. 2000; 60:
81-90

16. THACKRAY, A. C. Y SOBIN, L. H. (1972) TIPOS HISTOLÓGICOS DE TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES, GINEBRA, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA INTERNACIONAL DE TUMORES, NO 7).
17. FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOS AIRES UNIDAD ACADEMICA HOSPITAL MUNICIPAL DE SAN ISIDRO SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Asignatura: CIRUGIA 2000 TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES Dr. Romeo Fazzini
18. PATHOLOGY AND GENETIC. HEAD AND NECK TUMOURS. WORLD HEALTH ORGANIZATION CLASSIFICATION OF TUMOURS. EDITED BY LEON BARNES, JOHN W. EVESON, PETER REICHART, DAVID SIDRANSKY.
19. SURGICAL PATHOLOGY. ROSAI AND ACKERMANS. JUAN ROSAI. NINTH EDITION. VOLUME TWO
20. DIAGNOSTICO DE NEOPLASIAS EN GLANDULA PAROTIDA: CARACTERISTICAS CLINICAS Y BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA. DR. JUAN CARLOS OLIVA POSADA, DR. JORGE ENRIQUE RAMIREZ- VELASQUEZ., DR FELIPE RAFAEL RAMIREZ.

XIII. ANEXO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERÓN
GUTIÉRREZ"
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

*BIOPSIA ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA Y RESULTADOS
HISTOPATOLOGICOS EN NEOPLASIAS QUIRURGICAS DE GLÁNDULAS
SALIVALES MAYORES, PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL EN EL HOSPITAL ESCUELA "DR.ROBERTO
CALDERON G" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012 A DICIEMBRE 2015.*

NUMERO EXPED _____ NÚMERO DE BIOPSIA _____
EDAD: _____ SEXO _____ PROCEDENCIA URBANA__ RURAL____

1. GLANDULA AFECTADA

Parótida__

Submaxilar_

Sublingual _

2. TIEMPO DE EVOLUCION

Años ___

Meses ___

Días__

3. CRECIMIENTO:

Rápido _____

Lento_____

Intermitente_____

4. FORMAS CLINICAS

Hipertrófica

Difusa

Nodular

Quística

Ulcerada

5. SUPERFICIE

Lisa

Irregular

6. CONSISTENCIA:

Blanda_____

Dura

Pétrea

Renitente

7. DOLOR

No_____

Sí: ____

8. MOVILIDAD:

No-----

Sí_____

9. DISFUNCION NERVIOSA:

Sí: _____

No_____

10.BAAF

Informe_____

Benigna_____

Maligna_____

11.BIOPSIA POST OPERATORIA:(HISTOPATOLOGICO)

Informe_____

Benigna_____

Maligna_____

Managua 12 de Noviembre 2015

Dr. Segundo Tercero
Sub- Director Medico
Hospital Dr. Roberto Calderón
Su despacho.

Estimado Dr. Segundo, reciba de mi parte los más gratos saludos.

El motivo de la presente es para comunicarle que me encuentro trabajando en mi Tema monográfico el cual es:

BIOPSIA ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA Y RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS EN NEOPLASIAS QUIRURGICAS DE GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES, PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL, HOSPITAL ESCUELA ``DR. ROBERTO CALDERON G.`` MANAGUA- NICARAGUA ENERO 2012 A DICIEMBRE 2015.

Hago de su conocimiento que mi Tutor Científico **es: DR. EDMUNDO GUERRERO**, jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Por lo antes mencionado, solicito su permiso y autorización para tener acceso a los expedientes clínicos e iniciar el llenado de ficha de recolección de datos.

Sin nada a que más referirme, y esperando su apoyo me despido de usted

Ate.

Dra. Mildred Vílchez Trejos

Médico Residente

Cirugía Oral y Maxilofacial

Cc/ Dr. Edmundo Guerrero. Jefe del servicio de cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez.

Cc/ Dr. Allen Carcache. Jefe Docente del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez

.Cc/ Lic. Gutiérrez. Jefe de Estadística y Archivo. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez

TABLAS

TABLA No. 1
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA
SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA
SEGUN GRUPOS DE EDAD. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO
CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA.
ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
0-14 AÑOS	2	2,2%	2,2%
15-30 AÑOS	15	16,5%	18,7%
31-45 AÑOS	29	31,9%	50,5%
46-60 AÑOS	26	28,6%	79,1%
61-75 AÑOS	15	16,5%	95,6%
76-92 AÑOS	4	4,4%	100,0%
Total	91	100,0%	100,0%

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 2
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA
SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA
SEGUN SEXO. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON
GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
FEMENINO	44	48,4%	48,4%
MASCULINO	47	51,6%	100,0%
Total	91	100,0%	100,0%

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 3
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA SEGUN PROCEDENCIA. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
RURAL	26	28,6%	28,6%
URBANO	65	71,4%	100,0%
Total	91	100,0%	100,0%

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 4
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA SEGUN GLANDULA AFECTADA. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

GLANDULA AFECTADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
PAROTIDA LOBULO PROFUNDO	56	61,5%	61.5%
SUBMAXILAR	33	36,3%	97.8%
SUBLINGUAL	2	2,2%	100%
Total	91	100,0%	

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 5
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA SEGUN FECHA DE APARICION. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

FECHA DE APARICION	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
AÑOS	62	68,1%	68,1%
MESES	29	31,9%	100,0%
Total	91	100,0%	100,0%

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 6
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA SEGUN CRECIMIENTO. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

CRECIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
LENTO	56	61,5%	61,5%
RAPIDO	23	25,3%	86.8%
INTERMITENTE	12	13,2%	100.0%
Total	91	100,0%	

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 7
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA
SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA
SEGUN FORMAS CLINICAS. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO
CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA.
ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

FORMAS CLINICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NODULAR	51	56,0%	56,0%
DIFUSA	36	39,6%	95,6%
HIPERTROFIA	3	3,3%	98,9%
ULCERADO	1	1,1%	100,0%
Total	91	100,0%	

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 8
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA
SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA
SEGUN SUPERFICIE. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON
GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

SUPERFICIE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
IRREGULAR	25	27,5%	27,5%
LISA	66	72,5%	100,0%
Total	91	100,0%	

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 9
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA SEGUN CONSISTENCIA. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

CONSISTENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
BLANDA	46	50,5%	50,5%
INDURADA	41	45,1%	95,6%
PETREA	4	4,4%	100,0%
Total	91	100,0%	

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 10
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA SEGUN PRESENCIA DE DOLOR. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

DOLOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Yes	30	33,0%	33,0%
No	61	67,0%	100,0%
Total	91	100,0%	

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 11
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA SEGUN PRESENCIA DE MOVILIDAD. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

MOVILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Yes	76	83,5%	83,5%
No	15	16,5%	100,0%
Total	91	100,0%	100,0%

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 12
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA SEGUN PRESENCIA DE DISFUNCION NERVIOSA. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

DISFUNCION NERVIOSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Yes	9	9,9%	9,9%
No	82	90,1%	100,0%
Total	91	100,0%	100,0%

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 13
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA SEGUN BIOLOGIA DEL CRECIMIENTO DE LA BAAF. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

BIOLOGIA DEL CRECIMIENTO DE LA BAAF	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
BENIGNO	77	84,6%	84,6%
SIN DATOS	10	11,0%	95,6%
MALIGNO	4	4,4%	100,0%
Total	91	100,0%	

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 14
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA SEGUN BIOLOGIA DEL CRECIMIENTO DE LA HISTOPATOLOGIA. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

BIOLOGIA DEL CRECIMIENTO DE LA HISTOPATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
BENIGNO	76	83,5%	83,5%
MALIGNO	15	16,5%	100,0%
Total	91	100,0%	100,0%

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 15
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA
SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA
SEGUN DIAGNOSTICO DE BAAF. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO
CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA.
ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

BAAF	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
ADENOMA PLEOMORFO	37	40,7%	41,8%
SIALOADENITIS CRONICA	20	22,0%	93,4%
INSUFICIENTE PARA DIAGNOSTICO	10	11,0%	60,4%
LINFADENITIS CRONICA	9	9,9%	70,3%
TUMOR DE WARTHIN	4	4,4%	100,0%
CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS	3	3,3%	46,2%
EVIDENCIA CELULAR DE CONTENIDO QUISTICO	3	3,3%	49,5%
SIN EVIDENCIA DE NEOPLASIA	2	2,2%	95,6%
ADENOMA DE CELULAS BASALES	1	1,1%	1,1%
CARCINOMA ADENOIDE QUISTICO	1	1,1%	42,9%
ONCOCITOMA	1	1,1%	71,4%
Total	91	100,0%	100,0%

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 16
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA
SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF E HISTOPATOLOGIA
SEGUN DIAGNOSTICO DE HISTOPATOLOGIA. HOSPITAL ESCUELA "DR.
ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA.
ENERO 2012-DICIEMBRE 2015.

BIOPSIA POSTOPERATORIA HISTOPATOLOGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
ADENOMA PLEOMORFO	34	37,4%	39,6%
SIALOADENITIS CRONICA	20	22,0%	89,0%
LINFADENITIS CRONICA	8	8,8%	59,3%
CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS	6	6,6%	48,4%
LINFOMA NO HODGKIN	4	4,4%	63,7%
SIN EVIDENCIA DE NEOPLASIA	4	4,4%	93,4%
TUMOR DE WARTHIN	4	4,4%	98,9%
ADENOMA DE CELULAS BASALES	2	2,2%	2,2%
CARCINOMA DE CELULAS ACINARES	2	2,2%	41,8%
CARCINOMA MIOEPITELIAL	2	2,2%	50,5%
QUISTE LINFOEPITELIAL	2	2,2%	67,0%
ONCOCITOMA	1	1,1%	64,8%
TEJIDO FIBROADIPOSO	1	1,1%	94,5%
TUMOR MIXTO	1	1,1%	100,0%
Total	91	100,0%	100,0%

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 17
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA
SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF SEGUN GRUPOS DE
EDAD. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ"
MANAGUA. NICARAGUA.ENERO 2012-DICIEMBRE

	BIOLOGIA DEL CRECIMIENTO DE LA BAAF			
GRUPOEDAD	BENIGNO	MALIGNO	SIN DATOS	TOTAL
0-14 AÑOS	2	0	0	2
Row %	100,0	0,0	0,0	100,0
Col %	2,6	0,0	0,0	2,2
15-30 AÑOS	14	0	1	15
Row %	93,3	0,0	6,7	100,0
Col %	18,2	0,0	10,0	16,5
31-45 AÑOS	24	1	4	29
Row %	82,8	3,4	13,8	100,0
Col %	31,2	25,0	40,0	31,9
46-60 AÑOS	22	1	3	26
Row %	84,6	3,8	11,5	100,0
Col %	28,6	25,0	30,0	28,6
61-75 AÑOS	11	2	2	15
Row %	73,3	13,3	13,3	100,0
Col %	14,3	50,0	20,0	16,5
76-92 AÑOS	4	0	0	4
Row %	100,0	0,0	0,0	100,0
Col %	5,2	0,0	0,0	4,4
TOTAL	77	4	10	91
Row %	84,6	4,4	11,0	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 18
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA
SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO HISTOPATOLOGIA SEGUN
GRUPOS DE EDAD. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON
GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA.
ENERO 2012-DICIEMBRE

GRUPOEDAD	BIOLOGIA DEL CRECIMIENTO DE LA HISTOPATOLOGIA		
	BENIGNO	MALIGNO	TOTAL
0-14 AÑOS	2	0	2
Row %	100,0	0,0	100,0
Col %	2,6	0,0	2,2
15-30 AÑOS	14	1	15
Row %	93,3	6,7	100,0
Col %	18,4	6,7	16,5
31-45 AÑOS	27	2	29
Row %	93,1	6,9	100,0
Col %	35,5	13,3	31,9
46-60 AÑOS	19	7	26
Row %	73,1	26,9	100,0
Col %	25,0	46,7	28,6
61-75 AÑOS	12	3	15
Row %	80,0	20,0	100,0
Col %	15,8	20,0	16,5
76-92 AÑOS	2	2	4
Row %	50,0	50,0	100,0
Col %	2,6	13,3	4,4
TOTAL	76	15	91
Row %	83,5	16,5	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 19

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF SEGUN SEXO. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA.ENERO 2012-DICIEMBRE

SEXO	BIOLOGIA DEL CRECIMIENTO DE LA BAAF			
	BENIGNO	MALIGNO	SIN DATOS	TOTAL
FEMENINO	38	0	3	41
Row %	92,7	0,0	7,3	100,0
Col %	50,0	0,0	60,0	48,2
MASCULINO	38	4	2	44
Row %	86,4	9,1	4,5	100,0
Col %	50,0	100,0	40,0	51,8
TOTAL	76	4	5	85
Row %	89,4	4,7	5,9	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 20

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO HISTOPATOLOGIA SEGUN SEXO. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA. ENERO 2012-DICIEMBRE

SEXO	BIOLOGIA DEL CRECIMIENTO DE LA HISTOPATOLOGIA		
	BENIGNO	MALIGNO	TOTAL
FEMENINO	36	8	44
Row %	81,8	18,2	100,0
Col %	47,4	53,3	48,4
MASCULINO	40	7	47
Row %	85,1	14,9	100,0
Col %	52,6	46,7	51,6
TOTAL	76	15	91
Row %	83,5	16,5	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 21
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA
SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO BAAF POR GRUPOS DE EDAD
Y SUS RESULTADOS. HOSPITAL ESCUELA "DR. ROBERTO CALDERON
GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA.
ENERO 2012-DICIEMBRE

BAAF	GRUPOEDAD						
	0-14 AÑOS	15-30 AÑOS	31-45 AÑOS	46-60 AÑOS	61-75 AÑOS	76-92 AÑOS	TOTAL
ADENOMA DE CELULAS BASALES	0 0,0	0 0,0	0 0,0	1 100,0	0 0,0	0 0,0	1 100,0
Row %	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	1,1
Col %							
ADENOMA PLEOMORFO	0 0,0	10 27,0	8 21,6	13 35,1	5 13,5	1 2,7	37 100,0
Row %	0,0	66,7	27,6	50,0	33,3	25,0	40,7
Col %							
CARCINOMA ADENOIDE QUISTICO	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	1 100,0	0 0,0	1 100,0
Row %	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	0,0	1,1
Col %							
CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS	0 0,0	0 0,0	1 33,3	1 33,3	1 33,3	0 0,0	3 100,0
Row %	0,0	0,0	3,4	3,8	6,7	0,0	3,3
Col %							
EVIDENCIA CELULAR DE CONTENIDO QUISTICO	0 0,0	0 0,0	1 33,3	1 33,3	1 33,3	0 0,0	3 100,0
Row %	0,0	0,0	3,4	3,8	6,7	0,0	3,3
Col %							
INSUFICIENTE PARA DIAGNOSTICO	0 0,0	1 10,0	4 40,0	3 30,0	2 20,0	0 0,0	10 100,0
Row %	0,0	6,7	13,8	11,5	13,3	0,0	11,0
Col %							
LINFADENITIS CRONICA	0 0,0	2 22,2	4 44,4	1 11,1	1 11,1	1 11,1	9 100,0

Row %	0,0	13,3	13,8	3,8	6,7	25,0	9,9
Col %							
ONCOCITOMA	0	0	0	0	1	0	1
Row %	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Col %	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	0,0	1,1
SIALOADENITIS CRONICA	1	2	8	5	2	2	20
Row %	5,0	10,0	40,0	25,0	10,0	10,0	100,0
Col %	50,0	13,3	27,6	19,2	13,3	50,0	22,0
SIN EVIDENCIA DE NEOPLASIA	1	0	1	0	0	0	2
Row %	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Col %	50,0	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	2,2
TUMOR DE WARTHIN	0	0	2	1	1	0	4
Row %	0,0	0,0	50,0	25,0	25,0	0,0	100,0
Col %	0,0	0,0	6,9	3,8	6,7	0,0	4,4
TOTAL	2	15	29	26	15	4	91
Row %	2,2	16,5	31,9	28,6	16,5	4,4	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA No. 22
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIA DE GLANDULA
SALIVALES MAYORES QUE SE LES REALIZO HISTOPATOLOGIA POR
GRUPOS DE EDAD Y SUS RESULTADOS HOSPITAL ESCUELA "DR.
ROBERTO CALDERON GUTIERREZ" MANAGUA. NICARAGUA.
ENERO 2012-DICIEMBRE

BIOPSIA POSTOPERATORIA HISTOPATOLOGICA	GRUPOEDAD						TOTAL
	0-14 AÑOS	15-30 AÑOS	31-45 AÑOS	46-60 AÑOS	61-75 AÑOS	76-92 AÑOS	
ADENOMA DE CELULAS BASALES	0	0	0	2	0	0	2
Row %	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Col %	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	2,2
ADENOMA PLEOMORFO	0	8	11	10	5	0	34
Row %	0,0	23,5	32,4	29,4	14,7	0,0	100,0
Col %	0,0	53,3	37,9	38,5	33,3	0,0	37,4
CARCINOMA DE CELULAS ACINARES	0	0	1	1	0	0	2
Row %	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	100,0
Col %	0,0	0,0	3,4	3,8	0,0	0,0	2,2
CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS	0	1	1	2	2	0	6
Row %	0,0	16,7	16,7	33,3	33,3	0,0	100,0
Col %	0,0	6,7	3,4	7,7	13,3	0,0	6,6
CARCINOMA MIOEPITELIAL	0	0	0	1	1	0	2
Row %	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	100,0
Col %	0,0	0,0	0,0	3,8	6,7	0,0	2,2
LINFADENITIS CRONICA	0	2	5	0	1	0	8
Row %	0,0	25,0	62,5	0,0	12,5	0,0	100,0
Col %	0,0	13,3	17,2	0,0	6,7	0,0	8,8
LINFOMA NO HODGKIN	0	0	0	2	0	2	4
Row %	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0	100,0
Col %	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	50,0	4,4
ONCOCITOMA	0	0	0	0	1	0	1
Row %	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Col %	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	0,0	1,1
QUISTE LINFOEPITELIAL	0	0	1	1	0	0	2
Row %	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	100,0
Col %	0,0	0,0	3,4	3,8	0,0	0,0	2,2
SIALOADENITIS CRONICA	2	3	8	4	3	0	20

Row %	10,0	15,0	40,0	20,0	15,0	0,0	100,0
Col %	100,0	20,0	27,6	15,4	20,0	0,0	22,0
SIN EVIDENCIA DE NEOPLASIA	0	1	2	0	1	0	4
Row %	0,0	25,0	50,0	0,0	25,0	0,0	100,0
Col %	0,0	6,7	6,9	0,0	6,7	0,0	4,4
TEJIDO FIBROADIPOSO	0	0	0	0	0	1	1
Row %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Col %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	1,1
TUMOR DE WARTHIN	0	0	0	2	1	1	4
Row %	0,0	0,0	0,0	50,0	25,0	25,0	100,0
Col %	0,0	0,0	0,0	7,7	6,7	25,0	4,4
TUMOR MIXTO	0	0	0	1	0	0	1
Row %	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Col %	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	1,1
TOTAL	2	15	29	26	15	4	91
Row %	2,2	16,5	31,9	28,6	16,5	4,4	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: BASE DE DATOS

LISTA COMPARATIVA DE LAS BAAF CON LAS BIOPSIA POSTOPERATORIA HISTOPATOLOGICA

No.	BAAF	BIOPSIA POSTOPERATORIA HISTOPATOLOGICA
1	SIALOADENITIS CRONICA	SIALOADENITIS CRONICA
2	SIALOADENITIS CRONICA	TEJIDO FIBROADIPOSO
3	CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS	CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS
4	SIALOADENITIS CRONICA	SIALOADENITIS CRONICA
5	INSUFICIENTE PARA DIAGNOSTICO	CARCINOMA DE CELULAS ACINARES
6	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
7	LINFADENITIS CRONICA	ADENOMA PLEOMORFO
8	INSUFICIENTE PARA DIAGNOSTICO	ADENOMA PLEOMORFO
9	LINFADENITIS CRONICA	ADENOMA PLEOMORFO
10	SIALOADENITIS CRONICA	SIALOADENITIS CRONICA
11	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
12	SIALOADENITIS CRONICA	SIALOADENITIS CRONICA
13	SIALOADENITIS CRONICA	LINFADENITIS CRONICA
14	INSUFICIENTE PARA DIAGNOSTICO	CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS
15	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
16	INSUFICIENTE PARA DIAGNOSTICO	SIALOADENITIS CRONICA
17	SIALOADENITIS CRONICA	SIALOADENITIS CRONICA

18	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
19	ADENOMA PLEOMORFO	TUMOR DE WARTHIN
20	INSUFICIENTE PARA DIAGNOSTICO	LINFADENITIS CRONICA
21	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
22	SIALOADENITIS CRONICA	LINFADENITIS CRONICA
23	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
24	SIALOADENITIS CRONICA	SIALOADENITIS CRONICA
25	TUMOR DE WARTHIN	TUMOR DE WARTHIN
26	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
27	CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS	CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS
28	ADENOMA PLEOMORFO	CARCINOMA MIOEPITELIAL
29	ADENOMA PLEOMORFO	CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS
30	SIN EVIDENCIA DE NEOPLASIA	SIALOADENITIS CRONICA
31	SIALOADENITIS CRONICA	SIN EVIDENCIA DE NEOPLASIA
32	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
33	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
34	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA DE CELULAS BASALES
35	LINFADENITIS CRONICA	LINFADENITIS CRONICA
36	EVIDENCIA CELULAR DE CONTENIDO QUISTICO	QUISTE LINFOEPITELIAL
37	LINFADENITIS CRONICA	SIALOADENITIS CRONICA

38	SIALOADENITIS CRONICA	SIALOADENITIS CRONICA
39	EVIDENCIA CELULAR DE CONTENIDO QUISTICO	ADENOMA PLEOMORFO
40	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
41	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
42	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
43	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
44	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
45	TUMOR DE WARTHIN	QUISTE LINFOEPITELIAL
46	TUMOR DE WARTHIN	SIALOADENITIS CRONICA
47	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
48	CARCINOMA ADENOIDE QUISTICO	LINFADENITIS CRONICA
49	ADENOMA PLEOMORFO	SIN EVIDENCIA DE NEOPLASIA
50	ADENOMA DE CELULAS BASALES	ADENOMA DE CELULAS BASALES
51	ADENOMA PLEOMORFO	SIN EVIDENCIA DE NEOPLASIA
52	CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS	CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS
53	ONCOCITOMA	ONCOCITOMA
54	SIN EVIDENCIA DE NEOPLASIA	SIALOADENITIS CRONICA
55	SIALOADENITIS CRONICA	SIALOADENITIS CRONICA
56	LINFADENITIS CRONICA	LINFOMA NO HODGKIN
57	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO

58	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
59	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
60	LINFADENITIS CRONICA	LINFADENITIS CRONICA
61	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
62	SIALOADENITIS CRONICA	SIALOADENITIS CRONICA
63	INSUFICIENTE PARA DIAGNOSTICO	SIALOADENITIS CRONICA
64	LINFADENITIS CRONICA	LINFADENITIS CRONICA
65	LINFADENITIS CRONICA	LINFADENITIS CRONICA
66	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
67	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
68	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
69	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
70	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
71	TUMOR DE WARTHIN	SIALOADENITIS CRONICA
72	SIALOADENITIS CRONICA	SIALOADENITIS CRONICA
73	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
74	SIALOADENITIS CRONICA	ADENOMA PLEOMORFO
75	SIALOADENITIS CRONICA	LINFOMA NO HODGKIN
76	INSUFICIENTE PARA DIAGNOSTICO	CARCINOMA DE CELULAS ACINARES
77	SIALOADENITIS CRONICA	ADENOMA PLEOMORFO
78	ADENOMA PLEOMORFO	CARCINOMA MIOEPITELIAL

79	LINFADENITIS CRONICA	LINFOMA NO HODGKIN
80	ADENOMA PLEOMORFO	TUMOR MIXTO
81	SIALOADENITIS CRONICA	TUMOR DE WARTHIN
82	INSUFICIENTE PARA DIAGNOSTICO	ADENOMA PLEOMORFO
83	ADENOMA PLEOMORFO	CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS
84	SIALOADENITIS CRONICA	SIALOADENITIS CRONICA
85	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
86	ADENOMA PLEOMORFO	ADENOMA PLEOMORFO
87	SIALOADENITIS CRONICA	SIALOADENITIS CRONICA
88	INSUFICIENTE PARA DIAGNOSTICO	LINFOMA NO HODGKIN
89	ADENOMA PLEOMORFO	SIALOADENITIS CRONICA
90	INSUFICIENTE PARA DIAGNOSTICO	TUMOR DE WARTHIN
91	EVIDENCIA CELULAR DE CONTENIDO QUISTICO	SIN EVIDENCIA DE NEOPLASIA

FUENTE: BASE DE DATOS

❖ **CONCORDANCIA DE LOS RESULTADOS DE LAS BAAF Y EL HISTOPATOLOGICO**

➤ CANTIDAD DE RESPUESTA DE **"INSUFICIENTE PARA DIAGNOSTICO"**