



Universidad Veracruzana

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

**CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL ESTADO
DE VERACRUZ “DR. RAFAEL LUCIO”**

Tesis

**“Prevalencia de neoplasias benignas de la glándula parótida
en pacientes del servicio de cirugía maxilofacial del
CEMEV del año 2006-2012.”**

Para obtener el grado de:
Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial

Presenta:
C.D. Antonio Angeles Velázquez

Tutor:
C.D.M.F. Rafael Alfredo Flores García

Asesor:
MIC. C.D. Gabriela Nachón García

Jefe de servicio:
C.E.O. Eduardo Leines Castillo

Abreviaturas

AC.- El arco de Conn

BAAF.- Biopsia por aspiración con aguja fina

CEMEV.- Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz
"Dr. Rafael Lucio"

LH.- Linfoma de Hodgkin

LNH.- Linfoma no Hodking

LU.- Línea de Utrecht

NC.- Nervio Craneal (Par craneal)

NF.- Nervio Facial

OMS.- Organización Mundial de la Salud

RM.- Resonancia Magnética.

RMN Resonancia Magnética Nuclear

SMAS.- Sistema músculo aponeurótico.

TAC.- Tomografía axial computarizada

TC.- Tomografía computarizada.

VR.- Vena retromandibular.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de las glándulas salivales suelen presentarse a partir de la cuarta década de la vida y raramente aparecen en niños.

La localización de las neoplasias son más comunes en la glándula parótida abarcando el 80% aproximadamente y de estas, la gran mayoría involucran el lóbulo superficial. El 10% en la glándula submandibular, 1% en la sublingual y 9% en las glándulas salivares menores con predominio en paladar.

Para realizar el diagnóstico de cualquier tipo de neoplasia de glándulas salivales es necesario llevar a cabo pruebas en la exploración física que nos orienten hacia un diagnóstico más preciso, como son la movilidad y tamaño de la lesión así como también la presencia de síntomas como el dolor, paresia, parálisis facial, trismos, infiltración cutánea y palpación de linfadenopatías cervicales.

El estudio de imagen de elección es la TC seguido de la RMN. Otros auxiliares de diagnóstico con menor presencia son la endoscopia, ortopantomografía, ecografía, sialografía y gammagrafía.

Para hacer diagnóstico histopatológico la primera elección es la BAAF, seguida de la toma transoperatoria con biopsia de tipo incisional o escisional; esta última usada más comúnmente.

El tratamiento para los tumores benignos de parótida es la parotídectomía del lóbulo superficial y/o profundo con o sin preservación del nervio facial. Para los tumores malignos se realiza la parotídectomía total, con o sin preservación el nervio facial y/o vaciamiento ganglionar.

Debido a la importancia del padecimiento y probables complicaciones, se debe tomar en cuenta para llevar un control y estadística para beneficio propio del paciente atendido en el CEMEV.

1.- Antecedentes

La neoplasia se define literalmente como “crecimiento nuevo” o también como una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento excede al del tejido normal y no está coordinado con él, carece de finalidad, hace presa en el portador y es virtualmente autónoma, la cual persiste de la misma forma excesiva tras finalizar el estímulo que suscitó la alteración. En general el sufijo “oma” se asigna a las neoplasias benignas. ¹

Las glándulas salivales, se clasifican en mayores y menores. Las glándulas salivares derivan de células de la superficie epitelial, que penetrando a través del tejido subyacente, crecen para desarrollar glándulas endo y exocrinas. Los tumores de glándulas salivales pueden desarrollarse en cualquier glándula salival bajo el mismo patrón histológico. El 80% de los tumores salivales se presentan en la parótida, del 10 al 15% en la glándula submandibular y de un 5 a un 10% en la sublingual y glándulas salivales menores. El 5% de los tumores de glándulas salivales se presentan en la población de niños. Así mismo en los niños el tumor más frecuente que se presenta es el hemangioma, así como el linfangioma, los cuales forman parte de los de origen mesenquimático y dentro de los tumores epiteliales el más común es el adenoma pleomorfo, y el 35 % de ellos en la infancia son malignos presentándose más frecuentemente el carcinoma mucoepidermoide. ²

Esencialmente si se pretende evitar la recurrencia local, se requiere de la escisión completa del tumor, con un margen negativo de tejido glandular normal. Los tumores localizados en el lóbulo profundo de la glándula parótida, aunque raros, exigen la realización de una parotídectomía total, con preservación del nervio facial. ³

La mayoría de los estudios epidemiológicos de las neoplasias han sido basados en largas series de uno o más institutos, los cuales no son verdaderos estudios de población. Cuando todos los tumores de glándulas salivales son considerados, se ha reportado la incidencia anual de 0.4 a 13.5 casos por cada 100, 000 habitantes con algunos picos en algunas poblaciones. ⁴

Los tumores de la glándula parótida representan el 2% de los tumores de cabeza y cuello y el 3% de todas las neoplasias del cuerpo. De ellas, el 80% se localizan en la parótida donde predominan los tumores benignos empezando por adenoma pleomorfo, tumor de Warthin; estos de manera unilateral y en casos raros este ultimo de manera bilateral representando el 1.1% en las glándulas salivales y solo el 0.7% específicamente en la parótida; por lo tanto se requiere de un examen histológico para determinar la prevalencia de estas lesiones. ^{5, 6}

A parte del estudio anatómico-patológico y ante los problemas de reconocimiento, clasificación y gradificación se realizó un estudio en el hospital John Hopkins donde se propuso como auxiliar de diagnóstico la sección por cortes congelados intraoperatoriamente e inmunohistoquímica para la detección más precisa de la entidad ante la cual se enfrenta el clínico y patólogo. ⁷

Los linfomas de parótida representan el 0,3% de todos los tumores malignos del organismo, de estos el 85% son LNH. Además, la hipertrofia glandular bilateral denominada síndrome de Mikulicz característica del síndrome de Sjögren, presenta hasta 40 veces mayor incidencia de linfoma de parótida que el resto de la población. Para la diferenciación entre tumores benignos y malignos, es necesaria la utilización de estudios complementarios como la BAAF o pruebas de imagen tales como: ecografía, TC o RMN. Batsakis y col. realizan la BAAF en escasas ocasiones, ya que afirman que su uso no modifica el manejo quirúrgico, haciéndola por tanto, innecesaria. La sensibilidad de esta prueba varía entre el 29% y el 97% según las series, siendo sin embargo la especificidad alta, entre el 84% y el 100%. ⁸

Existe hoy en día una gran variedad de técnicas diagnósticas en el estudio de las lesiones de las glándulas salivales, tales como la sialografía, ultrasonido, TC, RMN y estudios con radioisótopos, así como la BAAF. El ultrasonido, resulta ser un buen estudio para caracterizar y diferenciar lesiones quísticas, sólidas y mixtas. Sin embargo, el estándar de oro en el estudio por imagen de los tumores de las glándulas salivales sigue siendo la TC multicorte simple y

contrastada. A su vez la certeza diagnóstica se ha visto incrementada recientemente con el uso de la sialografía. La RMN ofrece mayor información cuando se practica una angio resonancia, haciendo posible identificar si existe invasión extra glandular y/o involucro neural. La BAAF merece una mención especial, ya que en centros de experiencia alcanza una sensibilidad y especificidad diagnósticas cercanas al 95%. La técnica es ahora más utilizada como primera línea de investigación en masas palpables de cabeza y cuello. 9

En un estudio hecho en Madrid, se realizó una revisión general de 63 pacientes, donde se obtuvo la edad, sexo, localización, histopatología, métodos de diagnóstico, tratamiento y supervivencia; el diagnóstico se realizó mediante BAAF y en casos de duda, fue solicitada una ecografía o una TC. En esta revisión coinciden con la literatura revisada en la mayor frecuencia de tumores benignos y la mayor afección de la glándula parótida. 10

Alguna otra localización ha sido reportadas en el paladar, labios, amígdala, laringe, seno maxilar y espacio parafaríngeo por lo que no se debe dejar como diagnóstico diferencial solo en cavidad oral sino que también en región cervical, al igual que el angiomixoma superficial, una entidad rara y benigna la cual se puede llegar a localizar en la región parotídea. 11, 12,13

Por otra parte el diagnóstico diferencial de los tumores de glándulas salivales mayores incluye el quiste glandular, malformaciones arteriovenosas, litos, hemangiomas, tumores anexos, neurales, adenopatías, enfermedad metastásica. De todos los tumores de glándula parótida del 1% – 8% son de una glándula accesoria. El rango de malignidad reportada es del 26% al 50%.

14

El ultrasonido es considerado la primera prueba de imagen como método de diagnóstico en nódulos linfáticos y enfermedades de tejidos suaves de la cabeza y el cuello. Una examinación completa con ultrasonido determina si la lesión es de carácter intra o extra glandular, sólida, quística o mixta, pobre o altamente vascularizado con contornos bien definidos o no, asociados o no a linfadenopatía y si se presenta como lesión solitaria ó múltiple. Así mismo la

ecografía es capaz de distinguir entre lesiones benignas y malignas en un 96% de los casos y para algunos otros autores diagnostica un adenoma pleomorfo hasta en un 85%. ^{15,16}

Apoyando esta teoría otros autores como Bradley propone que la TC y RMN solo deben ser solicitadas para casos donde exista duda diagnóstica, como por ejemplo en recurrencias, neoplasias grandes, etc. ¹⁷

Por otro lado existe una gran relación entre estudios histopatológicos previos al tratamiento quirúrgico, dentro de los cuales se encuentra la BAAF es una técnica sencilla, fácil de realizar, con un costo económico bajo y con un índice bajo de complicaciones. El objetivo de la BAAF, sobre todo, es diferenciar entre lesiones benignas y malignas. Diversos estudios demuestran que la sensibilidad de esta técnica para detectar malignidad varía entre el 60 – 100%, presentando una especificidad entre el 85–100%. ¹⁸

La histopatología de las glándulas salivales es un área difícil y compleja y en las revisiones de la OMS se han nombrado más de 40 entidades patológicas no neoplásicas tales como la adenosis poliquística esclerosante, queilitis esclerosante, hiperplasia de glándula salival y sialometaplasia necrotizante entre otras. Y que por las características histopatológicas con presencia de displasia y atipias hacen pensar en una entidad pseudo tumoral o neoplásica.

^{19, 20}

Otra patología muy poco frecuente son los schwannomas del nervio facial que en las primeras instancias puede llegar a confundirse con neoplasias del parénquima glandular y por lo tanto deberá cambiar el tratamiento y las precauciones por la implicación con el nervio facial. ²¹

Muñoz y cols. en el 2010 determinaron como objetivo evaluar la utilidad de la BAAF en el estudio de los tumores de la glándula parótida, comparándolo con el diagnóstico final histopatológico de la pieza quirúrgica, en el que se obtuvo una sensibilidad de la BAAF para detectar malignidad de un 71% y una especificidad de un 91%. ²²

A pesar de otras estadísticas, se han encontrado tumores neurogénicos como neoplasias más frecuentes, tales como los schwannomas los cuales no siempre son fáciles de diagnosticar, aunque por medio de aspiración se tiene reportado un alto porcentaje de éxito cerca del 84%. ²³

Para pacientes con tumores de glándulas salivales, la evaluación preoperatoria para la localización es de carácter estricto para fines quirúrgicos, por lo que se han descrito cuatro límites radiológicos para predecir la localización del tumor los cuales son Arco de Conn (AC), nervio facial (NF), línea de Utrecht (LU), y la vena retromandibular (VR). También se han utilizado para medir relativamente el tamaño de la lesión. ²⁴

Debido a la amplia diversidad de tumores salivales, existe un grupo de tumores con diferenciación oncocítica a nivel salival, los cuales suelen tratarse generalmente de lesiones tumorales benignas (tumor de Warthin, oncocitoma, cistoadenoma oncocítico), En la última década, la aplicación de técnicas inmunohistoquímicas, con el uso de anticuerpos antimitocondriales, se ha revelado como una metodología eficaz y de gran inmediatez en el reconocimiento de esta diferenciación oncocítica. ²⁵

En otros estudios realizados, reportan que en gran número de sujetos por arriba de 75 años de edad muestran aumentos de volumen en la región parotídea, en particular los tumores malignos los cuales son relativamente frecuentes en las últimas décadas de la vida, como por ejemplo el melanoma, carcinomas metastásicos, etc, los cuales se pueden tratar con radioterapia o quimioterapia. ²⁶

De acuerdo con la naturaleza de la lesión a tratar se deben entender ciertas circunstancias tales como el tamaño de la neoplasia, localización de la lesión, antecedentes de cirugía previa y tipo histopatológico, por tal motivo se han propuesto diferentes tipos de abordajes. ²⁷

Normalmente en pacientes adolescentes es poco frecuente que se presenten este tipo de anomalías. En un estudio realizado de 1995 al 2009 estudiaron las causas por las que se intervinieron a pacientes adolescentes dentro de las cuales se encuentran las de tipo inflamatorias, del desarrollo y vasculares principalmente, con menos del 5% de todas las glándulas salivales. ²⁸

En un estudio realizado por Valentini y cols. en el 2001 en Italia en 100 pacientes con diagnóstico de adenoma pleomorfo, 56 de ellos fueron tratados con parotídectomía superficial conservadora, 41 de los casos con parotídectomía total conservadora, 1 con parotídectomía total con sacrificio del nervio marginal y 2 casos con sacrificio total del NF. ²⁹

Normalmente la disección en sentido anterogrado del NF es realizada por aproximadamente el 50% de los cirujanos según un reporte de un estudio realizado en el Reino Unido y el otro 50% realiza la disección en sentido retrogrado por lo que nos indica que estos cirujanos están familiarizados con los dos tipos de procedimientos. ³⁰

En algunos casos existe la reaparición de adenoma pleomorfo, por lo que el uso de la radioterapia ha sido utilizada de tal manera que se realizó un estudio para evaluar la eficacia de este tratamiento coadyuvante en el cual concluyen que la radioterapia tiene un rango de eficacia completamente exitoso. A su vez en el servicio de cabeza y cuello en Ámsterdam concluyen que los procedimientos quirúrgicos inadecuados tal como la misma enucleación, dan lugar a múltiples recurrencias. De acuerdo a lo anterior, Nicholson propone que el límite mínimo de la cirugía de parótida es la disección extra capsular. Y en caso de que hubiera ruptura de la capsula se podría utilizar una técnica simple y efectiva propuesta en 2012 a base de colocación de cianoacrilato y surgicel.

^{31, 32, 33,34}

Algunas veces solo se encuentra involucrada una glándula accesoria de la parótida la cual pudiera tratarse mediante exéresis solo de esta prolongación realizándolo por vía intraoral en conjunto con la utilización de electrodos extraorales para evitar el daño al NF. ³⁵

2.- Planteamiento del problema

La manifestación clínica más frecuente de la glándula parótida, es la aparición de una masa palpable a nivel de la región retromandibular y/o parotídea las cuales son en su mayoría neoplásicas.

Los tumores de glándula parótida se deben tener en cuenta por el cirujano maxilofacial en el diagnóstico diferencial, evitando con ello la confusión con cuadros clínicos, como los síndromes producidos por virus, que pueden inducir un diagnóstico erróneo, donde se trate únicamente de una reacción secundaria a la patología de origen.

Así mismo, los pacientes con tumoraciones parotídeas malignas experimentan un riesgo ocho veces superior de desarrollar una segunda lesión primario en la mama, próstata, ovario o pulmón. Por último, queda señalar que los tumores salivales múltiples, unilaterales o bilaterales, sincrónicos o metacrónicos son raros, siendo los más frecuente el adenoma pleomorfo seguido por el tumor de Warthin.

En el Centro de Especialidades Medicas se han presentado casos de las patologías de la glándula parótida, a lo largo de los años, por lo que surge la interrogante:

¿Cuál es la prevalencia de neoplasias benignas de la glándula parótida, en los pacientes que acudieron al Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz “Dr. Rafael Lucio” atendidos en el servicio de Cirugía Maxilofacial en el periodo de 2005 a 2012?

3.- Justificación

La bioestadística de patologías nos da un parámetro para saber cómo se comportan algunas alteraciones en específico, así como también nos orienta hacia un pronóstico esperado en cuanto a la evolución y el tratamiento de elección para los pacientes.

En el CEMEV no se cuenta con estadísticas que puedan indicar la prevalencia, complicaciones y secuelas postoperatorias, por lo que los beneficios que se esperan conseguir son; actuar protocolizando los casos llevándolos de una manera más controlada y realizando procedimientos que según la investigación y los resultados obtenidos, convengan más para determinado paciente, así como también llevar el registro de todos aquellos pacientes que sean atendidos, con la finalidad de que nos permita conocer el comportamiento de este tipo de lesiones en nuestra región geográfica, y a su vez, determinando la prevalencia para establecer un diagnóstico certero, en menor tiempo y así poder brindar un mejor plan de tratamiento con mejor pronóstico.

4.- Objetivos

Objetivo general.-

Determinar la prevalencia de neoplasias benignas de la glándula parótida, en los pacientes que acudieron al Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz “Dr. Rafael Lucio” atendidos en el servicio de Cirugía Maxilofacial del periodo de 2005 a 2012.

Objetivos específicos.-

- Identificar el tipo de lesión más frecuente de la glándula parótida en los pacientes atendidos del 2005 al 2012 en el CEMEV.
- Determinar el porcentaje de las lesiones de la glándula parótida en relación a la edad y género del paciente.

5.- Hipótesis

“El adenoma pleomorfo y el cistoadenoma papilar linfomatoso (tumor de Warthin) son las neoplasias más frecuentes respectivamente de la parótida con una prevalencia mayor en adultos afectando mas al género femenino”

6.- Metodología

6.1.- Tipo de diseño - Estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo.

6.1.1.- Criterios de inclusión

- Expedientes que se encuentran en el archivo de los pacientes que acudieron al servicio de cirugía maxilofacial dentro del periodo del 2005-2012 que fueron intervenidos quirúrgicamente de parotídectomía.
- Ambos géneros.
- Expediente de pacientes con patología benigna de parótida.
- Expedientes de pacientes con biopsia preoperatoria.
- Expedientes de pacientes con diagnóstico histopatológico.

6.1.2.- Criterios de exclusión

- Expedientes no tengan estudio de histopatología.
- Expedientes de pacientes que no hayan sido atendidos por el servicio de cirugía maxilofacial.

6.1.3.- Criterios de eliminación

- No aplica

6.2.- Definición de la población objetivo

Pacientes con diagnóstico de lesión benigna de glándula parótida.

6.3.- Ubicación espacio – temporal.

El estudio se llevará a cabo en el hospital Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz “Dr. Rafael Lucio”. Xalapa Veracruz, en el departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de Enero a Marzo del 2013.

6.4.- Definición operacional de la entidad nosológica y/o variable principal del estudio.

Glándula parótida.- forma parte de las glándulas salivales mayores, dentro de las cuales es la de mayor tamaño, peso y longitud de conducto; también es la glándula donde se presentan más frecuentemente las tumoraciones benignas.

Tumores benignos de glándulas salivales.- se definen como aumento de volumen único que puede ser uní o bilateral debido al incremento de células indiferenciadas pluripotenciales o células tronco localizadas en la porción terminal y proximal de la unidad secretora ductal las cuales son de etiología variable multifactorial.

6.5.- Definición de la unidad o sujeto de estudio

Expedientes de pacientes con diagnóstico de lesión benigna de glándula parótida

6.6.- Procedimiento de la forma de obtención de las unidades de estudio

Se solicitará autorización al departamento de archivo, para poder revisar los expedientes de los pacientes atendidos por el departamento de Cirugía Máxilofacial con diagnóstico de lesiones benignas de la glándula parótida durante el periodo 2005 al 2012.

6.7 Factores de confusión

No aplican

6.8.- Definición, operacionalización y escalas de medición de las variables

Variable	Definición operacional	Instrumento de medición	Unidad de medida	Valores o categoría	Escala de medición
Tipo de lesión	Diagnóstico establecido por el patólogo en el reporte de la biopsia	Reporte de biopsia	Categorico	Si No - Adenoma pleomorfo - Tumor de Warthin - Carcinoma adenoideo quístico	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del examen.	Expedientes	Década	10-19 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69 70-79 80-89	Intervalo
Género	Conjunto de elementos que configuran a una persona como sexuada en masculino o femenino.	Expediente médico	Categorico	Masculino 1 Femenino 2	Nominal
Diagnóstico presuntivo	Diagnóstico emitido por el medico tratante antes de realizar la biopsia	Expediente clínico	Categorico - Adenoma pleomorfo - Tumor de Warthin - Carcinoma adenoideo quístico		Ordinal

6.9 Procedimientos de la forma de medición de las variables y de la aplicación de las maniobras a las unidades de estudio.

- Se revisarán los expedientes seleccionando aquellos que cumplan con los criterios de inclusión y que no tengan ningún criterio de inclusión
- Vaciará la información en la hoja de captura de datos (anexo 1) la cual consta de cinco ítems de preguntas abiertas.
- Se realizará una base de datos en el programa Excel. En donde se vaciara la información
- Se analizan los datos con las pruebas estadísticas correspondientes.
- Se emiten los resultados.

6.10.- Tamaño de la muestra

Se realizará muestreo no probabilístico de forma estratificada. Se incluirán todos los expedientes de pacientes que cubran el criterio de inclusión en el periodo de 2005 a 2012, atendido en el servicio de Cirugía Maxilofacial del CEMEV.

7.- Análisis estadístico.

Se obtuvo un análisis de distribución de frecuencia (expresadas en porcentajes) para los resultados de cada variable, se calculó las medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación típica), representado en gráficos de barra a través del programa IBM SPSS Statistics 19. De igual forma se realizaron pruebas de comprobación de hipótesis.

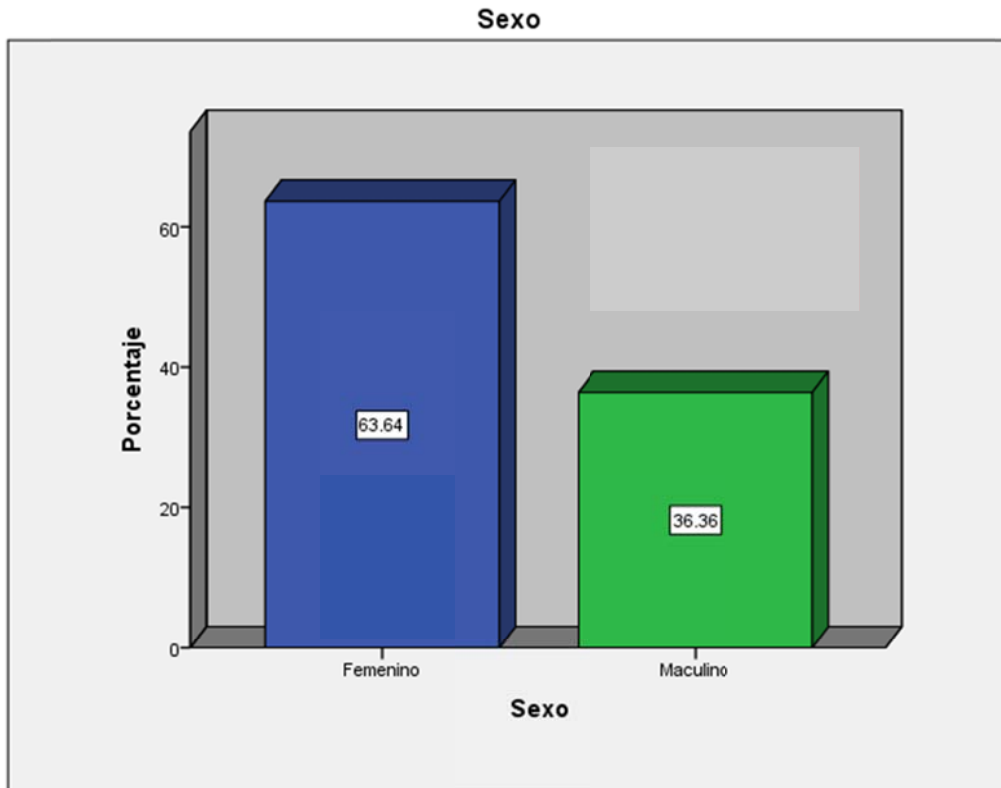
Todas las pruebas estadísticas se establecieron con un intervalo de confianza de 0.95 y una α de 0.05, considerando significativo todo valor de p menor de 0.05.

8.- Etica

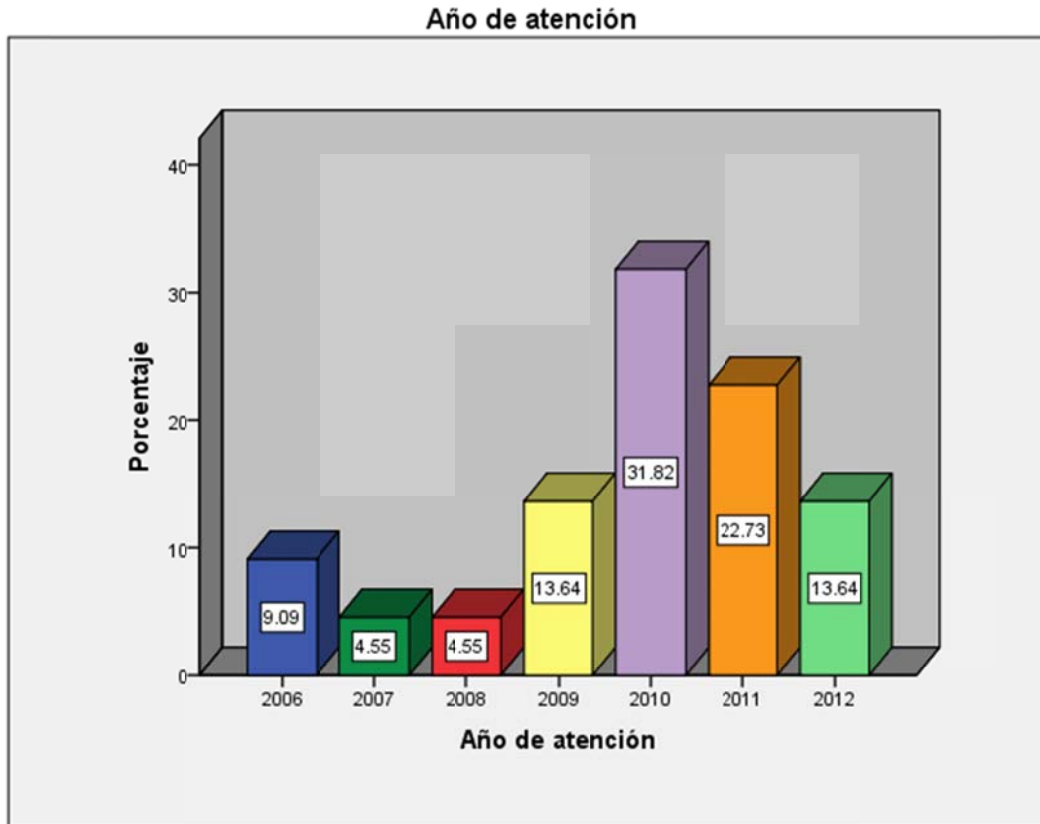
Este protocolo ha sido elaborado tomando en consideración las normas de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en el Título Segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos Capítulo I en el artículo 17, el presente estudio se presenta dentro de la clasificación I: investigación sin riesgo, ya que consiste exclusivamente en la revisión de expedientes. También fueron considerados: el Código de Bioética para el personal de Salud (2002), así mismo también basado en Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. ^{36,37,38}

9.- Resultados

Se incluyeron 22 pacientes los cuales fueron seleccionados de acuerdo con los criterios y variables antes mencionadas. De estos 22 pacientes, 14 fueron del género femenino y 8 del género masculino, abarcando el 63.6% y el 36.4% respectivamente.



De acuerdo con el año de atención al paciente fueron 2 en el 2006 (9.1%), 1 en el 2007 (4.5%), 1 en el 2008 (4.5%), 3 en el 2009 (13.6%), 7 en el 2010 (31.8%), 5 en el 2011 (22.7%), y 3 en el 2012 (13.6%).



De los 22 pacientes incluidos en este estudio fue predominantemente mayor la frecuencia en la tercera década de la vida, observando que 8 (36.4%) de los 22 pacientes estaban dentro de este rango de edad. Le siguió la cuarta década de la vida con 5 pacientes (22.7%). Tanto en la primera, quinta y sexta décadas solo fueron atendidos 2 pacientes en cada una de estas (9.1% en cada una). Y por último en la segunda, octava y novena décadas de la vida solo se vio a un paciente de cada una (4.5% en cada una de ellas).

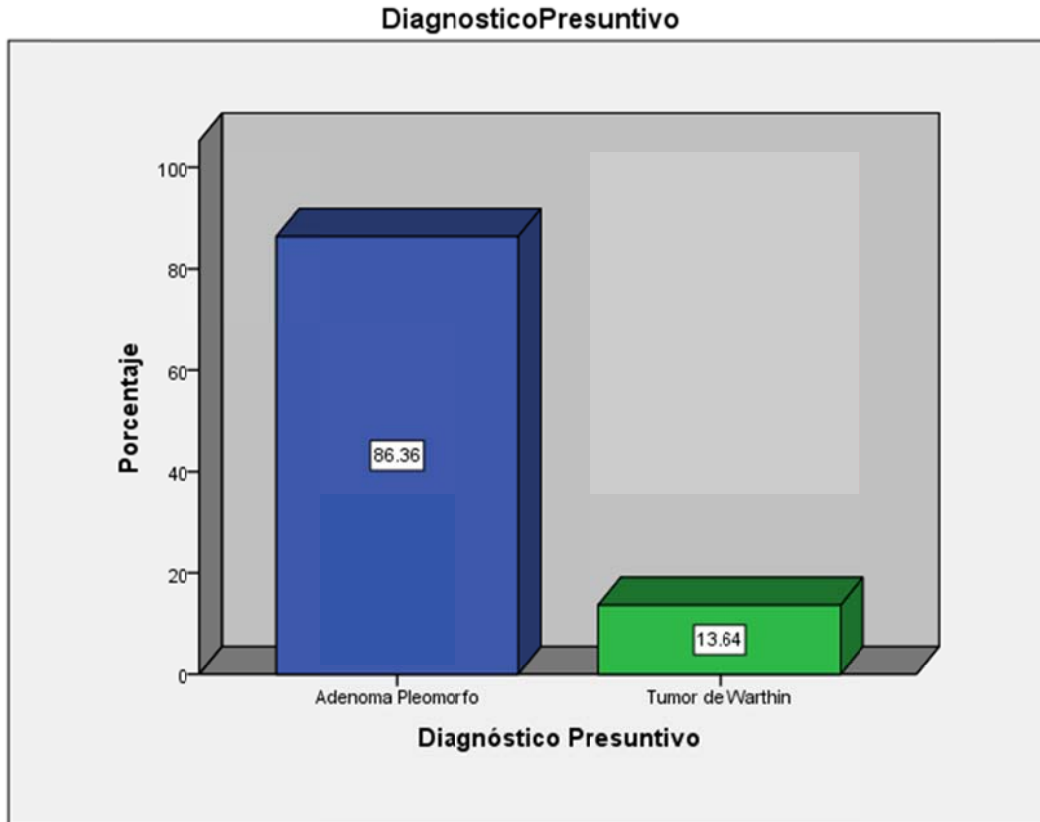
Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	9.1	9.1	9.1
	2	1	4.5	4.5	13.6
	3	8	36.4	36.4	50.0
	4	5	22.7	22.7	72.7
	5	2	9.1	9.1	81.8
	6	2	9.1	9.1	90.9
	8	1	4.5	4.5	95.5
	9	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

Dentro del rubro del diagnóstico presuntivo, realizado en la primera cita, previa a la cirugía, observamos que la gran tendencia de acuerdo con la interpretación de la apariencia clínica, se inclinaba hacia el adenoma pleomorfo abarcando el 86.4%; es decir que, en 19 de los 22 pacientes se sospechaba de esta patología benigna, y los 3 restantes (13.6%) se sospechaba únicamente de tumor de Warthin.

Diagnostico Presuntivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 Adenoma Pleomorfo	19	86.4	86.4	86.4
	2 Tumor de Warthin	3	13.6	13.6	100.0
	Total	22	100.0	100.0	



Posterior al acto quirúrgico ya con la confirmatoria del estudio histopatológico, se observó que el adenoma pleomorfo se presentó en 17 (77.3%) de los 22 pacientes, 3 (13.6) fueron Tumor de Warthin; y también aparecieron 2 diagnósticos más los cuales solo se presentaron en 1 caso respectivamente, tratándose de hiperplasia nodular (4.5%) y adenoma canalicular (4.5%).

Diagnostico Patológico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1 Adenoma Pleomorfo	17	77.3	77.3	77.3
2 Tumor de Warthin	3	13.6	13.6	90.9
3 Hiperplasia Nodular	1	4.5	4.5	95.5
4 Adenoma Canalicular	1	4.5	4.5	100.0
Total	22	100.0	100.0	

10.- Discusión

Los pacientes con patologías tumorales en la glándula parótida se pueden presentar en la práctica diaria del cirujano maxilofacial, lo que hace que la exploración, así como también la experiencia clínica se realicen con calidad, mayor frecuencia y de manera rutinaria, brindando así una adecuada atención al paciente con este tipo de patologías.

Existen autores que proponen diversos tipos de estudios tanto clínico como auxiliares de diagnóstico para realizar un diagnóstico de manera más acertada, con la intención de que desde antes de realizar el estudio histopatológico se tenga una idea de la patología que presenta el paciente; aunque realmente este último no se podrá suplir ya que ningún estudio puede llegar a suplir o interpretar el resultado como este.²⁴

Durante la exploración de los pacientes es importante realizar una adecuada historia clínica y exploración clínica exhaustiva para reducir las posibilidades al máximo, de descartar la mayor cantidad de patologías probables que pudieran presentarse en un solo paciente.

En base con los resultados obtenidos en este estudio, observa que la patología benigna (adenoma pleomorfo) que se esperaba encontrar con mayor frecuencia es la que se sospechaba en el diagnóstico presuntivo, confirmando lo establecido en la literatura mundial, en que más de 80% de todas las neoplasias benignas de la glándula parótida son afectadas por el también conocido tumor mixto benigno.² Tanto el género femenino como en la edad adulta, se obtuvo el mayor porcentaje en los rangos esperados.

Es de llamar la atención que entre más pasan los años se tiene mayor afluencia de pacientes con este tipo de patologías, ya sea por la adquisición de experiencia en el servicio de cirugía maxilofacial, así como también la habilidad y destreza para tratar este tipo de alteraciones de las glándulas salivales mayores.

Las limitaciones del presente estudio se establecen con base a el tamaño de la muestra. Definitivamente hay que realizar más estudios de este tipo y

enfocados a patologías específicas para estudiar la fisiopatogénia, así como la historia natural de la enfermedad con la finalidad de adquirir una bioestadística de las patologías que sufre la comunidad mexicana, para brindar consultas de mayor calidad, en menos tiempo sin necesidad de realizar estudios que solo retrasen el tratamiento definitivo.

11.- CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos de este estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo; apoyan a la literatura reportada a nivel mundial. No encontramos algún dato diferente que pudiera indicar alguna alteración en la presentación clínica, ni en el diagnóstico de este tipo de patologías que se presentan en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz “Dr., Rafael Lucio”

12. REFERENCIAS

- 1.- Robbins S. Patología estructural y funcional. 5ª edición. Mc-Graw-Hill-Interamericana. 1995; 271-272.
- 2.- Fazzini R. Tumores de glandulas salivales. Servicio de cirugia general. Unidad académica hospital municipal de San Isidro. Facultad de medicina de Buenos Aires 2000. <http://www.sputtr.com/salivales>
- 3.- Cortés González R. Tumores de las glándulas salivales. Cirujano general 2010; 32: 71-72.
- 4.- Bradley PJ, McGurk M. Incidence of salivary gland neoplasms in a defined UK population. Br J Oral Maxillofac Surg 2012; 51: 399-403.
- 5.- Sánchez Legaza E, Meléndez B, Revelles H, Vedia J, Murga C. Tumor de Warthin bilateral. ORL-DIPS 2005; 32: 47-50.
- 6.- Viveros Añorbe LM, Sánchez Marle JF. Tumor de Warthin. Reporte de un caso bilateral. An Med Asoc Med Hosp ABC 2001; 46: 88-91.
- 7.- Westra WH. Diagnostic difficulties in the classification and grading of salivary gland tumors. Int. J. Radiation Oncology Biol Phys 2007; 69: 49-51.
- 8.- Alvarez-Buylla Blanco M, Martínez Morán A, Vázquez Barro JC, Martínez Vidal J. Linfoma no Hodgkin primario de la glándula parótida: revisión de 8 casos. Acta Otorrinolaringol Esp. 2010; 61: 371–374.
- 9.- Paris J, Facon F, Pascal T, Chrestian MA, Moulin G, Zanaret M. Preoperative diagnostic values of fine- needle cytology and MRI in parotid gland tumors. Eur Arch Otorhinolaryngol 2005; 262 : 27–31.

- 10.- Lahoz Zamarro MT, Galve Royo A, Galve Royo F. Afección tumoral de las glándulas salivales. Nuestra experiencia. Acta Otorrinolaringol Esp 2009; 60: 120-5.
- 11.- Págarra Linares L, Aguirre Urizar JM, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Papillary cystadenoma lymphomatosum (Warthin-like) of minor salivary glands. Medicina Oral Patología Oral Cirugía Bucal 2009; 14: 597-600.
- 12.- Ramos Calzadilla P, Alfonso Verdecia E, Prats Pérez R. Tumor de Warthin extraparotídeo. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Facultad de Medicina "Miguel Enríquez" Hospital docente clínico quirúrgico. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/otorrino/tumor_de_warthin.pdf
- 13.- Rosado Rodríguez P, de Vicente JC, de Villalaín L, Blanco V. Angiomixoma superficial de la región parotídea y revisión de la literatura. Acta Otorrinolaringol Esp 2012; 63: 147-9.
- 14.- Lin DT, Coopit LG, Burkey BB, Neterville JL. Tumors of the accessory lobe of the parotid gland: a 10 year experience. Laryngoscope 2004; 114: 1652-1655.
- 15.- Fodor D, Pop S, Maniu A, Cosgaria M. Gray scale and doppler ultrasonography of the benign tumors of the parotid gland (pleomorphic adenoma and Warthin's tumor). Medical ultrasonography 2010; 12: 238-244.
- 16.- Gil-Garcedo LM, Gil-Garcedo E, Vallejo LA, Menéndez ME. Puntos clave en la cirugía de los tumores de la glándula parótida. ORL-DIPS 2003; 30: 12-20.
- 17.- Bradley JP. Pathology and treatment of salivary gland conditions. Surgery 2006; 24: 304-311.

- 18.- Gete García P, Almodóvar Álvarez C, García Álvarez G, Rodríguez Francos MI, Cerván Rubiales F, Sangó Lamban P. Tumores parotídeos: correlación entre la punción aspiración con aguja fina y los hallazgos histopatológicos. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2006; 57: 279-282.
- 19.- Evenson WJ, Speight MP. Non-neoplastic lesions of the salivary glands: New entities and diagnostic problems. *Current diagnostic pathology* 2006; 12: 22-30.
- 20.- Mercado MV, Mercado AJ, García FS, Loyola MJP, Heller FF, Vallejos AH. Adenosis poliquística esclerosante de la glándula parótida. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza cuello* 2009; 69: 41-44.
- 21.- Villatoro JC, Krakowiak-Gómez R, López M, Quer M. Dos casos de schwannoma intraparotídeo del nervio facial. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2010;130: 1193-8.
- 22.- Muñoz PC, Cordero Jiménez A, Tenor Serrano R, García Mata R, Contreras Molina P, García Muñoz I. Correlación citohistológica en tumores de la glándula parótida. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2010;61:184–188.
- 23.- Kyung-Ja C, Ro YJ, Choi J, Choi S, Nam SY, Kim SY. Mesenchymal neoplasms of the major salivary glands: clinicopathological features of 18 cases. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008; 265: 47–56.
- 24.- Young Lim C, Chang Hang S, Nam Kee H, Youn Chung W, Soo Park C. Preoperative prediction of the location of parotid gland tumors using anatomical landmarks. *World J Surg* 2008; 32: 2200-2203.
- 25.- Vera-Sempere F, Vera-Sirera B. Utilidad del anticuerpo antimitocondrial 113-1 en el diagnóstico y categorización de los tumores de glándula salival con diferenciación oncocítica. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2011; 62: 1-9.

- 26.- Croce A, D'Agostino L, Moretti A, Augurio A. Parotid surgery in patients over seventy-five years old. *Acta otorhinolaryngologica italica* 2008; 28: 231-238.
- 27.- Calderón OW, Israel VG, Cabello PR, Santiago Ramírez, Calderón MD. Ritidectomía profunda sub SMAS. *Rev. Chilena de Cirugía* 2003; 55: 394-397.
- 28.- Pratap Singh R, Abdel-Galil K, Harbottle M, Telfer RM. Parotid gland disease in childhood: diagnosis and indications for surgical intervention. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2012; 50: 338-343.
- 29.- Valentini V, Fabiani F, Perugini M, Vetrano S, Iannetti G. Surgical techniques in the treatment of pleomorphic adenoma of the parotid gland: our experience and review of literature. *The Journal of Craniofacial Surgery* 2001; 12: 565-568.
- 30.- O'Regan B, Bharadwaj G. Comparison of facial nerve injury and recovery rates after antegrade and retrograde nerve dissection in parotid surgery for benign disease: prospective study over 4 years. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2011; 49: 286-191.
- 31.- Chen MA, García J, Bucci MK, Quivey MJ, Eisele WD. Recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: Long term outcome of patients treated with radiation therapy. *Int. J. Radiation Oncology Biol Phys* 2006; 1031-1035.
- 32.- Hoorweg JJ, Hilgers MFJ, Keus BR, Zoetmulder NFA, Loftus MB. Metastasizing pleomorphic adenoma: a report of three cases. *Europ J Surg Oncol* 1998; 24: 452-455.
- 33.- George KS, McGurk M. Extracapsular dissection – minimal resection for benign parotid tumours. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2011; 49: 451-454.

34.- Brennan PA, Herd MK, Aldridge T, Colbert S. Use of surgical and cyanoacrylate glue to seal iatrogenic rupture of cysts and tumours during surgery. Br J Oral Maxillofac Surg 2012; 51: 448-9.

35.- Schmutzhard J, Schwentner M, Andrie J, Gunkel RA, Sprinzl MG. Resection of accessory parotid gland tumors through a peroral approach with facial nerve monitoring. The Journal of Craniofacial Surgery 2007; 18: 1419-1421.

36.- Varmus H, Satcher D. Ethical complexities of conducting research in developing countries. N Engl J Med 1997;2;337(14):1003-5.

37.- World Medical Associations Declaration of Helsinki Ethical principles for medical research involving human subjects. Adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964; amended by the 29th WMA General Assembly, Tokyo, Japan, October 1975; 35th WMA General Assembly, Venice, Italy, October 1983; 41st. WMA General Assembly, Hong Kong, September 1989; 48th WMA General Assembly, Somerset West, Republic of South Africa, October 1996, and the 52nd WMA General Assembly, Edinburgh, Scotland, October 2000; Note of clarification on paragraph 29 added by the WMA General Assembly, Washington 2002.

38.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

13. Anexos

ANEXO 1

Clave_____	Fecha de captura_____
Expediente_____	
Genero F M	Edad_____ Año de la consulta_____
Diagnostico presuntivo _____	
Diagnostico en el reporte patológico _____	

ANEXO 2

Codificación de la base de datos

Genero

Código	Variable
1	Femenino
2	Masculino

Edad

Código	Variable
1	10-19
2	20-29
3	30-39
4	40-49
5	50-59
6	60-69
7	70-79
8	80-89

Año de consulta

Código	Variable
1	2005
2	2006
3	2007
4	2008
5	2009
6	2010
7	2011
8	2012