

11236



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ¹⁰ _{2y}

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Hospital General Centro Médico "La Raza"
I. M. S. S.

FRECUENCIA Y COMPORTAMIENTO CLINICO DE
LOS TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES
EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
DEL HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA
RAZA, EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS.

T E S I S

Que para obtener el titulo de Especialista en
OTORRINOLARINGOLOGIA
presentan

DR. EDGAR EUSTORGIO VILLAFANE
DR. RICARDO ENRIQUE HEDMAN TABLAS



I.M.S.S.

Vº Bº
[Signature] *[Signature]*

México, D. F.

1990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

	PAGINA
TITULO	1
OBJETIVOS	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	9
HIPOTESIS	10
DISEÑO EXPERIMENTAL	10
PROGRAMA DE TRABAJO	11
ASPECTOS ETICOS	13
ANALISIS ESTADISTICOS	13
RESULTADOS.	14
CUADROS Y GRAFICAS.	17
CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.	29
BIBLIOGRAFIA.	31

TITULO:

FRECUENCIA Y COMPORTAMIENTO CLINICO DE LOS TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HOSPITAL - GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA, EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS.

OBJETIVOS:

Conocer la frecuencia y el comportamiento clínico que han tenido los tumores de Glándulas Salivales en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

Los tumores primarios de las Glándulas Salivales, son los únicos tumores de Cabeza y Cuello cuya conformación celular puede ser de origen epitelial, glandular o Mixto, aunque es mayor el porcentaje de origen epitelial. (5 - 8)

Las glándulas salivales son estructuras glándulares de secreción externa cuya función básica es generar un volumen adecuado de saliva e histológicamente se encuentra constituido por acinos.

Estas se clasifican en mayores y menores, según el patrón de contorno en que se encuentran en relación con la cavidad oral, siendo las mayores la parótida, la submaxilar y la sublingual. Las menores se encuentran en la mucosa que recubre el paladar, carrillo, las encías, piso de boca, orofaringe y senos paranasales. (9 - 15)

Los primeros datos de la literatura sobre estas tumoraciones, se remontan a 1793 a 1797 con remociones quirúrgicas realizadas por Siebol. Sólo existen casos aislados reportados en Europa entre 1800 y 1804. (5)

En cuanto a la anatomía de la región, grandes aportaciones fueron hechas por Mc Worter en 1917, Addons y Ott en 1923, Bally en 1941 y Davis y colaboradores en 1956.

Uno de los estudios pioneros de estos tumores fué la Sielografía descrita por Blady y Hocker en 1939.

Otro de los factores más importantes a tener en cuenta durante su abordaje en la exposición del nervio facial descrito por - Blair en 1926, el cual inició una nueva etapa en las cirugías de estas, sobre todo cuando se lesiona alterando su función.

Igualmente describe técnicas de reparación. (5)

De las revisiones de casos más importantes el cual generaron clasificación de estos se encuentran los de Byars y Hadrson en 1965 y Conley de 1975. (5)

En la actualidad se ha adoptado la nomenclatura de la Organización Mundial de la Salud, cuya autoría se debe a Thackray y Sovin y teniendo en cuenta el origen epitelial de la mayoría de estas lesiones como sigue: (15)

1.- Benignos:

- Adenoma Pleomórfico
- Adenomas Monomórficos
- Adenolinfoma (Tumor de Wartin)
- Adenoma Oxifílico (Oncocítico)

2.- Otros Tipos de Adenomas:

- a.- Adenoma Tubular
- b.- Adenoma de Células claras
- c.- Adenoma de Células basales
- d.- Adenoma Trabecular
- e.- Adenoma Sebáceo.

3.- Malignos:

- Carcinoma del adenoma pleomórfico
- Tumor Mixto maligno
- Carcinoma mucoepidemoide (grado: bajo, intermedio, alto)
- Carcinoma adenoideo quístico
- Adenocarcinoma
- Carcinoma Indiferenciado
- Tumor de Células Acinares
- Metastásicos. (15)

No se han encontrado factores predisponentes realmente demostrables en la formación de estos tumores, sólo se conoce la predisposición a transformarse en malignos los adenomas pleomórficos, que han sido tratados previamente en forma incompleta y que recurren. (13)

FRECUENCIA

Estas neoplasias constituyen del 2 al 5% de los tumores de cabeza y Cuello y el 1% de los tumores en general de la economía. (4 - 10)

Esta incidencia es mayor entre la tercera y cuarta década de la vida y se ha encontrado con una leve diferencia en favor de las mujeres en muchas series. La incidencia de los variados tipos de tumores de las Glándulas Salivales, es mucho mayor en la glándula Pa rótida que en ninguna otra glándula mayor o menor (95%). La presentación de tumores de las glándulas submaxilar es más baja (10%). Y los tumores de la glándula sublingual son extremadamente raros, como por ejemplo en alguna revisión realizada por Foote y Frazell's que en 877 tumores de las tres glándulas salivales mayores encontró sóla mente cuatro casos, así como de las menores. (7)

Es necesario anotar que es mayor la incidencia de tumores malignos en la glándula submaxilar y sublingual y las menores 50% en contraposición a la incidencia de tumores benignos a nivel de la glándula parótida en un 80%. (7)

SINTOMAS Y HALLAZGOS CLINICOS

Los síntomas más comúnmente observados son masa tumoral evidente al exámen físico y es necesario averiguar la evolución de ésta tratando de determinar si ha habido un crecimiento rápido o lento -

así como compromiso del nervio facial, dolor local ó referido y se -
deben observar las características de esta masa, como ser: consisten-
cia, tamaño, localización, si hay compromiso ganglionar, local o re-
gional, identificación de los conductos de Stenon, de Warton; las ca-
racterísticas de su secreción o tumefacciones a este nivel para ha-
cer diagnóstico diferencial con procesos inflamatorios. (9 - 13)

CLASIFICACION TNM

Cuando se trata de tumores de estirpe maligna, se debe te -
ner en cuenta la clasificación TNM, que nos sirve para determinar -
las características de este tumor así como el compromiso que pudiere
tener alguna estructura adyacente como sigue:

Tumor Primario:

- T1 Tumor menor de 2 cm de diámetro, móvil, con nervio facial in -
tacto.
- T2 Tumor de 2 a 4 cm de diámetro, solitario, móvil o parcialmente
fijo a piel, y con nervio facial intacto.
- T3 Tumor de 4 a 6 cm de diámetro o múltiples nódulos, ulceración-
de piel o fijación profunda, con nervio intacto o afectado.
- T4 Tumor mayor de 4 cm que involucra la mandíbula o huesos adya -
centes. (13)

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS

Los estudios diagnósticos que más se utilizan en este tipo-
de tumoraciones son: la sialografía, la cual tiene un valor limitado
ya que no demuestra extensiones extraparotídeas, tiene poca signifi-
cancia en lesiones menores de 1 cm y no permite diferenciar lesiones
benignas o malignas y se puede dificultar en un momento dado el acto
quirúrgico que se fuere a realizar.

La tomografía computarizada nos permite básicamente los siguientes aspectos: 1.- La diferenciación de lesiones intrínsecas y extrínsecas. 2.- Determinar la relación de la lesión con respecto al nervio facial. 3.- Determinar múltiples lesiones cuando existen sospechas clínicas. 4.- Detectar linfadenopatía coexistente. Pero - aunque su poder de sensibilidad es enorme no así su especificidad y por lo tanto no puede diferenciar lesiones benignas de malignas. (2 - 3 - 11)

Los diferentes tipos de biopsia como son: por punción, incisional y escisional presentan según la literatura Médica actual contraindicaciones, ya que en la mayoría de los casos promueven la recurrencia y difusión del tumor por lo que se recomienda casi siempre - escisión completa de estas masas con buenos márgenes quirúrgicos con respecto al tejido sano. (4 - 9)

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección en la mayoría de los tumores de glándulas salivales es la cirugía. La radioterapia debe utilizarse - de preferencia en forma postoperatoria en los casos de alta malignidad histológica.

El procedimiento mínimo diagnóstico y terapéutico, es la parotidectomía superficial o extirpación de la glándula submaxilar, ya que cuando no se diagnóstica esta lesión adecuadamente y se hace una excisión bajo anestesia local, generalmente se ocasionan lesiones - del nervio facial y como regla aparece la recurrencia local.

Cuando existe compromiso de glándulas salivales menores se efectúa resección quirúrgica amplia de la lesión, dependiendo de su localización (palatetectomía, maxilectomía, hemiglosectomía) y se efectúa disección radical del cuello, sólo en presencia de adenopatías - metastásicas.

Cuando el tumor primario es inoperable, puede tratarse con radioterapia en forma primaria, valorando su resecabilidad al término de este tratamiento. (5 - 9 - 13)

PRONOSTICO Y SUPERVIVENCIA

Cuando se trata de tumoraciones benignas el pronóstico es - bueno, sólo observándose algo desfavorable en los adenomas pleomórfi - cos ya que a veces recurren o tienden a malignizarse. En cuanto a - las tumoraciones malignas, su supervivencia se determina a cinco -- años y es de un 87% cuando se encuentran localizadas, y de un 23% - cuando se encuentran con metastásis a distancia. (13)

HIPOTESIS

No requiere de hipótesis por tratarse de una encuesta descriptiva.

DISEÑO EXPERIMENTAL

Es un diseño descriptivo, retrospectivo, observacional y - transversal.

PROGRAMA DE TRABAJO

MATERIAL Y METODO:

La investigación se llevará a cabo en el archivo Clínico - del Hospital General Centro Médico La Raza, con revisión de expedientes Clínicos de pacientes que ingresaron al Servicio de Otorrinolaringología en los últimos tres años con el diagnóstico de tumoración de Glándulas Salivales, entre enero de 1987 a enero de 1990.

CRITERIO DE INCLUSION:

- A.- Paciente de cualquier edad y sexo.
- B.- Que ingresen al Servicio de Otorrinolaringología con diagnóstico de tumoración de Glándulas Salivales de cualquier localización.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- A.- Se excluiran los pacientes con procesos inflamatorios de las Glándulas Salivales.
- B.- Se excluiran pacientes con trastornos metabólicos o sistémicos que incluyan las Glándulas Salivales.

METODO:

Todos los datos que a continuación se enuncian serán recavados y concentrados en un formato especial para los pacientes con tumoración de Glándula Salival, las cuales comprenden:

Nombre, cédula, edad, sexo, actividad profesional, procedencia, síntomas, (hallazgos Clínicos): localización, lado del cuello en que se encuentra la lesión, características, lesión de nervios, tamaño, infiltración, ganglios, metastásis, estudio de diagnóstico, tipo histológico, diferenciación, primer tratamiento (cirugía), tipo de cirugía, tipo de tratamiento sobre metastásis en cuello, (cirugía) radioterapia, recurrencia, tratamiento de la recurrencia y supervivencia aunque este estudio es menor de cinco años, sólo se medirá durante el período anotado.

Se anexa hoja de recolección de datos.

IMPLICACIONES ETICAS

De acuerdo con las normas éticas de las Instituciones de - Salud y a los lineamientos Internacionales, se guardará confidencialidad de la información y sólo se utilizará esta para fines de investigación.

Por no poner en peligro la integridad física de los pacientes, así como la no utilización de métodos invasivos, no se requerirá la autorización de los familiares durante la elaboración del estudio. Así mismo, se actualizará la bibliografía.

ANALISIS ESTADISTICOS

Se realizará, mediante estadística descriptiva y los resultados de este estudio se reportarán mediante histograma y gráficas - de frecuencias absolutas y relativas, así como T. de student P 0.05

R E S U L T A D O S

En el presente estudio realizado en el Servicio de Otorrino laringología del Hospital General Centro Médico La Raza, en el período comprendido de Enero de 1987 a Enero de 1990.

Se revisaron seis casos con un estudio retrospectivo transversal observacional y descriptivo, encontrándose: en cuanto a actividad profesional que un paciente era Ingeniero Civil, dos pacientes eran estudiantes de secundaria, uno era obrero de la construcción, - un ama de casa y un mecánico, este último expuesto a hidrocarburos - aparentemente.

En cuanto a la procedencia cuatro pacientes procedían del D.F., (área urbana) y dos procedían del Estado de México, (zona Metropolitana), no encontrándose residencia en área Industrial de ninguno de ellos.

Con respecto a la edad de los pacientes se encontró una edad promedio a 34.83 con una mediana de 39 (años), y con una desviación standart = 17.68 (Gráf. No. 1)

De los seis pacientes cuatro eran hombres (66.6%) y dos mujeres (33.3%), lo que contrasta con la frecuencia por sexo planteada en los antecedentes científicos. (Gráf. No. 2)

En lo que se refiere a los síntomas se obtuvo un resultado-uniforme, observándose masa de crecimiento lento en todos los casos-estudiados, que no concuerda con los datos de la literatura Mundial.

El tiempo de evolución promedio desde el inicio del padecimiento fué de 2.84 años, con una mediana de 2 años modas de 2,5 y -- 1 1/2 y con una desviación standart = 1.68 (Gráf. No. 3)

Con respecto a la localización cinco de estas tumoraciones se localizaban en parótida (83.33%) y una en Glándula Salival accesoria que corresponde a un 16.6% lo que está de acuerdo con lo planteado en los antecedentes. (Gráf. No. 4)

En cuanto a las características de la lesión cuatro eran masas móviles de consistencia dura que corresponde a 66.6% y dos eran fijas y de consistencia dura que corresponde a un 33.3% y perteneciendo estas últimas a tumoraciones malignas.

En lo que se refiere a compromisos de nervios, sólo se observó un caso de compromiso de nervio facial perteneciente este a una tumoración maligna (adenocarcinoma). De los tumores malignos estadificados dos correspondían a estadios T2 N1 M0 (epidermoide y mucoepidermoide respectivamente) y uno con estadio T1 N0 M0 (adenocarcinoma). (Gráf. No. 5)

Los tipos histológicos encontrados tres fueron mixtos benignos, un adenocarcinoma un Ca epidermoide y un Ca mucoepidermoide, no siendo significativa esta diferencia entre benignos y malignos por lo escaso de la muestra. (Gráf. No. 6)

De los estudios diagnósticos se encontró que se realizaron cuatro sialografías indiscriminadamente según el tipo histológico, igualmente dos tomografías lineales y tres tomografías computarizadas con predominio de este estudio en tumores de estirpe maligna (2). Gráf. No. 7

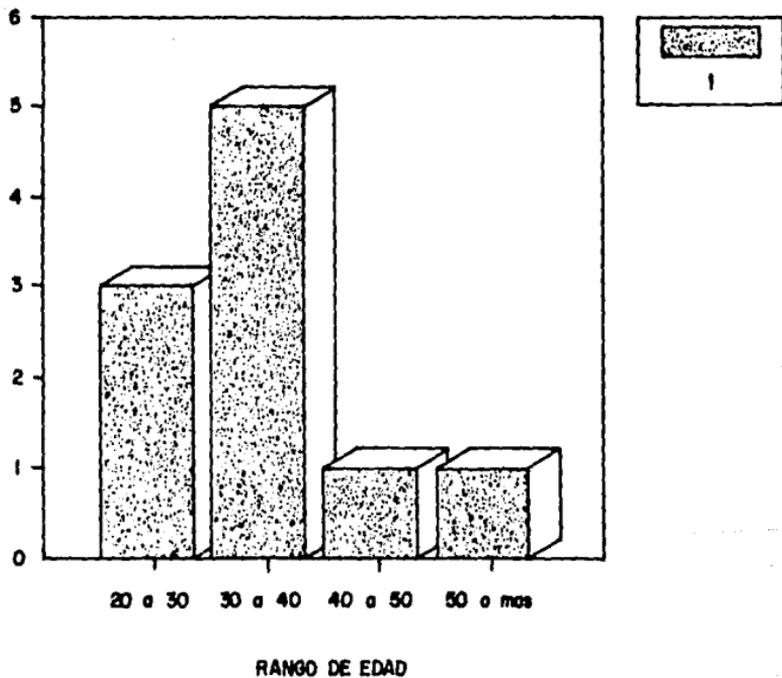
Con respecto al tratamiento inicial se utilizó en cuatro de los casos parotidectomía superficial, una parotidectomía total conservadora en un caso de estirpe maligna (Ca mucoepidermoide). Y una escisión de Glándula accesoria en otro caso de estirpe maligna (adenocarcinoma). (Gráf. No. 8)

En cuanto a la recurrencia se observó una local (16.6%) la cual correspondía a un tumor mixto benigno y siendo tratada esta con cirugía local, y dos recurrencias regionales (33.3%), las cuales correspondían a un Ca epidermoide y un Ca mucoepidermoide respectivamente, siendo tratadas con radioterapia. (Gráf. No. 9 - 10)

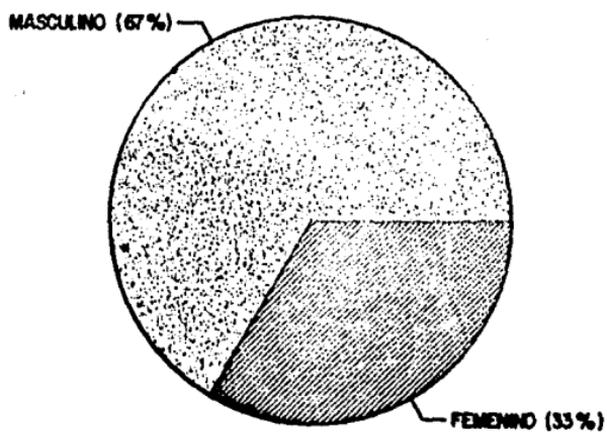
En lo que respecta a la supervivencia aunque es un estudio-observacional de tres años y ésta sólo es medible durante cinco años en este tipo de patologías, se logró observar desde el inicio del padecimiento un promedio de 4.17 años, una mediana de 4.5 años y una moda de cinco años con una desviación standard = 0.98, siendo esto cuantificado en los tumores de estirpe maligna como benigna indiscriminadamente. (Cuadros No. 1 y No. 2)

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de T de student encontrándose una significancia de $p = 0.05$ para un promedio de sobrevivida de cinco años.

HISTOGRAMA DE FRECUENCIA DE LA EDAD

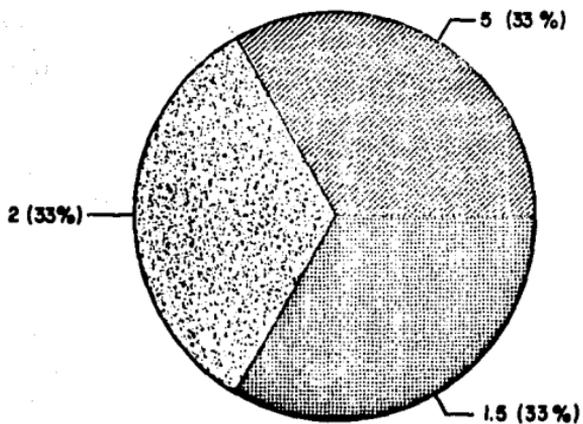


**DISTRIBUCION DE PACIENTES
POR SEXO**



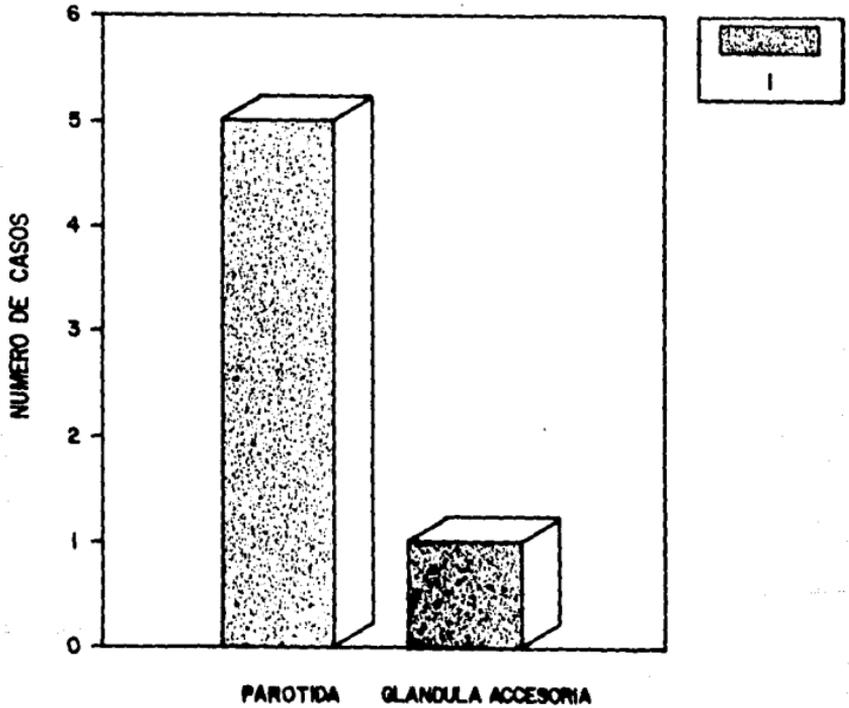
Gráfica No. 2

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA
LESION EN AÑOS



Gráfica No. 3

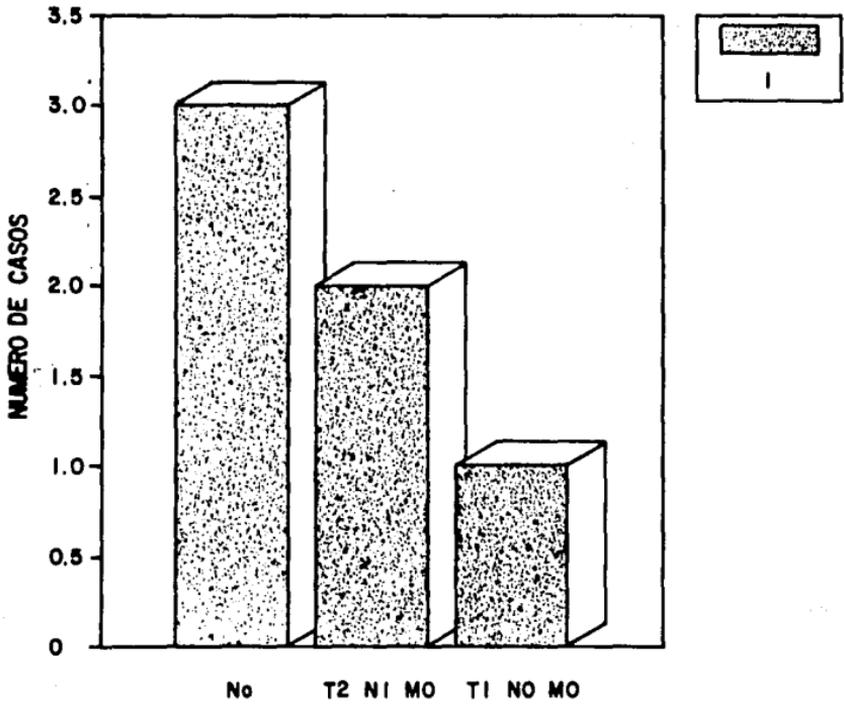
LOCALIZACION DE LA LESION



LOCALIZACION

GRAFICA No. 4

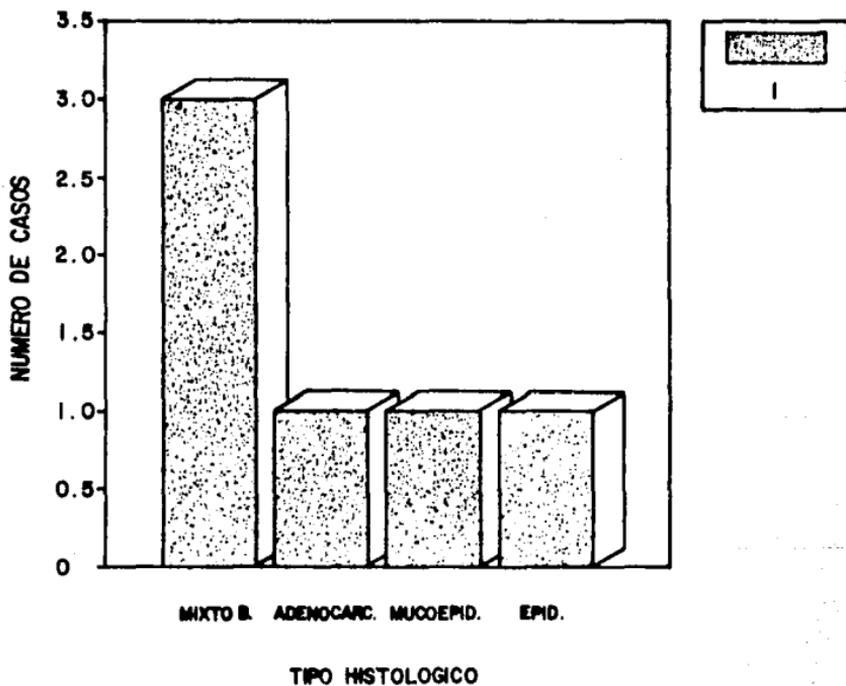
CLASIFICACION TNM



CLASIFICACION

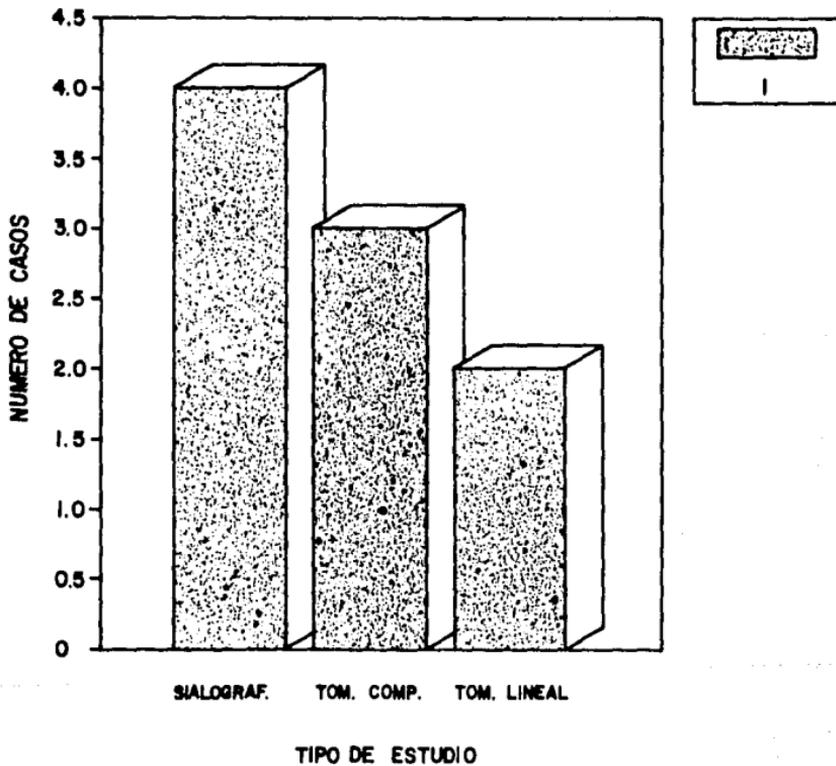
GRAFICA No. 5

TIPO HISTOLOGICO DE LA LESION



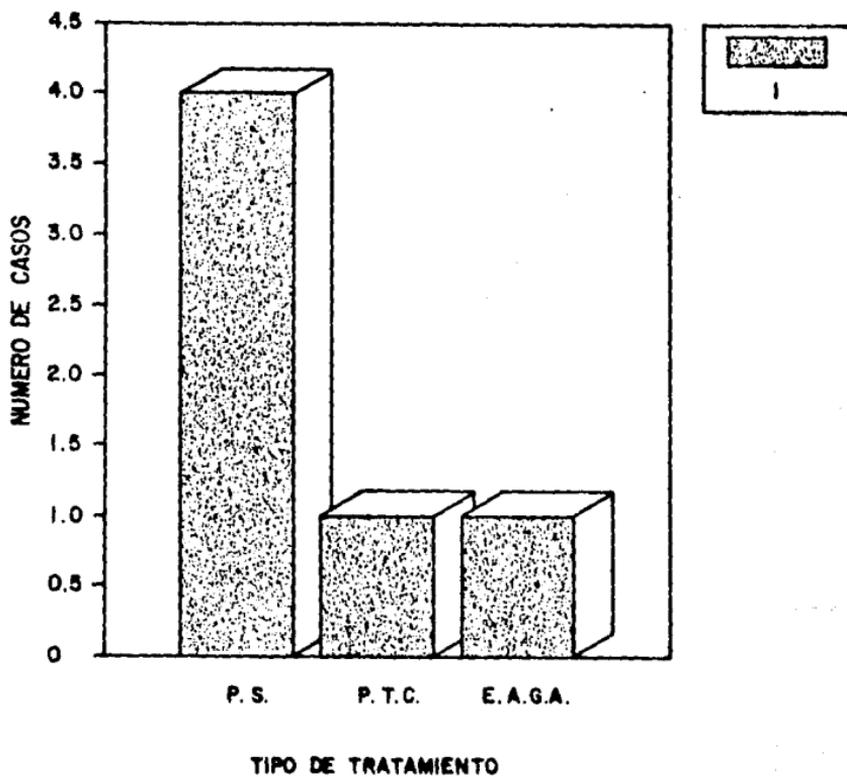
GRAFICA No. 6

ESTUDIO DIAGNOSTICO



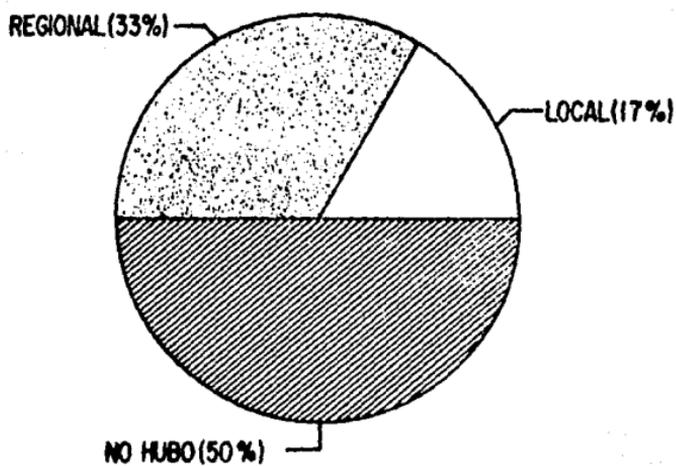
GRAFICA No.7

TRATAMIENTO INICIAL



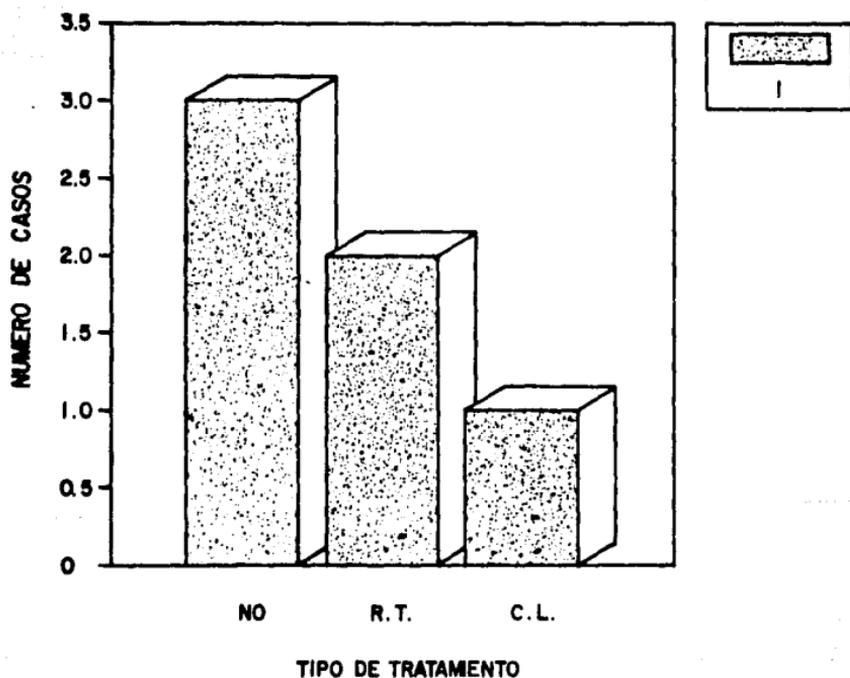
GRAFICA No. 8

RECURRENCIA DE LA LESION



GRAFICA N.º 9

TRATAMIENTO DE LA RECURRENCIA



GRAFICA No. 10

TIPO HISTOLOGICO Y COMPORTAMIENTO CLINICO

TIPO HISTOLOGICO	No. DE CASOS	EVOLUCION PROM. EN AÑOS	LOCALIZACION	CARACTERISTICAS.	CLASIFICACION T N M
MIXTO BENIGNO	3	2.8	PAROTIDA	M - D	No
ADENOCARCINOMA	1	5	G. A.	F - D	T 1 No Mo
MUCOEPIDERMOIDE	1	1, 1/2	PAROTIDA	F - D	T 2 No Mo
EPIDERMOIDE	1	2	PAROTIDA	M - D	T 2 No Mo

Características del tumor M: MOVIL F: FIJO D: DURA

Cuadro No. 1

TIPO HISTOLOGICO Y EVOLUCION SEGUN TTO.

TIPO HISTOLOGICO	TRATAMIENTO INICIAL	RECURRENCIA	TRATAMIENTO DE LA RECURRENCIA	SOBREVIDA (años)
MIXTO BENIGNO	P S	FOCAL EN 1 CASO	C L	4.7
ADENOCARCINOMA	EA GA	N O	N O	5
MUCOEPIDERMIDE	PTC	REGIONAL	R T	3
EPIDERMIDE	P S	REGIONAL	R T	3

Tto. Inicial : PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL : PS

TOTAL CONSERVADORA : PTC

ESCISION AMPLIA DE GLANDULA ACCESORIA : EAGA

Tto. de la Recurrencia : CIRUGIA LOCAL : CL

RADIO TERAPIA : RT

Cuadro No. 2

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

- 1.- No se observó una significancia de las variables procedencias y ocupación para relacionarlas como posibles factores etiológicos.
- 2.- En cuanto a la edad y sexo se encontraron resultados comparables a los observados en la literatura.
- 3.- No coinciden los síntomas ni el tiempo de evolución de las lesiones con la estirpe histológica malignas de algunas de estas lesiones.
- 4.- Con respecto a la localización de mayor presentación (parótida) y características de la lesión son comparativamente iguales a lo especificado en la literatura.
- 5.- En lo que se refiere a compromiso de nervios coincide su presentación con un caso de estirpe maligna y con recurrencias regional posterior.
- 6.- En cuanto a los tipos histológicos se encontró frecuencia de presentación mayor del tumor mixto benigno que va de acuerdo a lo expuesto en los antecedentes.
- 7.- Es de anotar la poca significancia diagnóstica de la sialografía y de la tomografía lineal, que contrasta con el gran valor diagnóstico de la tomografía computarizada.
- 8.- El tratamiento inicial empleado nos demuestra que según la actitud quirúrgica que se tome en esta fase, redundará en recurrencias o nó de la lesión y por lo tanto en tratamiento más agresivos e incapacitantes para el paciente posteriormente y en calidad de vida.
- 9.- En relación a la supervivencia aunque no es un estudio prospectivo se observó una sobrevida general bastante buena, inclusive en aquellos pacientes que recidivaron.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Aunque la muestra es pequeña y no es representativa para obtener una frecuencia real, así como otros factores, el análisis estadístico demostró un valor significativo que sustenta los objetivos planteados.

Por tratarse de una patología oncológica es de importancia anotar que el corto plazo de este estudio (menor de 3 años) y sus características (descriptivo, retrospectivo) nos hace considerar la necesidad de plantear el mayor tiempo de este así como el seguimiento de los pacientes para obtener una mayor confiabilidad de este estudio.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Adam S.A. Willson. The value of parotid sialography. Britis J. Surgery. Vol. 70 (1983) Pág. 108 - 110.
- 2.- Berg Howard M. Correlation of fine needle aspiration Biopsy - and Ct Scanning of parotid Masses. Laryngoscope 96. December 1986 Pág. 1.357 - 1.361.
- 3.- Bryan R. Nick M.D. The Normal and Abnormal Neck. Computed - Tomography of the head, neck and spine (1985) pág.573 - 578.
- 4.- Cohen Michael B. Salivary Gland Tumors. Arch Otolaryngol Surg. Vol. 112 (1986) pág. 867 - 869.
- 5.- Converse Jhon Marquis M.D. Surgical Treatment of Disease of - the Salivary Glands. Reconstructive Plastic Surgery. Capítulo- 58 segunda Edición (1977) pág. 2.521 - 2.546.
- 6.- Donald Paul J. M.D. Salivary Glands. Head and Neck Cancer. Management of the difficult case. Capítulo 8 (1984) pág.250-257.
- 7.- Diamant H. Tumours of the Parotid Gland. Revue de laryngologie. Vol. 103 No. 2 (1983) pág. 93 - 95
- 8.- Lee K. J. Essential Otolaryngology. 3a edición (1983) pag. 543-570.
- 9.- Paparella and Shumrick. Head and Neck. Otorrinolaringología. Vol. 3 (1982) pág. 2.227 - 2.224.
- 10.- Poulsen Peter. Benig Malignant Neoplasms of the Parotid gland - incidence and histology. Laryngoscope 97. January (1987) pág. 102 - 104.
- 11.- Rice Dale H. Computerized Tomography With Simultaneous Sialography in evaluating Parotid Tumors. Arch Otolaryngol. Vol. 106 Aug (1980) pág. 472 - 473.

- 12.- Robbins S.A. Et al. Diseases of Salivary Glands Patología Básica 11a. Edición (1984) pág. 789 - 795.
- 13.- Rodríguez Cuevas Sergio. Guía y Manejo Tumores Glándulas Salivales Mayores. Guía Diagnóstica-terapéutica del Cancer de Cabeza y Cuello. Pág. 162 - 180.
- 14.- Tran Luu. M.D. Major Salivary Gland Tumors: Treatment Results - and Pronostic Factors. Laryngoscope 96. October (1986). pág. 1,139 - 1,144.
- 15.- Thackray A.C. M.D. Tumors of the Major Salivary Glands. Atlas Of Tumor Pathology. 2da. Serie (1974) pág. 1 - 90.
- 16.- Wise Robert A. Glándulas Salivales. Cirugía de Cabeza y Cuello. 3a. Edición. Capítulo 11 pág. 200 - 228.
- 17.- Wrighth Geoffrey L. M.D. Benign Parotid Diseases Of Childhood. Laryngoscope 95. August. (1985). Pág. 915 - 920.