

1120 / 19



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"**

**FRECUENCIA DE LOS TUMORES
MALIGNOS DE LAS GLANDULAS
SALIVALES**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LA ESPECIALIDAD DE
ANATOMIA PATOLOGICA
P R E S E N T A:
DRA. KARINA ORDOÑEZ PANTOJA



MEXICO, D. F.

276539

ENERO 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"
DIRECCION DE INVESTIGACION

Protocolo de investigación

DR. HECTOR VILLARREAL VELARDE

DIRECTOR DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

DIRECCION DE
INVESTIGACION

DRA MA. DOLORES SAAVEDRA ONTIVEROS

DIRECTORA DE INVESTIGACION DEL HOSPITAL

"GENERAL DR MANUEL GEA GONZALEZ"

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

Villanueva

DR. LUIS ALBERTO VILLANUEVA EGUILUZ

SUBDIRECCION DE

SUBDIRECTOR DE INVESTIGACION

INVESTIGACION

DEL HOSPITAL GENERAL ;DR. MANUEL GEA GONZALEZ

DRA. SARA PARRAGUIRRE MARTINEZ

ASESOR TESIS: JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA
DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

S. Parraguire

DR. ISAIAS ESTRADA MOSCOSO

ASESOR DE TESIS: ADSCRITO AL DEPARTAMENTO ANATOMIA
PATOLOGICA DEL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ.

I. Estrada

A DIOS MAESTRO QUE
MEDIO LA OPORTUNIDAD DE VIVIR Y LOGRAR MIS METAS.
A MI FAMILIA QUE SIEMPRE ME APOYADO Y HA SIDO MI FUENTE DE
INSPIRACION Y PROGRESO.
ESPECIALMENTE AI DR. ISAIS ESTRADA MOSCOSO POR SU VALIOSA
COLABORACION PARA LA REALIZACION DE ESTA TESIS.

AGRADEZCO EN GENERAL A TODO EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA EN
ESPECIAL A LA DRA. SARA PARRAGUIRRE MARTINEZ., SOFIA , LUPITA,
SERGIO CARRION POR SU GRAN AYUDA Y COLABORACION..

POR SU TIEMPO Y AYUDA
AL DR. LUIS ALBERTO VILLANUEVA EGAN

<i>FRECUENCIA DE LOS TUMORES MALIGNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES ...</i>	<i>2</i>
<i>2.- INVESTIGADORES.....</i>	<i>2</i>
<i>3.-SEDE.....</i>	<i>2</i>
<i>4.- ANTECEDENTES.....</i>	<i>2</i>
<i>5.-MARCO DE REFERENCIA.....</i>	<i>20</i>
<i>6.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</i>	<i>21</i>
<i>7.-JUSTIFICACION.....</i>	<i>21</i>
<i>8.-OBJETIVOS.....</i>	<i>21</i>
<i>9.-HIPOTESIS.....</i>	<i>22</i>
<i>10.-DISEÑO.....</i>	<i>22</i>
<i>11.-MATERIAL Y METODO.....</i>	<i>22</i>
<i>11.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....</i>	<i>22</i>
<i>11.3. CRITERIOS DE SELECCION.....</i>	<i>22</i>
<i>11.3.1. CRITERIOS DE INCLUSION.....</i>	<i>22</i>
<i>11.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSION.....</i>	<i>22</i>
<i>11.3.3. CRITERIOS DE ELIMINACION.....</i>	<i>22</i>
<i>11.4. VARIABLES.....</i>	<i>22</i>
<i>11.4.2. DEPENDIENTES.....</i>	<i>22</i>
<i>11.6. PROCEDIMIENTO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....</i>	<i>23</i>
<i>11.7. HOJA DE CAPTURA DE DATOS.....</i>	<i>23</i>
<i>12.-VALIDACIÓN DE DATOS.....</i>	<i>23</i>
<i>13.-PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....</i>	<i>23</i>
<i>14.-CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</i>	<i>23</i>
<i>BIBLIOGRAFIA.....</i>	<i>24</i>

FRECUENCIA DE LOS TUMORES MALIGNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

INVESTIGADORES.

Investigador responsable:

Dra. Karina Ordóñez Pantoja.

Investigadores principales.

Dra. Sara Parraguirre Martínez

Dr. Isaías Estrada Moscoso.

SEDE.

Departamento de Anatomía Patológica del Hospital General Manuel Gea González.

ANTECEDENTES.

La frecuencia anual de tumores de glándulas salivales, varía según las diferentes series de 0.4 a 13.5 casos por 100000 individuos, algunas de estas solo se refieren a tumores benignos y malignos de parótida y otras series mencionan tumores malignos en otras glándulas salivales.

Existen tres glándulas salivales importantes; parótida, submandibular y sublingual así como una gran cantidad de glándulas salivales menores distribuidas a través de la mucosa oral. En glándulas salivales tienen origen una gran variedad de tumores benignos y malignos.

FRECUENCIA DE LOS TUMORES MALIGNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

INVESTIGADORES.

Investigador responsable:

Dra. Karina Ordóñez Pantoja.

Investigadores principales.

Dra. Sara Parraguirre Martínez

Dr. Isaías Estrada Moscoso.

SEDE.

Departamento de Anatomía Patológica del Hospital General Manuel Gea González.

ANTECEDENTES.

La frecuencia anual de tumores de glándulas salivales, varía según las diferentes series de 0,4 a 13,5 casos por 100000 individuos, algunos de estos solo se refieren a tumores benignos y malignos de parótida y otras series mencionan tumores malignos en otras glándulas salivales.

Existen tres glándulas salivales importantes; parótida, submandibular y sublingual así como una gran cantidad de glándulas salivales menores distribuidas a través de la mucosa oral. En glándulas salivales tienen origen una gran variedad de tumores benignos y malignos.

FRECUENCIA DE LOS TUMORES MALIGNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

INVESTIGADORES.

Investigador responsable:

Dra. Karina Ordóñez Pantoja.

Investigadores principales.

Dra. Sara Parraguire Martínez

Dr. Isaías Estrada Moscoso.

SEDE.

Departamento de Anatomía Patológica del Hospital General Manuel Gea González.

ANTECEDENTES.

La frecuencia anual de tumores de glándulas salivales, varía según las diferentes series de 0.4 a 13.5 casos por 100000 individuos, algunas de estas solo se refieren a tumores benignos y malignos de parótida y otras series mencionan tumores malignos en otras glándulas salivales.

Existen tres glándulas salivales importantes; parótida, submandibular y sublingual así como una gran cantidad de glándulas salivales menores distribuidas a través de la mucosa oral. En glándulas salivales tienen origen una gran variedad de tumores benignos y malignos.

Las neoplasias de las glándulas salivales son relativamente poco frecuentes y representan menos del 2% de los tumores en humanos. Entre ellos, del 65% al 80% se localizan en la parótida, 10% en la glándula submaxilar y el resto en las glándulas salivales menores incluyendo en las sublinguales.

Los tumores malignos se desarrollan aproximadamente del 15 a 30% d en las glándulas parótidas, en contraste el 40% en las glándulas submandibulares, 50% en glándulas salivales menores y 70 a 90% en la zona sublingual(1).

La probabilidad de que un tumor de glándula salival sea maligno es más o menos inversamente proporcional al tamaño de la glándula.

Estos tumores comúnmente ocurren en adultos con un ligero predominio en mujeres.

Los tumores benignos aparecen más frecuentemente aparecen entre la 5a-6a década de la vida, mientras que los tumores malignos tienden a aparecer después.

La causa exacta de cáncer de la glándulas salivales, es incierta, sin embargo debido a que el epitelio que recubre estas estructuras esta expuesto a agentes carcinógenos, biológicos, químicos y físicos es importante demostrar si la exposición crónica a tabaco y otros contaminantes ambientales participan en la patogénesis de estas neoplasias. La combinación de tabaquismo y abuso de alcohol es particularmente sinérgica para el cáncer del aparato respiratorio y digestivo superiores.

Se ha estimado que el tabaco y alcohol se presentan en alrededor de 25% de todos los cánceres de la cavidad oral y laringe. Estudios realizados en fumadores informan un riesgo de cáncer laríngeo 40 veces mayor en los que fuman 30 cigarros diarios por 10 años o más (1).

LESION LINFOEPITELIAL BENIGNA.

La lesión linfoepitelial benigna, se conoce con múltiples términos: Sialodentitis crónica, linfoepitelioma benigno y enfermedad de Mikulicz. El término de lesión linfoepitelial fué propuesto por Godwin en 1952 (1).

Histologicamente se caracteriza por infiltración del parénquima glandular por linfocitos y algunas células plasmáticas con atrofia de acinos.

Alteración de los conductos con proliferación epitelial intraductal típica, con formación de islas celulares compactas, referidas por Morgan y Castleman en 1953 como islas epimioepiteliales. Al no existir diferencias histológicas significativas aparentes en pacientes con Síndrome de Sjögren debe estar sustentado en estudios serológicos, sialográficos y oftalmológicos, así como en el antecedente de artritis reumatoide u otras enfermedades inmunológicas como tiroiditis autoinmune (1).

Se ha notificado el desarrollo de linfoma, en pacientes con Síndrome de Sjögren, ya que esta es una alteración inmunológica profunda, que favorece la evolución a linfoma (2).

En una serie del Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas, la lesión linfoepitelial benigna se asocio a otras patologías en el 5.2% como adenomas, sialolitiasis, inflamación granulomatosa, toxoplasmosis, linfomas y carcinoma mucoepidermoide. Se considera que la lesión linfoepitelial maligna, no evoluciona a partir de la lesión benigna y que lo que inicialmente se diagnosticó como benigno era desde su inicio carcinoma anaplásico de probable origen ductal (2).

Azzopardi publicó en 1971 cinco casos de enfermedad de Mikulicz y linfoma, en el mismo sitio probablemente ambos procesos corresponden al resultado del mismo defecto autoinmune del huésped. La evolución hacia la malignidad de la lesión linfoepitelial corresponde a: grupos de células linfoides inmaduras, focos de necrosis, reaccionan histiocítica focal o difusa. En un caso, la infiltración eosinofílica y de células plasmáticas junto con células reticulares anormales, fueron los primeros indicadores de enfermedad de Hodgkin; en otro caso fue lo escaso o la ausencia de las islas epimioepiteliales (4).

Actualmente se ha detectado la asociación de la lesión linfoepitelial benigna con infección con HIV. En estos casos el proceso es bilateral, quístico y asociado a linfadenopatía, además de ser frecuentemente doloroso.

Se sugiere aspirar el quiste y dar radioterapia en los pacientes con SIDA ya que no se recomienda la cirugía. Los marcadores de células T, con anticuerpos para linfocitos de mucosas en el componente epitelial, apoyan la afección primaria de estructuras epiteliales, en la lesión linfoepitelial benigna quística en paciente HIV positivos, la hiperplasia linfoide es secundaria (5).

SIALODENTITIS CRÓNICA

Esta patología tiene cambios histológicos específicos como: fibrosis periductal e intralobular, ectasia de los conductos grandes con detritus intraluminales, infiltrado inflamatorio linfocítico y/o con polimorfonucleares difuso los componentes epiteliales consisten en conductos pequeños muchos con obliteración de la luz por acumulos de células epiteliales, algunos con metaplasia escamosa; en los casos que se observan acinos, estos se encuentran disminuidos en número y tamaño con células pequeñas y cúbicas, con o sin gránulos secretores (49) La tuberculosis, micosis, sarcoidosis o la obstrucción por los conductos por cálculos o tumores malignos contiguos pueden ser la causa de sialodentitis granulomatosa siendo esto una respuesta a la ruptura de los conductos pueden contener pequeños lagos de moco (6).

NEOPLASIAS EPITELIALES BENIGNAS

ADENOMA PLEOMORFICO.

Es la neoplasia mas frecuente de glándulas salivales mayores y menores; constituye del 60 a 70% de todas las neoplasias de parótida de las 40 al 60% de todos los tumores submaxilares y del 40 al 70% de todas las neoplasias de glándulas salivales menores, son extremadamente raros en glándulas sublinguales, sin embargo estos varían de acuerdo a la serie que se consulte.

En el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas se han registrado 6880 tumores, de los cuales 5379 se presentaron en parótida, 594 en submaxilares, 7 sublinguales y 1833 intraorales. La edad de presentación es de 30 a 50 años (1).

Macroscópicamente son bien circunscritos, de superficie lisa o lobulada, usualmente rodeados por cápsula fibrosa. Al corte son de aspecto cartilaginoso, blanquecinos y con áreas translúcidas y mixoides, sólidos y de consistencia firme.

Microscópicamente todos muestran combinación de epitelio y tejido mesenquimatoso, La proporción de cada uno varía ampliamente. Foote y Frasel los clasifica en

cuatro tipos: A) Principalmente mixoides (36%)

B) componente mixoide y celular en igual proporción (30%)

C) Predominantemente celular 22%

D) Extremadamente celular.

El componente celular de los tumores y responsable de la formación del estroma condromixoide es la célula mioepitelial. Los tumores mixtos pueden tener transformación maligna, esta probabilidad aumenta el tiempo de evolución del tumor y la edad del paciente (6).

ADENOMAS MONOMORFICOS

El tumor de Warthin, Oncocitoma y el linfadenoma sebáceo se consideran desde 1967 como adenomas monomorficos. Otros adenomas menos conocidos están constituídos por células hipercromáticas, basaloides, usualmente uniformes y con varios patrones de crecimiento

Los términos de adenomas de células basales y adenomas monomórficos basaloides, son los mas usados para este subgrupo de adenomas (7).

Los adenomas de células basales tienen tres subtipos histológicos; canalicular análogo a la dermis, tubulotrabecular y sólido. Los adenomas canaliculares son casi exclusivos de la cavidad oral y se originan en el labio. Las glándulas salivales mayores son los sitios de presentación de los otros dos subtipos. Los adenomas de células basales tubulotrabeculares y sólidos son los mas relacionados con los adenomas pleomorficos; la principal diferencia es la célula mioepitelial y el componente estromal. Los adenomas basaloides análogos a los dérmicos son frecuentemente multicentricos. Tienen predominio por el sexo masculino y recidivan, mas frecuentemente se malignizan, llamándose tumor basaloide maligno o carcinoma basaloide. Los adenomas monomorfico análogos a los dérmicos, generalmente no son encapsulados (7).

Las observaciones ultraestructurales y de inmunohistoquímica sugieren que hay un patrón común de diferenciación hacia tubulos o acinos, con o sin células mioepiteliales.

La diversidad, es producida por el grado de formación de espacios extracelulares, son poco frecuentes; en una serie publicada en 1982, se reporto una frecuencia de 7.5%, en un total de 531 casos.

MIOEPITELIOMA

Krause en 1865, fue el primero en reconocer la célula mioepitelial (8).

No son frecuentes, constituyen menos del 1% de todas las neoplasias de glándula salivales (1).

En una publicación de 23 mioepiteliomas, se encontraron dos tipos de células: plasmocitoide y fusiforme. El análisis ultraestructural mostró agregados de miofilamentos (9).

TUMOR DE WHARTIN

En 1895 se describió como quiste congénito del cuello. Presenta principalmente en parótida, donde constituyen del 5 al 6% de todos los tumores. Sitios pocos frecuentes son; glándula submaxilar, paladar, labio inferior, mucosa bucal, amígdalas y senos maxilar (1).

Predomina en hombres, 5:1, esta en relación con la asociación de otras neoplasias benignas y malignas (10).

Se localiza en el polo inferior de la parótida, mide 2 a 3cm, microscópicamente la superficie externa es lobulada, lisa, rojo grisácea, al corte presenta variación en el número y tamaño de los quistes que alternan con áreas gris blanquecinas (11).

Microscópicamente, la combinación de matriz linfoide y papilas de células eosinófilas forman espacios quísticos, representando un cuadro histopatológico patognomónico (1).

En una serie de 229 tumores de glándulas salivales mayores, el tumor de Whartin constituyó el 77% de estos adenomas. La edad de los pacientes presentó una media de 55.8 años y, el 90% se presentó en parótida. Estos adenomas monomórficos son blandos y quísticos, contienen un líquido turbio con linfocitos y leucocitos (12).

ONCOCITOMA

Fue descrito por Schaffer 1897. Constituyen el 1% de todos los tumores de glándulas salivales y el 2.3% de todos los tumores benignos, son más frecuentes en la sexta y séptima década de la vida (1).

Se encuentran principalmente en la parótida y en glándula submaxilar. Son indistinguibles clínicamente de otros tumores benignos (1).

Microscópicamente muestra superficie externa lisa y multinodular, al corte es gris blanquecino, con áreas focales de hemorragia, es de consistencia homogénea con septos fibrosos (13). Microscópicamente es un tumor bien circunscrito, compuestos de oncocitos (célula grande redonda, o poliédrica bien definida, con citoplasma eosinófilo abundante y granular) dispuestos en bandas sólidas o grupos o en cordones formando patrones alveolar y organoide (1).

Ultraestructuralmente presenta múltiples mitocondrias (14). La transformación maligna sea reportada en un solo caso (15).

Dentro de los tumores que tiene configuración papilar como patrón predominante o focos de este, se encuentran: el tumor de Whartin, el adenocarcinoma de células acinares el adenocarcinoma polimorfo de bajo grado, el carcinoma mucoepidermoide y el cistoadenocarcinoma.

PAPILOMAS DUCTALES;

A) Sialoadenoma papilífero el 65% se localizo en paladar, preferentemente en glándula salivales menores de cavidad oral y mucosa faríngea. Generalmente miden menos de un cm. La edad promedio al momento del diagnóstico es de 56 años (16). Macroscópicamente es una lesión ovoide de aspecto papilar bien circunscrita, café rojiza.

Microscópicamente muestra proliferación exofítica y endofítica del epitelio ductal. La mucosa tiene proyecciones papilares cubiertas por epitelio plano estratificado acantótico y paraqueratósico con tallo fibrovascular. (Papiloma ductal invertido). El labio inferior, la mucosa vestibular y bucal, son los sitios más afectados. Miden de 1 a 1.5cm. Son nódulos firmes, cubiertos por mucosa, se originan en la porción terminal del conducto excretor de glándula salivales menores. La edad promedio es de 50 años. Microscópicamente es un tumor circunscrito a lamina propia, con apariencia epidermoide. Las células del epitelio plano y basalóide proliferan como papilas, por debajo de la luz. El tratamiento es excisión (17).

Papiloma Intraductal. Es muy raro, el sitio más frecuente de presentación es labio, la edad promedio es de 54 años microscópicamente es un quiste bien circunscrito, la luz esa ocupada por material friable. Microscópicamente la pared del quiste esta formada por una o dos capas de células cubicas o columnares, que se proyectan hacia la luz en varias papilas. Parece originarse del sistema distal a la superficie de la mucosa. La excisión es curativa y no se han reportado recidivas (1).

OTRAS NEOPLASIAS EPITELIALES BENIGNAS

A) CISTADENOMA. Constituye el 2.2% de todas las neoplasias epiteliales benignas la edad promedio de presentación es 53.5 años, el 65% se presenta en glándulas salivales mayores. Son asintomáticas, de lento crecimiento y generalmente miden menos de 1 cm. Macroscópicamente el numero y tamaño de los quistes es variable, pero todos son bien circunscritos y pueden ser encapsulados. El epitelio de los quistes es plano, columnar o cubico, con células mucosas y oncocitos (18).

Tienen excelente pronóstico.

B) ADENOMA SEBACEO. Es un tumor raro que constituye el 0.1% de todas las neoplasias de glándulas salivales y menos del 0.5% de todos los adenomas salivales, la edad promedio de presentación es 58 años, con predominio en hombres, su localización es la parótida seguida por la mucosa bucal y glándulas submaxilares. Microscópicamente son encapsulados, blanco grisáceos.

Microscópicamente están compuestos por grupos de células sebáceas con atipia minima y no infiltran estructuras vecinas. Tiene muy buen pronóstico (19).

C) LINFADENOMA SEBACEO. Esta formado por grupos de glándulas sebáceas y conductos, con un fondo de linfocitos y folículos linfoides. La edad de presentación es 60 años y el sitio más común de presentación es la parótida. El pronóstico es muy bueno (1).

TUMORES MALIGNOS

CARCINOMA MUCOEPIDERMOIDE

Es el carcinoma más común de glándulas salivales y el segundo cuando se suman benignos y malignos (1). Uno de los factores etiopatogénicos es la radioterapia (20).

La edad promedio de presentación es 43.3 años es el carcinoma de glándulas salivales más frecuentes en menores de 20 años (21). La mayoría son de parótida seguidas por el paladar y submaxilares (1). Microscópicamente la mayoría son bien circunscritos, al corte contienen quistes con moco o sangre (1).

Microscópicamente esta caracterizado por una variedad de células como: mucosas, epidermoides, intermedias, columnares y claras. Esto se ha postulado como origen de células del conducto excretor o del conducto intercalado (1).

ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINARES

Se origina de diferenciación aberrante de células de reserva pluripotenciales de la unión de los conductos intercalados con los acinos (22). La mayoría se presentan en la parótida, predominan en los hombres y en la tercera década de la vida. Microscópicamente hay un nódulo que puede estar encapsulado, al corte es de color gris blanquecino o gris rojizo, puede ser sólido o quístico. Microscópicamente hay varios patrones de crecimiento: sólido · lobular, microquístico-acinar, tubulo-ductal, folicular y desdiferenciado (22).

Se debe considerar un carcinoma de bajo grado de malignidad (23).

ADENOCARCINOMA DE CELULAS BÁSALES

Representan el 2% de todos los tumores epiteliales malignos de glándulas salivales. Se presentan mas frecuentemente en la parótida, la edad promedio es a los 60 años (1).

Microscópicamente son similares a los adenomas de células basales solo que el carcinoma infiltra tejido circundante, músculo esquelético, grasa y dermis (24).

CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO

Se presenta de la quinta a sexta década de la vida. Clínicamente es doloroso (1).

Es más frecuente en parótida, glándulas submaxilares y cavidad oral (25).

Macroscópicamente son pobremente circunscritos, al corte la superficie es blanquecina, firme con invasión a tejidos blandos, y en ocasiones a hueso (26).

Microscópicamente se reconocen tres patrones histológicos: tubular, cribiforme y sólido (1). La composición de estos carcinomas está constituida por células indiferenciadas, y células que se diferencian hacia conductos, predominantemente intercalados y mioepitelio (27).

TUMORES MIXTOS MALIGNOS DE GLANDULAS SALIVALES

Son poco frecuentes, entre ellos se incluyen tres: 1. Tumor originado en exadenoma pleomorfo.

2. - Carcinosarcoma

3. - Tumor mixto metastatizante

El primero es más común, los otros dos son muy raros (1).

Carcinoma tumor mixto originado en exadenoma pleomorfo.

Es una neoplasia que se desarrolla a partir del componente epitelial y tiene todos los criterios de malignidad. Constituyen el 2.2% de todos los tumores de glándulas salivales y 6.5% de todos los tumores malignos (1).

La edad promedio de presentación es 56.4 años (28). Se localizan en glándulas salivales mayores y menores, con predominio en la parótida (28).

Macroscópicamente el tamaño es dos veces mayor que su contraparte benigna (29). Son tumores poco circunscritos y la mayoría muestra franca infiltración, la superficie de corte es sólida, blanquecina o café grisáceo. Microscópicamente hay células epiteliales con pérdida de la relación núcleo-citoplasma, nucleolo prominente y abundantes mitosis. Su característica infiltrativa-destructiva es el criterio más confiable para el diagnóstico (30). El carcinoma extumor mixto puede presentarse como un tumor mixto primario o recidivante (1).

CARCINOSARCOMA

También conocido como tumor mixto maligno verdadero, los componentes estromal y epitelial, llenan todos los criterios de malignidad. Corresponde al 0.5% de todos los tumores de glándulas salivales y al 0.16% de todos los tumores malignos. El promedio de edad es de 56.5 años (1).

Macroscópicamente son infiltrantes, parcialmente o totalmente encapsulados, al corte son grises amarillentos, pueden tener quistes, hemorragia y calcificaciones. Miden de 1 a 9 cm de diámetro (31).

Microscópicamente son bifásicos con proporción variable de carcinoma y sarcoma, predominando el componente sarcomatoso, el más frecuente es condrosarcoma, aunque puede haber focos de osteosarcoma, fibrosarcoma, sarcoma de alto grado e histiocitoma fibroso maligno. El componente de carcinoma es un adenocarcinoma ductal de alto grado o carcinoma indiferenciado (1).

TUMOR MIXTO METASTATIZANTE

Es histológicamente idéntico al tumor mixto benigno, que por razones desconocidas metastatiza. Las metástasis tienen componente estromal y epitelial de aspecto benigno es más frecuente en la parótida, la edad promedio es 29.9 años (1).

Naggar postula que el manejo quirúrgico repetido, provoca el acceso de células neoplásicas a los vasos, (32).

CARCINOMA EPIDERMÓIDE

Está limitado a glándulas salivales mayores (1). Representan el 4.4% de todos los tumores malignos. La edad promedio es 60.5 años, son más frecuentes en los hombres, la mayoría fueron en parótida (1).

Macroscópicamente no son encapsulados, histológicamente son igual a los carcinomas epidermoides, de otros de sitios (33).

La mayoría son bien o moderadamente diferenciados. Se deben hacer tinciones para mucina para descartar carcinoma mucoepidermoide de alto grado. Los factores que indican mal pronóstico son: la presencia de ulceración, fijación, edad y estado clínico avanzado (1).

CARCINOMA DE CELULAS CLARAS

Es una variación del carcinoma epitelial mioepitelial, en el que la diferenciación ductal es poco aparente (34). Constituyen el 5% de todos los tumores de glándulas salivales y el 3.2% de todos los tumores malignos, el 57% se presentaron en glándulas salivales menores, la edad de presentación varío de 18 a 86 años (1).

Macroscópicamente bien circunscritos pero no encapsulados, al corte son sólidos, gris-blancos o café grisáceos. Histológicamente pueden encontrarse células con citoplasma eosinófilo de núcleo uniforme y pocas mitosis, principalmente son células claras. Forman nidos, pequeños grupos o cordones. Los tumores que presentan grupos grandes semejan al carcinoma epitelial mioepitelial, excepto por la ausencia de células ductales eosinófilas, que revisten pequeños conductos (34). Es apropiado considerarlos como adenocarcinomas, de bajo grado (1).

CARCINOMA INDIFERENCIADO

A este grupo pertenece:

- 1. -Carcinoma linfoepitelial:*
- 2. -Carcinoma indiferenciado de células grandes.*
- 3. - Carcinoma indiferenciado de células pequeñas.*

En una serie de 15,000 tumores, 0.4% fueron diagnosticados como carcinomas indiferenciados (1).

CARCINOMA LINFOEPITELIAL

El componente epitelial es el maligno (1). Es más frecuente en mujeres. La edad promedio de presentación es 44 años en hombres y 36 años en mujeres. La parótida fue el sitio de presentación el 90% de los casos (1).

Muchos autores han mencionado que este carcinoma se origina de la lesión linfoepitelial benigna (35).

Algunos investigadores orientales mencionan al virus del Ebstein Barr como agente etiológico (36).

Macroscópicamente al corte el tumor es sólido café, grisáceo, o gris-amarillento, miden de 2 a 3cm de diámetro. La imagen microscópica a poco aumento recuerda la lesión linfoepitelial benigna, con islas epiteliales ovoides e irregulares, rodeadas de estroma linfoide benigno. Los centros germinales y fibrosis, pueden ser evidentes. A mayor aumento las células epiteliales son poligonales o fusiformes sin formación de luces. Los núcleos son grandes y algunas veces vesiculosos. Las mitosis son evidentes (37).

CARCINOMA INDIFERENCIADO DE CELULAS GRANDES

La edad de presentación tiene una media de 62.7 años, no tiene predominio por sexo la mayoría se presentan en parótida (1).

Frecuentemente infiltran fascia y músculo adyacente, se fijan a la piel. Macroscópicamente son sólidos o quísticos y tienen necrosis. Microscópicamente las células son poligonales a fusiformes, dispuestas en cordones o delgadas trabeculas, separadas por estroma fibrovascular. Se considera que las células poligonales son de origen ductal y las fusiformes son mioepiteliales. La necrosis focal y la hemorragia pueden ser evidentes, así como las mitosis. Pueden coexistir con otros carcinomas de glándulas salivales (1).

Carcinoma indiferenciado de células pequeñas es raro en glándulas salivales. Se les llama de células pequeñas a los que miden menos de 30 mm (38).

En el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas constituyen menos del 1% de todos los tumores de glándulas salivales mayores. La edad de presentación fue desde cinco hasta 84 años. El 85% se detecto en la parótida y el resto en glándulas submaxilares (1).

Macroscópicamente son mal delimitados, infiltrantes, sólidos de color gris amarillento (39).

Histológicamente están compuestos de grandes bandas, cordones o grupos de células redondas a ovoides, anaplásicas de escaso citoplasma, núcleo hiper cromático con

cromatina finamente granular y nucléolo poco aparente. Las mitosis y la necrosis son evidentes, (40).

La ultraestructura demuestra dos tipos de células, unas neuroendócrinas con gránulos neurosecretorios y otras con características de células de conductos intercalados (39).

Otros carcinomas menos frecuentes son: carcinoma adenoescamoso, carcinoma oncocítico cistadenocarcinoma, neoplasias sebáceas malignas, carcinoma de conductos salivales, adenocarcinoma mucinoso y carcinoma mioepitelial (1).

CARCINOMA ADENOESCAMOSO

Tiene características de adenocarcinoma y de carcinoma epidermoide se localizan mas frecuentemente en la lengua, piso de la boca y amígdalas. Todos los pacientes son hombres. Clínicamente se presentan con ulceración de la mucosa, dolor y tumor. Histológicamente el componente epidermoide es moderado a bien diferenciado, infiltraste y que se encuentra usualmente en lamina propia y submucosa. Mezclados con el componente escamoso se observan glándulas malignas que aparentemente se originan de los conductos excretores o interlobulares. La invasión perineural y vascular es frecuente (1).

CARCINOMA ONCOCITICO

Presenta oncocitos con características histopatológicas de malignidad, evidencia de metástasis o ambas. Constituye el 1% de todas las neoplasias de estos sitios. La edad promedio de presentación es de 64 años predomina en hombres y glándula parótida. Se pueden originar de un oncocitoma de larga evolución o de novo.

Miden de 0.5 a 0.8 cm. Histológicamente está constituido por células poliédricas o redondas con citoplasma granular o eosinofilo, dispuestas en patrón alveolar o sincicial.

La falta de cápsula es un dato importante de malignidad, así como la infiltración glandular. Además se pueden observar infiltración perineural, vascular a tejidos blandos, y metástasis a ganglios linfáticos regionales (1,41).

CISTADENOCARCINOMA

Es un adenocarcinoma que muestra estructuras quísticas grandes con revestimiento epitelial que puede o no tener patrón de crecimiento papilar. El lugar más frecuente de presentación en la parótida se presentaron con una media 54.7 años (1).

Al examen microscópico hay múltiples quistes que varían en tamaño, pueden ser circunscritos o infiltrar tejido glandular vecino. Las luces de los quistes con frecuencia contienen material de aspecto mucoso.

Puede haber hemorragia y calcificación focal.

El 80% tienen papilas. El epitelio de los quistes está formado por células cubicas o columnares altas, con frecuencia hay células basaloides, oncócicas, claras o mucosas (1).

La mayoría de estos tumores son carcinomas de bajo grado (42).

NEOPLASIS MALIGNAS SEBACEAS

Constituyen menos del 0.5% de todos los tumores. Están clasificadas en dos categorías:

Carcinoma sebáceo y linfadenocarcinoma sebáceo.

El carcinoma sebáceo esta compuesto de células sebáceas, en varios estadios de maduración, dispuestas en bandas o grupos, con grados variables de pleomorfismo, atipia nuclear e invasión. Se han registrados casos desde los 17 años hasta los 93. No hay predominio por algún sexo la mayoría se presentan en parótida.

El tamaño vario de 0.6 a 8.5cm de diámetro. Son bien circunscritos o parcialmente encapsulados, con márgenes pujantes o infiltrantes. Se encuentra pleomorfismo nuclear y atipia. La necrosis y la fibrosis son comunes (1,43).

CARCINOMA SEBACEO

Es la contraparte maligna del linfadenoma sebáceo. Solo hay tres casos reportados.

Todos en pacientes de más de 60 años. Todos en parótida y ganglios linfáticos periparotideos.

Son tumores parcialmente encapsulados, con invasión local. Están constituidos por áreas de linfadenoma sebáceo mezcladas de carcinoma pleomorfo.

El carcinoma sebáceo y el lifadenocarcinoma sebáceo, se consideran carcinoma de bajo grado ya que recidivan localmente (43).

CARCINOMA DE CONDUCTOS SALIVALES

Se han publicados 50 casos. El 85% se desarrollan en parótida. La edad promedio de presentación es a los 50 años (1).

Macroscópicamente varían en tamaño, son gris-amarillento a gris blanquecino, infiltrantes

La características histopatológica es el crecimiento intraductal, de células en patrón sólido, cribiforme, y papilar, con necrosis de tipo comedo. La invasión vascular y nerviosa es frecuente. Es un carcinoma de alto grado que debe ser tratado en forma agresiva (44).

ADENOCARCINOMA MUCINOSO

Es poco frecuente, solo hay dos casos reportados en el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas, ambos en glándulas submaxilares. Son bien circunscritos pero no encapsulados, de aspecto mucoide. Al microscopio se observan cordones o islas de células que parecen flotar dentro de lagos de moco, separados por tejido conectivo fibroso. Las células son poligonales, o cuboidales con citoplasma eosinófilo o anfófilo.

El moco se tiñe con mucicarmin, pas y azul anciano (1).

CARCINOMA MIOEPITELIAL

No esta incluido en la mayoría de las clasificaciones. Las células muestran diferenciación mioepitelial sin formar ductos o acinos. Se han reportados cinco casos, tres en parótida, uno en submaxilar y uno en labio superior (1).

Las células recuerdan a las del mioepitelioma benigno, pero se distinguen de este pero por el crecimiento infiltrativo y destructivo. La invasión local caracteriza estos carcinomas (45).

NEOPLASIAS BENIGNAS MESENQUIMATOSAS

Se presentan con agrandamiento asintomático, la parótida fue el sitio mas afectado (1).

LINFANGIOMAS

Se han reportado 62 casos en la glándula parótida (46). Hay predilección por el sexo masculino. La edad promedio de presentación es de 16.9 años. Son tumores fluctuantes o tensos algunas veces. No son dolorosos a menos que se traumaticen. Están constituidos por grandes quistes, (higroma quístico), o pequeños quistes llamados de tipo cavernoso, capilar, o ambos en la misma lesión (45). Se discute sin los linfangiomas son verdaderas neoplasias o lesiones adquiridas por obstrucción linfática o malformaciones del desarrollo. La mayoría considera que son defectos del desarrollo (46).

Estas neoplasias aunque benignas pueden tener morbilidad alta debido a su pobre limitación, sitio anatómico y tendencia a infectarse secundariamente (48).

NEURILEMOMA

Dentro de los tumores de nervios periféricos constituye el 16% de 220 tumores no epiteliales de glándulas salivales. El 83% se presentaron en parótida. La edad promedio es 41.6 años (1). Es un tumor de crecimiento lento y de consistencia firme y dura. El tamaño vario de 1 a 6cm. Microscópicamente son encapsulados, constituidos por células de Schwann , con áreas Antoni A y Antoni B. Siempre son únicos y no sufren transformación maligna (45).

NEUROFIBROMA

No es encapsulado, puede ser solitario o múltiple asociado a neurofibromatosis. Representa el 14% de todos los tumores no epiteliales. La mayoría se diagnostican en parótida. A la palpación son nódulos dolorosos. El aspecto histológico varia dependiendo de la relación entre células y estroma (1).

LESIONES FIBROSAS

Incluyen; Fascitis nodular, histiocitoma fibroso, fibromatosis y mixomas. La mayoría se localizan en glándula parótida (1).

ANGIOMIOMA

Se han reportado solo tres casos: uno en parótida, uno en submaxilar y uno sublingual.

Son de origen muscular asintomaticos, miden 2 cm .No recidivan (49).

LIPOMA

Constituyen del 1 al 4% de todos los tumores no epiteliales. Predomina en hombres.

Promedio de edad es 30 años. Miden de 1 a 8 cm. Hay tres variedades:

Lipoma pleomorfo, de células fusiformes y mixoide (50).

SARCOMAS

Constituyen el 0.6% de todos los tumores. Incluyen rabdomiosarcomas, fibrosarcomas, leiomiomas, hemangiopericitoma, hemangioendotelioma maligno, sarcoma de Kaposi, osteosarcoma, liposarcoma y paraganglioma maligno. Probablemente se originan de células pluripotenciales, la edad promedio de presentación es de 48.7 años. La parótida es el sitio mas frecuente de presentación, con un 81.2%.

LINFOMAS

Todos los casos se han reportado en glándulas salivales mayores en el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas se han registrado 455 casos, correspondiendo 420 casos a linfomas no Hodgkin, 35 casos de enfermedad de Hodgkin. Juntos constituyen el 11.4% de todos los tumores primarios malignos de glándulas salivales.

De los casos de linfoma no Hodgkin 305 fueron de parótida, 93 de glándulas submaxilares y uno de glándula sublingual. La edad promedio de presentación es 60 años El 60% se clasificaron como de bajo grado los linfomas nodulares son los más frecuentes (1).

-MARCO DE REFERENCIA.

Poulsen en un estudio hecho en Dinamarca, encontró una frecuencia de 0.7 por 100000, para tumores malignos de glándulas salivales y de 5.5x 100000 para tumores benignos. (51).

En Estados Unidos de Norte América, los reportes del Instituto Nacional del Cáncer de 1982 a 1986, indican que la frecuencia de cáncer de glándulas salivales, ajustada por edad en todas las razas y ambos sexos, fue de 0.9 casos por 100000 individuos (52).

Debido a que las series más grandes en Estados Unidos de Norte América, muestran que los tumores malignos comprenden entre el 35% y 40% de todos los tumores de glándulas salivales, Ellis estima que la frecuencia anual de tumores, tanto benignos como malignos en Estados Unidos, esta entre 2.2 y 2.5 por 100000 (1).

Spiro y Cols. del New York Memorial Hospital, reportaron que los tumores de glándulas salivales, representan el 1% de todas las admisiones y cerca del 6.5% de todos los ingresos a tumores de cabeza y cuello en su hospital (53,54).

El Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas en de los Estados Unidos de America publicó en 1991, una serie de 13, 749 tumores epiteliales de glándulas salivales, tanto benignos como malignos de los que el 63.2% fueron benignos y el 36.8% malignos. Casi tres cuartas partes de todos los tumores, se presentaron en glándulas salivales mayores y una cuarta parte, en glándulas salivales menores (1).

En el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de America y en otras series reportadas, el carcinoma mucoepidermoide es el más común en los niños (55,56,57).

En un estudio de 55 casos de tumores de glándulas salivales de la lengua y revisión de la literatura, el carcinoma mucoepidermoide de bajo grado, fue el más frecuente 38% (58).

En una serie estudiada de 243 pacientes con tumores de glándulas salivales menores realizada en La República de China, el paladar fue el sitio más frecuente de tumores y el adenoma pleomórfico fue el tumor benigno más frecuente. El carcinoma mucoepidermoide y el carcinoma adenoideo quístico, fueron los tumores malignos más frecuentemente observados (59).

En el Río De Janeiro Brasil, el carcinoma adenoideo quístico fue el más frecuente en glándulas salivales menores, predominando en la 5a. Década de la vida y en mujeres. Los pacientes que tenían síntomas de menos de 1 año, estadio clínico avanzado y patrón histológico sólido (alto grado), tuvieron muy mal pronóstico (60).

En una revisión de 2,720 pacientes del Memorial Sloan Kattering Cáncer Center, de la ciudad de New York, el carcinoma mucoepidermoide fue el más frecuente, seguido por el tumor mixto maligno, el adenocarcinoma de células acinares y el carcinoma adenoideo quístico (61).

El análisis de los datos confirmó, que el estadio clínico, fue la variable más importante, para determinar el pronóstico en los carcinomas de glándulas salivales mayores (61).

Existen múltiples clasificaciones de neoplasias de glándulas salivales. Una de las más completas y recientes, es la del Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de Ellis realizada por Auclair en 1990(62).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Conocer la frecuencia de las lesiones de las glándulas salivales en pacientes que acuden al Hospital General Dr. " Manuel Gea González".

JUSTIFICACION

El resultado de este trabajo permitirá conocer los tipos de lesiones de glándulas salivales en nuestro medio.

OBJETIVOS.

Objetivo general: Determinar la frecuencia de los distintos tipos de lesiones de las glándulas salivales en nuestro medio en el periodo 1988-1998.

Objetivo específico:

Determinar la frecuencia de cada una de las lesiones de glándulas salivales sean inflamatorias o reactivas, tumorales, benignas o malignas.

Conocer el tipo de lesión tumoral más frecuente en esta institución, tanto benigna como maligna, y subclasificarlas en edad y sexo.

Conocer el sitio anatómico más frecuente de presentación de cada una de las neoplasias.

En el Río De Janeiro Brasil, el carcinoma adenoideo quístico fue el más frecuente en glándulas salivales menores, predominando en la 5a. Década de la vida y en mujeres. Los pacientes que tenían síntomas de menos de 1 año, estadio clínico avanzado y patrón histológico sólido (alto grado), tuvieron muy mal pronóstico (60).

En una revisión de 2,720 pacientes del Memorial Sloan Kattering Cáncer Center, de la ciudad de New York, el carcinoma mucoepidermoide fue el más frecuente, seguido por el tumor mixto maligno, el adenocarcinoma de células acinares y el carcinoma adenoideo quístico (61).

El análisis de los datos confirmó, que el estadio clínico, fue la variable más importante, para determinar el pronóstico en los carcinomas de glándulas salivales mayores (61).

Existen múltiples clasificaciones de neoplasias de glándulas salivales. Una de las más completas y recientes, es la del Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de Ellis realizada por Auclair en 1990(62).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Conocer la frecuencia de las lesiones de las glándulas salivales en pacientes que acuden al Hospital General Dr. " Manuel Gea González".

JUSTIFICACION

El resultado de este trabajo permitirá conocer los tipos de lesiones de glándulas salivales en nuestro medio.

OBJETIVOS.

Objetivo general: Determinar la frecuencia de los distintos tipos de lesiones de las glándulas salivales en nuestro medio en el periodo 1988-1998.

Objetivo específico:

Determinar la frecuencia de cada una de las lesiones de glándulas salivales sean inflamatorias o reactivas, tumorales, benignas o malignas.

Conocer el tipo de lesión tumoral más frecuente en esta institución, tanto benigna como maligna, y subclasificarlas en edad y sexo.

Conocer el sitio anatómico más frecuente de presentación de cada una de las neoplasias.

En el Río De Janeiro Brasil, el carcinoma adenoideo quístico fue el más frecuente en glándulas salivales menores, predominando en la 5a. Década de la vida y en mujeres. Los pacientes que tenían síntomas de menos de 1 año, estudio clínico avanzado y patrón histológico sólido (alto grado), tuvieron muy mal pronóstico (60).

En una revisión de 2,720 pacientes del Memorial Sloan Kattering Cáncer Center, de la ciudad de New York, el carcinoma mucoepidermoide fue el más frecuente, seguido por el tumor mixto maligno, el adenocarcinoma de células acinares y el carcinoma adenoideo quístico (61).

El analisis de los datos confirmó, que el estadio clínico, fue la variable más importante, para determinar el pronóstico en los carcinomas de glándulas salivales mayores (61).

Existen múltiples clasificaciones de neoplasias de glándulas salivales. Una de las más completas y recientes, es la del Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de Ellis realizada por Auclair en 1990(62).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Conocer la frecuencia de las lesiones de las glándulas salivales en pacientes que acuden al Hospital General Dr. " Manuel Gea González".

JUSTIFICACION

El resultado de este trabajo permitirá conocer los tipos de lesiones de glándulas salivales en nuestro medio.

OBJETIVOS.

Objetivo general: Determinar la frecuencia de los distintos tipos de lesiones de las glándulas salivales en nuestro medio en el periodo 1988-1998.

Objetivo específico:

Determinar la frecuencia de cada una de las lesiones de glándulas salivales sean inflamatorias o reactivas, tumorales, benignas o malignas.

Conocer el tipo de lesión tumoral más frecuente en esta institución, tanto benigna como

maligna, y subclasificarlas en edad y sexo.

Conocer el sitio anatómico más frecuente de presentación de cada una de las neoplasias.

En el Río De Janeiro Brasil, el carcinoma adenoideo quístico fue el más frecuente en glándulas salivales menores, predominando en la 5a. Década de la vida y en mujeres. Los pacientes que tenían síntomas de menos de 1 año, estadio clínico avanzado y patrón histológico sólido (alto grado), tuvieron muy mal pronóstico (60).

En una revisión de 2,720 pacientes del Memorial Sloan Kattering Cáncer Center, de la ciudad de New York, el carcinoma mucoepidermoide fue el más frecuente, seguido por el tumor mixto maligno, el adenocarcinoma de células acinares y el carcinoma adenoideo quístico (61).

El análisis de los datos confirmó, que el estadio clínico, fue la variable más importante, para determinar el pronóstico en los carcinomas de glándulas salivales mayores (61).

Existen múltiples clasificaciones de neoplasias de glándulas salivales. Una de las más completas y recientes, es la del Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de Ellis realizada por Auclair en 1990(62).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Conocer la frecuencia de las lesiones de las glándulas salivales en pacientes que acuden al Hospital General Dr. " Manuel Gea González ".

JUSTIFICACION

El resultado de este trabajo permitirá conocer los tipos de lesiones de glándulas salivales en nuestro medio.

OBJETIVOS.

Objetivo general: Determinar la frecuencia de los distintos tipos de lesiones de las glándulas salivales en nuestro medio en el periodo 1988-1998.

Objetivo específico:

Determinar la frecuencia de cada una de las lesiones de glándulas salivales sean inflamatorias o reactivas, tumorales, benignas o malignas.

Conocer el tipo de lesión tumoral más frecuente en esta institución, tanto benigna como maligna, y subclasificarlas en edad y sexo.

Conocer el sitio anatómico más frecuente de presentación de cada una de las neoplasias.

Comparar nuestros resultados con los reportados en otros países.

Determinar la edad en la que se presentan los diferentes estadios histológicos.

HIPOTESIS.

Los estudios descriptivos no requieren hipótesis

DISEÑO.

Se trata de un estudio descriptivo, Observacional, transversal y retrospectivo.

MATERIAL Y METODO.

Universo de estudio: Se revisarán los archivos del departamento de Anatomía Patológica del hospital General Manuel GEA González, que presentan lesión en glándulas salivales mayores o menores.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Pacientes con patología de glándula salival en los últimos 10 años.

.CRITERIOS DE SELECCION.

ICRITERIOS DE INCLUSION.

Todas las inclusiones con lesión de glándula salival.

.CRITERIOS DE EXCLUSION.

Ninguno.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Se eliminan pacientes que no tengan laminillas o bloques de parafina en el departamento de anatomía patológica del hospital General Dr. Manuel Gea González.

VARIABLES.

.Edad, sexo, antecedentes personales patológicos y toxicomanias..

(escala nominal)

Tipo de lesión (Escala nominal).

Comparar nuestros resultados con los reportados en otros países.

Determinar la edad en la que se presentan los diferentes estadios histológicos.

HIPOTESIS.

Los estudios descriptivos no requieren hipótesis

DISEÑO.

Se trata de un estudio descriptivo, Observacional, transversal y retrospectivo.

MATERIAL Y METODO.

Universo de estudio: Se revisarán los archivos del departamento de Anatomía Patológica del hospital General Manuel GEA González, que presentan lesión en glándulas salivales mayores o menores.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Pacientes con patología de glándula salival en los últimos 10 años.

.CRITERIOS DE SELECCION.

ICRITERIOS DE INCLUSION.

Todas las inclusiones con lesión de glándula salival.

.CRITERIOS DE EXCLUSION.

Ninguno.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Se eliminan pacientes que no tengan laminillas o bloques de parafina en el departamento de anatomía patológica del hospital General Dr. Manuel Gea González.

VARIABLES.

.Edad, sexo, antecedentes personales patológicos y toxicomanias..

(escala nominal).

Tipo de lesión (Escala nominal).

*Comparar nuestros resultados con los reportados en otros países.
Determinar la edad en la que se presentan los diferentes estadios histológicos.*

HIPOTESIS.

Los estudios descriptivos no requieren hipótesis

DISEÑO.

Se trata de un estudio descriptivo, Observacional, transversal y retrospectivo.

MATERIAL Y METODO.

Universo de estudio: Se revisarán los archivos del departamento de Anatomía Patológica del hospital General Manuel GEA González, que presentan lesión en glándulas salivales mayores o menores.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Pacientes con patología de glándula salival en los últimos 10 años.

.CRITERIOS DE SELECCION.

.CRITERIOS DE INCLUSION.

Todas las inclusiones con lesión de glándula salival.

.CRITERIOS DE EXCLUSION.

Ninguno.

.CRITERIOS DE ELIMINACION.

Se eliminan pacientes que no tengan laminillas o bloques de parafina en el departamento de anatomía patológica del hospital General Dr. Manuel Gea González.

VARIABLES.

.Edad, sexo, antecedentes personales patológicos y toxicomanías.

(escala nominal).

Tipo de lesión (Escala nominal).

Comparar nuestros resultados con los reportados en otros países.

Determinar la edad en la que se presentan los diferentes estadios hitológicos.

HIPOTESIS.

Los estudios descriptivos no requieren hipótesis

DISEÑO.

Se trata de un estudio descriptivo, Observacional, transversal y retrospectivo.

MATERIAL Y METODO.

Universo de estudio: Se revisarán los archivos del departamento de Anatomía Patológica del hospital General Manuel GEA González, que presentan lesión en glándulas salivales mayores o menores.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Pacientes con patología de glándula salival en los últimos 10 años.

.CRITERIOS DE SELECCION.

ICRITERIOS DE INCLUSION.

Todas las inclusiones con lesión de glándula salival.

.CRITERIOS DE EXCLUSION.

Ninguno.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Se eliminan pacientes que no tengan laminillas o bloques de parafina en el departamento de anatomía patológica del hospital General Dr. Manuel Gea González.

VARIABLES.

.Edad, sexo, antecedentes personales patológicos y toxicomanias..

(escala nominal)

Tipo de lesión (Escala nominal).

*Comparar nuestros resultados con los reportados en otros países.
Determinar la edad en la que se presentan los diferentes estadios histológicos.*

HIPOTESIS.

Los estudios descriptivos no requieren hipótesis

DISEÑO.

Se trata de un estudio descriptivo, Observacional, transversal y retrospectivo.

MATERIAL Y METODO.

Universo de estudio: Se revisarán los archivos del departamento de Anatomía Patológica del hospital General Manuel GEA González, que presentan lesión en glándulas salivales mayores o menores.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Pacientes con patología de glándula salival en los últimos 10 años.

.CRITERIOS DE SELECCION.

ICRITERIOS DE INCLUSION.

Todas las inclusiones con lesión de glándula salival.

.CRITERIOS DE EXCLUSION.

Ninguno.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Se eliminan pacientes que no tengan laminillas o bloques de parafina en el departamento de anatomía patológica del hospital General Dr. Manuel Gea González.

VARIABLES.

.Edad, sexo, antecedentes personales patológicos y toxicomanías..

(escala nominal).

Tipo de lesión (Escala nominal)

PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION.

Se revisarán los archivos del departamento de Anatomía Patológica del Hospital Dr. Manuel Gea González en los años de 1988 a 1998, que hayan sido diagnosticados como tumor en glándula salival.

HOJA DE CAPTURA DE DATOS.

Número de biopsia

Registro

-VALIDACION DE DATOS.

Pruebas de estadística descriptiva (porcentaje y proporciones)

-PRESENTACION DE RESULTADOS:

Tablas y Gráficas.

-CONSIDERACIONES ETICAS.

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con el reglamento de la ley General de la Salud en materia de investigación para la salud.

Título seguido, capítulo I, Artículo 17, Fracción I, Investigación sin riesgo.

PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION.

Se revisarán los archivos del departamento de Anatomía Patológica del Hospital Dr. Manuel Gea González en los años de 1988 a 1998, que hayan sido diagnosticados como tumor en glándula salival.

HOJA DE CAPTURA DE DATOS.

Número de biopsia

Registro

-VALIDACION DE DATOS.

Pruebas de estadística descriptiva (porcentaje y proporciones).

-PRESENTACION DE RESULTADOS:

Tablas y Gráficas.

-CONSIDERACIONES ETICAS.

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con el reglamento de la ley General de la Salud en materia de investigación para la salud.

Título seguido, capítulo I, Artículo 17, Fracción I, Investigación sin riesgo.

PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION.

Se revisarán los archivos del departamento de Anatomía Patológica del Hospital Dr. Manuel Gea González en los años de 1988 a 1998, que hayan sido diagnosticados como tumor en glándula salival.

HOJA DE CAPTURA DE DATOS.

Número de biopsia

Registro

-VALIDACION DE DATOS.

Pruebas de estadística descriptiva (porcentaje y proporciones).

-PRESENTACION DE RESULTADOS:

Tablas y Gráficas.

-CONSIDERACIONES ETICAS.

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con el reglamento de la ley General de la Salud en materia de investigación para la salud.

Título seguido, capítulo I, Artículo 17, Fracción I, Investigación sin riesgo.

PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION.

Se revisarán los archivos del departamento de Anatomía Patológica del Hospital Dr. Manuel Gea González en los años de 1988 a 1998, que hayan sido diagnosticados como tumor en glándula salival.

HOJA DE CAPTURA DE DATOS.

Número de biopsia

Registro

-VALIDACION DE DATOS.

Pruebas de estadística descriptiva (porcentaje y proporciones)

-PRESENTACION DE RESULTADOS:

Tablas y Gráficas.

-CONSIDERACIONES ETICAS.

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con el reglamento de la ley General de la Salud en materia de investigación para la salud.

Título seguido, capítulo I, Artículo 17, Fracción I, Investigación sin riesgo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El total de Reportes Histopatológicos quirúrgicos de 10 años (1988-1998) del Hospital General Dr. Manuel Gea González fue un total de 65,502, donde se encontraron 144 casos de patología quirúrgica de glándula salival que representan el 0.2% de la patología quirúrgica general. tabla 1. Grafica 1. El año que presentó más reportes histopatológicos en patología quirúrgica de glándulas salivales fue en 1996 con 23 casos reportados de los cuales 16 se presentaron en mujeres y siete en hombres.

Sin separar las patologías, el 64% (92 casos) fue en mujeres y el 36% (52 casos) fueron hombres. La enfermedad inflamatoria fue la patología más frecuente con 92 casos (68%)Grafica 2. Las neoplasias benignas ocupan el segundo lugar con 42 casos (31%)Grafica 2. Tabla 2. Las neoplasias malignas representan el 1% con un total de 2 casos diagnosticados. Grafica 2. La patología inflamatoria fue más frecuente en mujeres con relación de 1.3:1

Grafica 3,4. Las neoplasias benignas y malignas sumadas fueron más frecuentes en mujeres con relación de 1.8:1 Grafica 3. El 68.5% de la patología inflamatoria en glándulas salivales correspondió a Mucocelosis con 63 casos.Tabla 2. El Mucocelosis fue más frecuente en mujeres con una relación de 1.4:1 Grafica 5. La Parótida fue la localización más frecuente. La Sialoadenitis crónica fue la segunda causa inflamatoria más frecuente con 17 casos (18.5%).Tabla 2. Siendo esta más frecuente en hombres con relación hombre- mujer de 2:1.Grafica 6. La localización más frecuente fue la Submaxilar. Grafica 7. El Adenoma pleomórfico fue la neoplasia benigna más frecuente, de 42 neoplasias benignas, 36 fueron Adenomas pleomórficos, representando el 85.7% del total de las neoplasias benignas. Tabla 3.

El Adenoma pleomórfico fue más frecuente en mujeres con una relación de 2.2:1. Grafica 8.

La segunda neoplasia benigna más frecuente fue el tumor de Warthin con tres casos reportados (7.1%), teniendo una relación hombre -mujer de 1.5:1. Tabla 3 Grafica 9.

Los tumores malignos estuvieron representados por dos casos, correspondiendo al 1% del total de la patología quirúrgica de glándulas salivales. Grafica 2.

De estas neoplasias un caso correspondió a un hombre de 48 años, el cual fue reportado como tumor metastásico primario, otro caso se presentó en una mujer de 76 años con un reporte histopatológico de Carcinoma adenoideo quístico. Tabla 4.

PATOLOGIA QUIRURGICA DE GLANDULAS SALIVALES

TOTAL DE ESTUDIOS POR AÑO Y SEXO

ANO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1988	3	9	12
1989	7	13	20
1990	1	3	4
1991	2	4	6
1992		1	1
1993	4	11	15
1994	9	7	16
1995	5	5	10
1996	7	16	23
1997	7	15	22
1998	7	8	15

TABLA NO. 1

PATOLOGIA QUIRURGICA DE GLANDULAS SALIVALES

TIPOS DE PATOLOGIA INFLAMATORIA Y OTRAS

PATOLOGIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Sialoadenitis cronica	10	7	17
Compatible con S. de Sjogren		1	1
Lesion linfoepitelial benigna	1		1
Mucocele	26	37	63
Tuberculosis	1		1
Hiperplasia Folicular		1	1
Otros	3	5	8
TOTAL	41	51	92

TABLA NO. 2

PATOLOGIA QUIRURGICA DE GLANDULAS SALIVALES

TIPOS DE NEOPLASIAS BENIGNAS

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Adenoma Pleomorfo	11	25	36
Tumor de Warthin	1	2	3
Quiste Linfoepitelial		1	1
Swamona Benigno		2	2
TOTAL	12	30	42

TABLA NO. 3

PATOLOGIA QUIRURGICA DE GLANDULAS SALIVALES

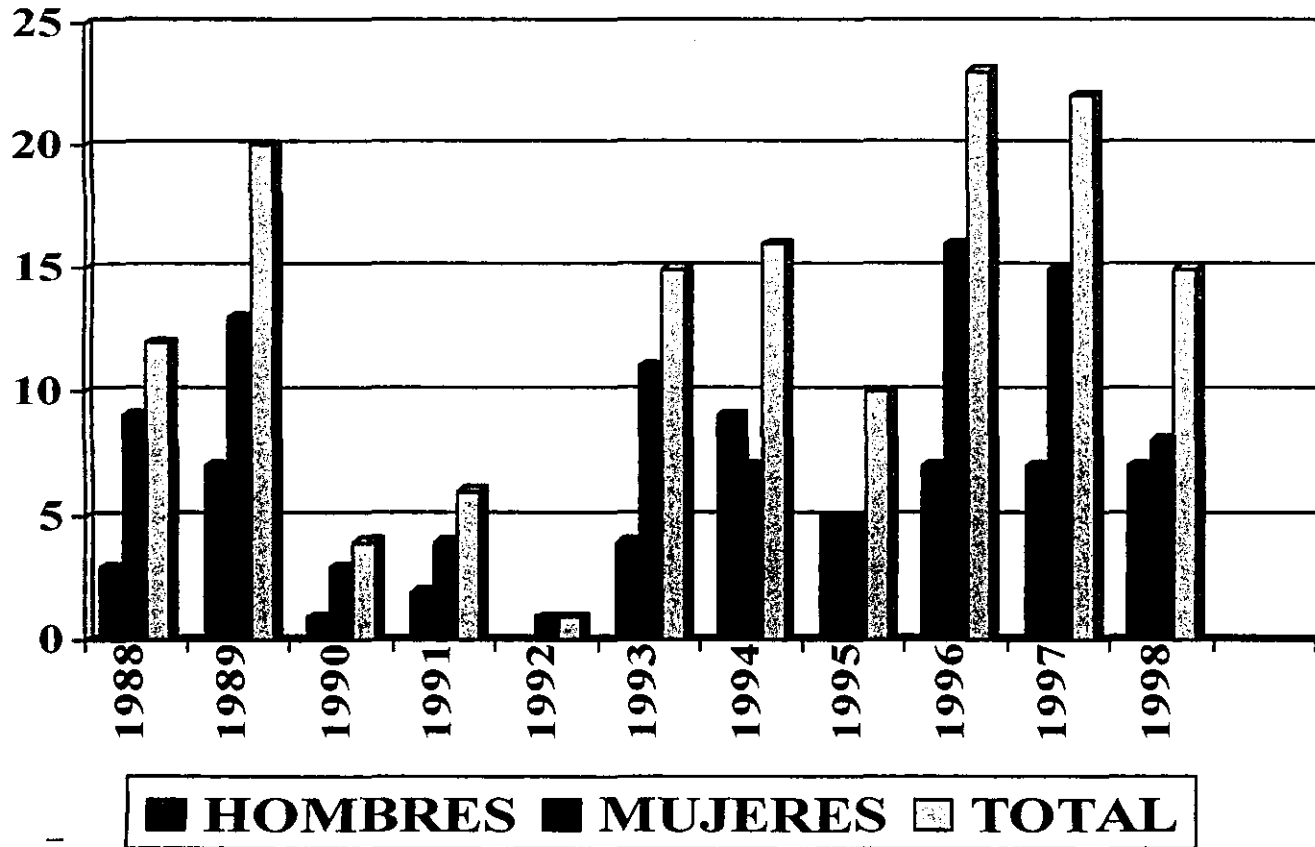
TIPOS DE NEOPLASIAS MALIGNAS

PATOLOGIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Tumor metastasico	1		1
Carcinoma Adenoideo Quistico		1	1
TOTAL	1	1	2

TABLA NO. 4

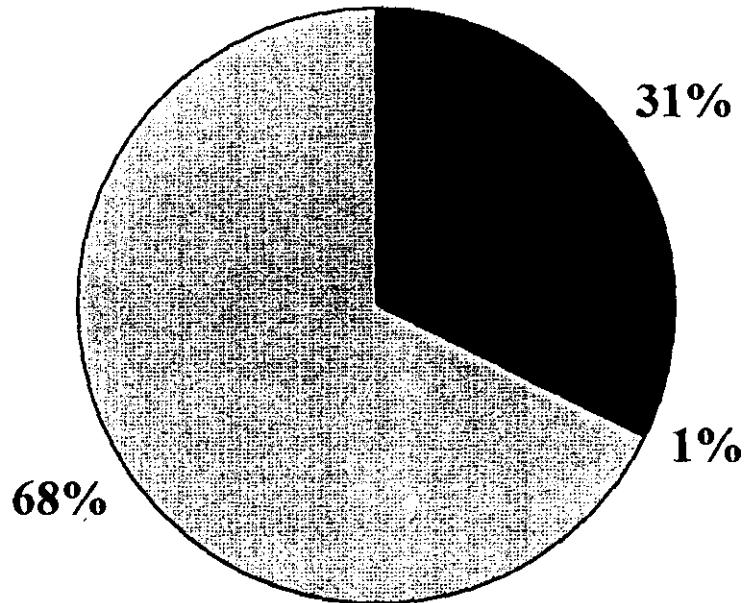
PATOLOGIA QUIRURGICA DE GLANDULAS SALIVALES

TOTAL DE ESTUDIOS POR AÑO Y SEXO



PATOLOGIA QUIRURGICA DE GLANDULAS SALIVALES

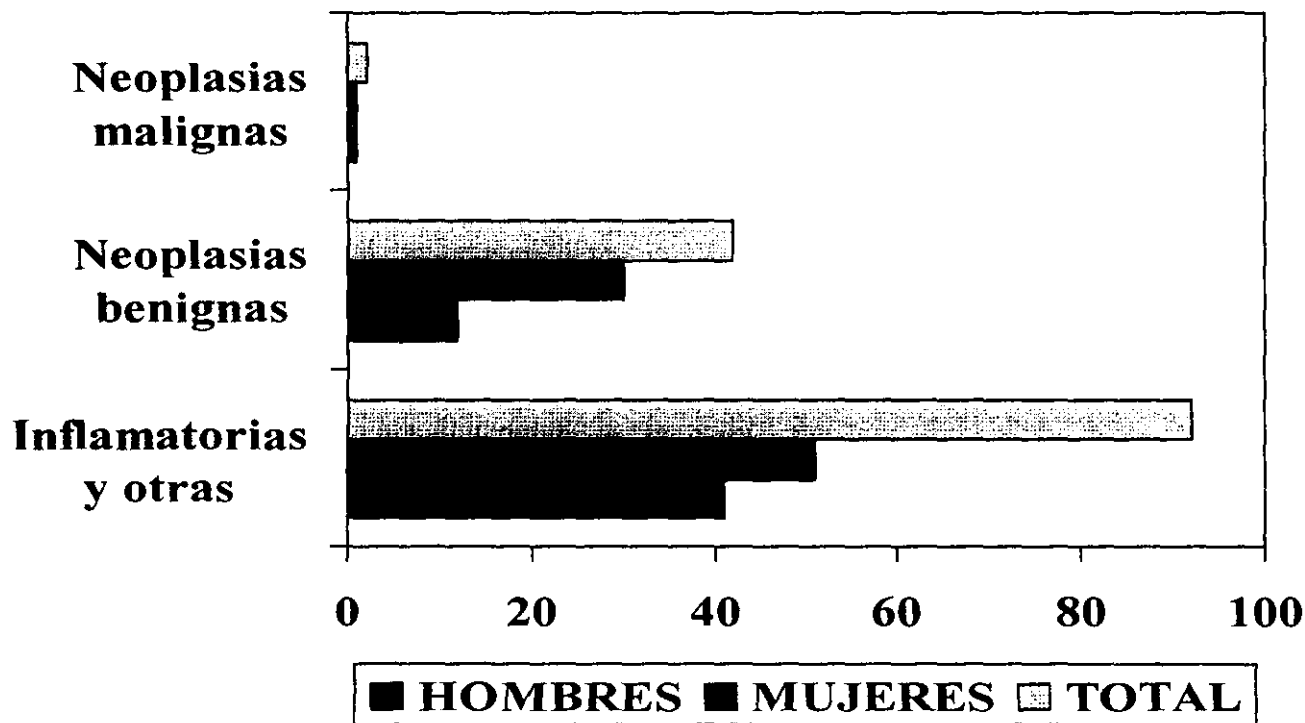
TOTAL POR GRUPOS PRINCIPALES



■ Neoplasias benignas 42 ■ Neoplasias malignas 2
□ Inflamatoria y otras 92

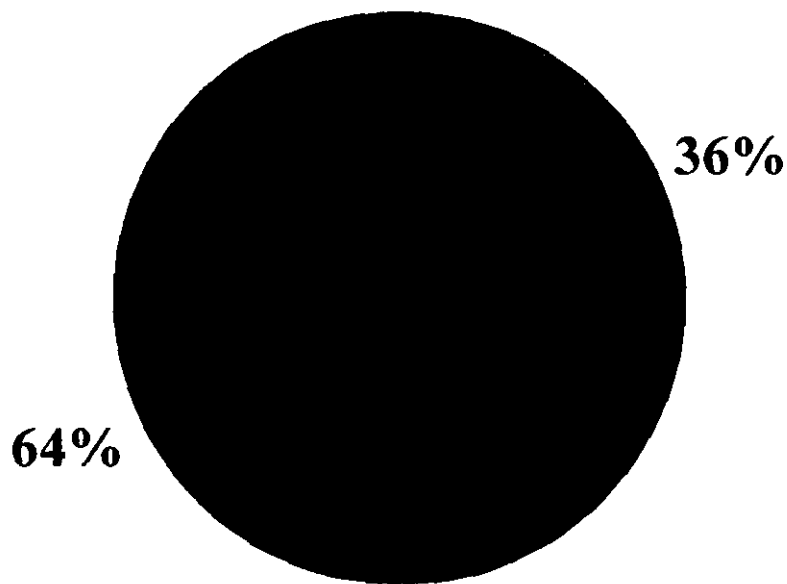
PATOLOGIA QUIRURGICA DE GLANDULAS SALIVALES

TOTAL POR GRUPOS PRINCIPALES EN RELACION AL SEXO



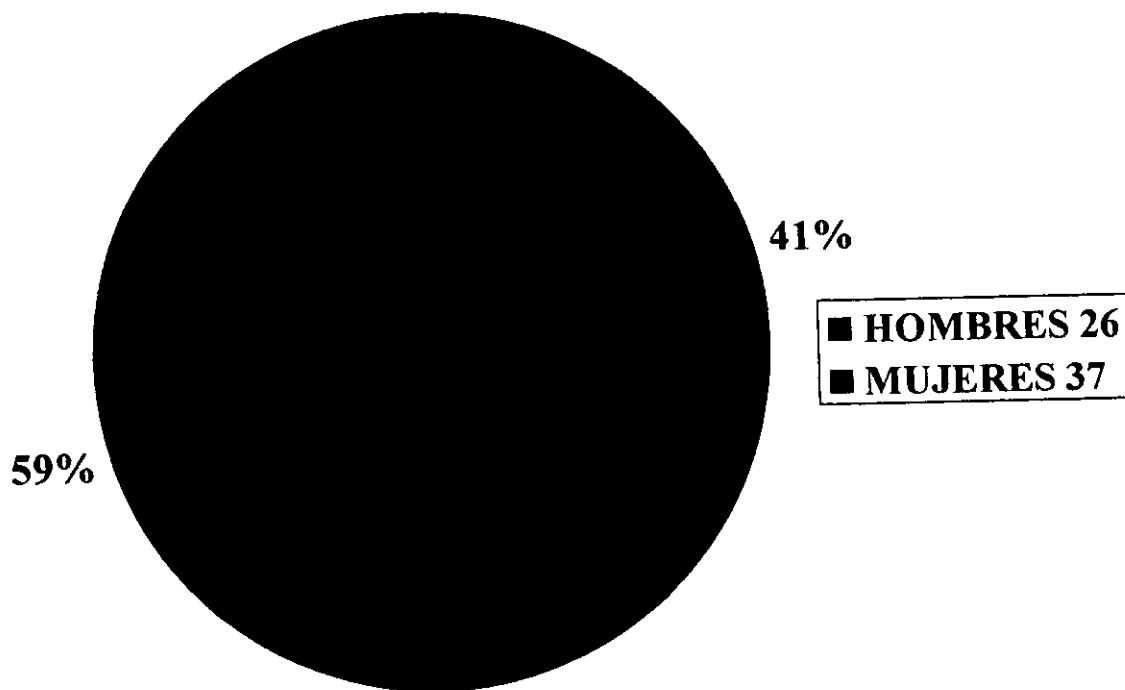
PATOLOGIA QUIRURGICA DE GLANDULAS SALIVALES

PORCENTAJE DE ESTUDIOS EN CUANTO AL SEXO (SIN CONSIDERAR PATOLOGIA ESPECIFICA)



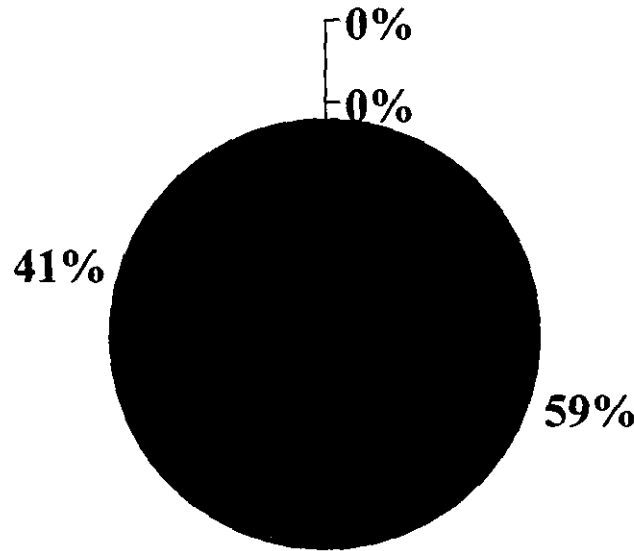
■ HOMBRES 52 ■ MUJERES 92

MUCOCELE DISTRIBUCION POR SEXO



SIALOADENITIS CRONICA

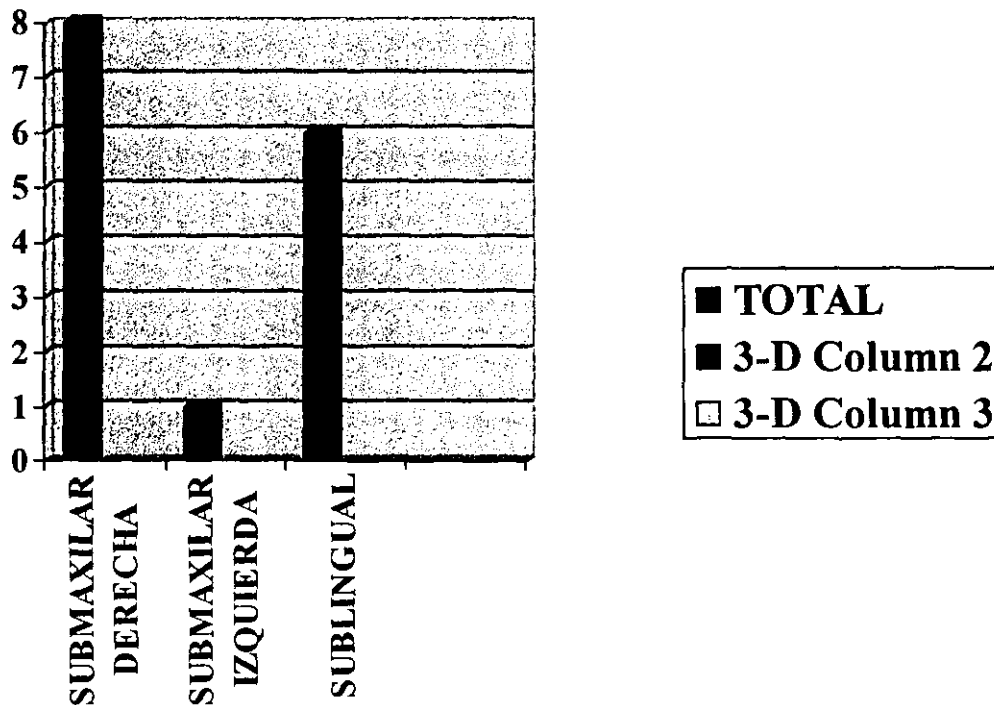
DISTRIBUCION POR SEXO



■ HOMBRES 10 ■ MUJERES 7 □ Slice 3 □ Slice 4

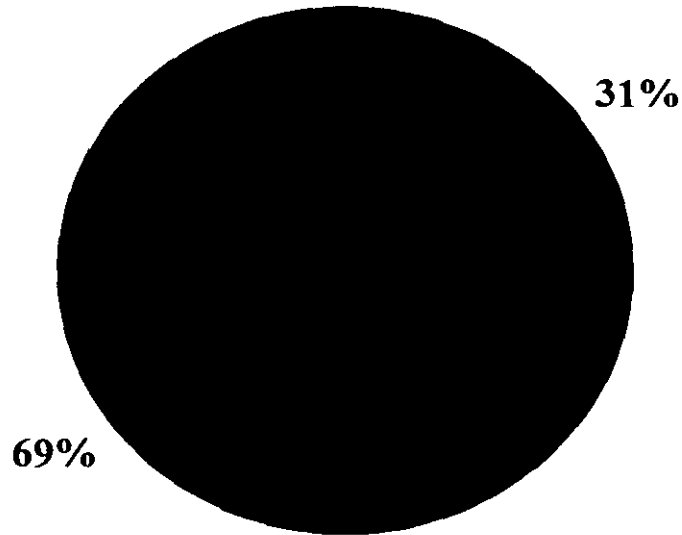
SIALODENITIS CRONICA

LOCALIZACION ANATOMICA



ADENOMA PLEOMORFICO

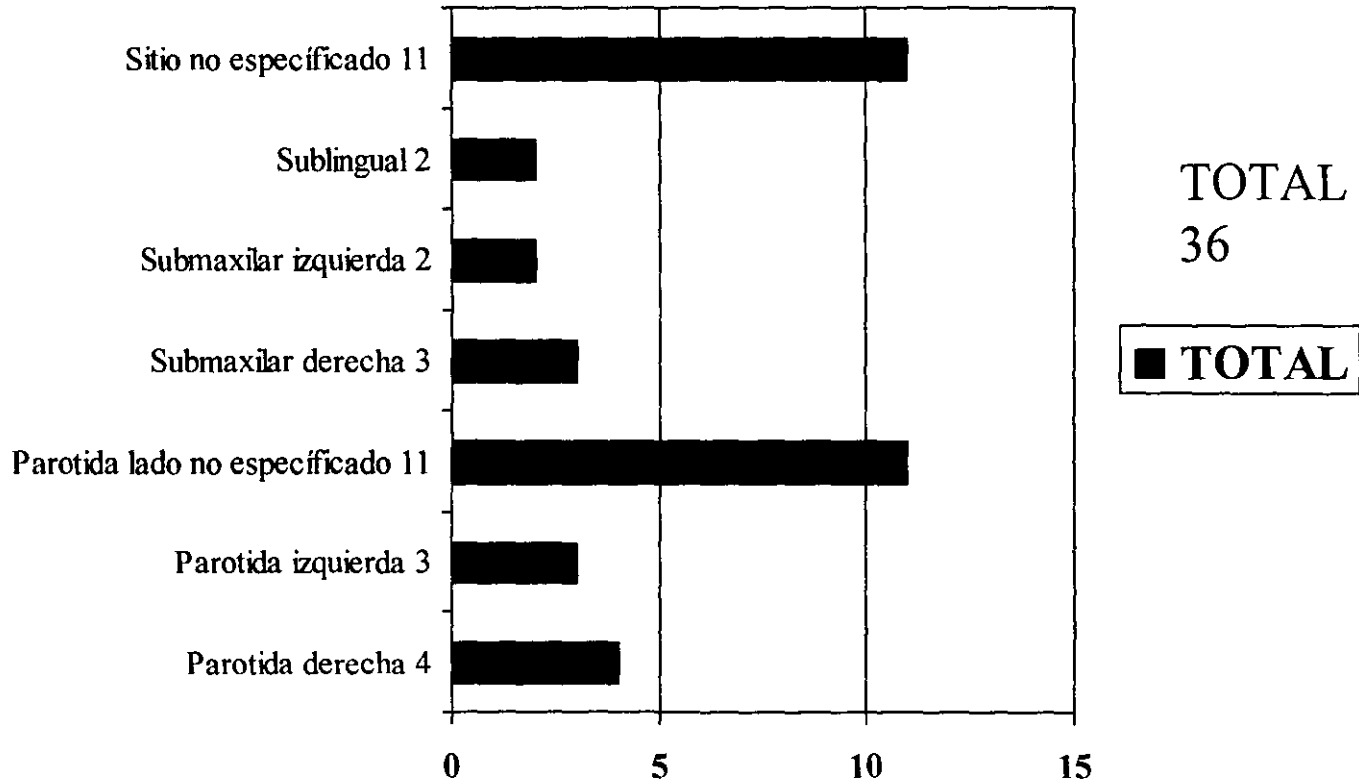
DISTRIBUCION POR SEXO



■ HOMBRES 11 ■ MUJERES 25

ADENOMA PLEOMORFICO

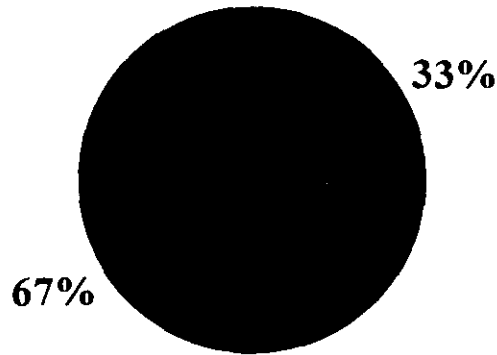
LOCALIZACION ANATOMICA



TUMOR DE WARTHIN

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

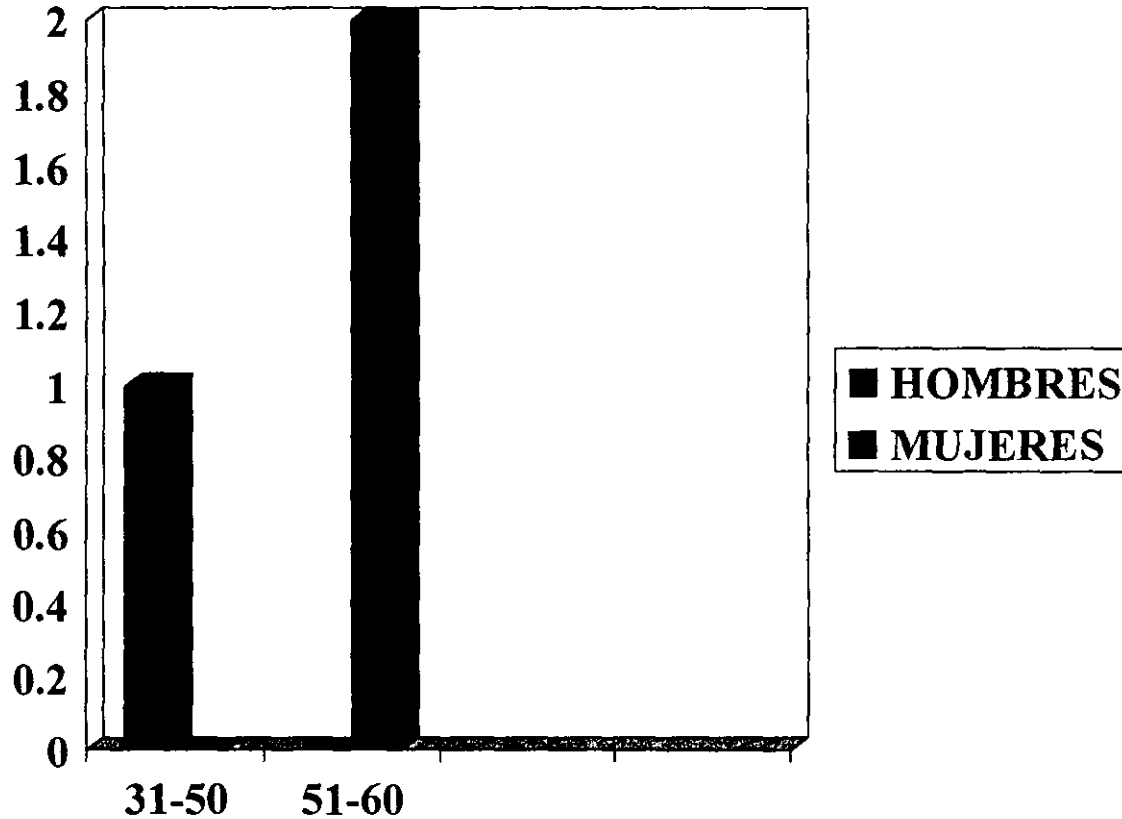
DISTRIBUCION POR SEXO



■ HOMBRES 1 ■ MUJERES 2

TUMOR DE WARTHIN

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO



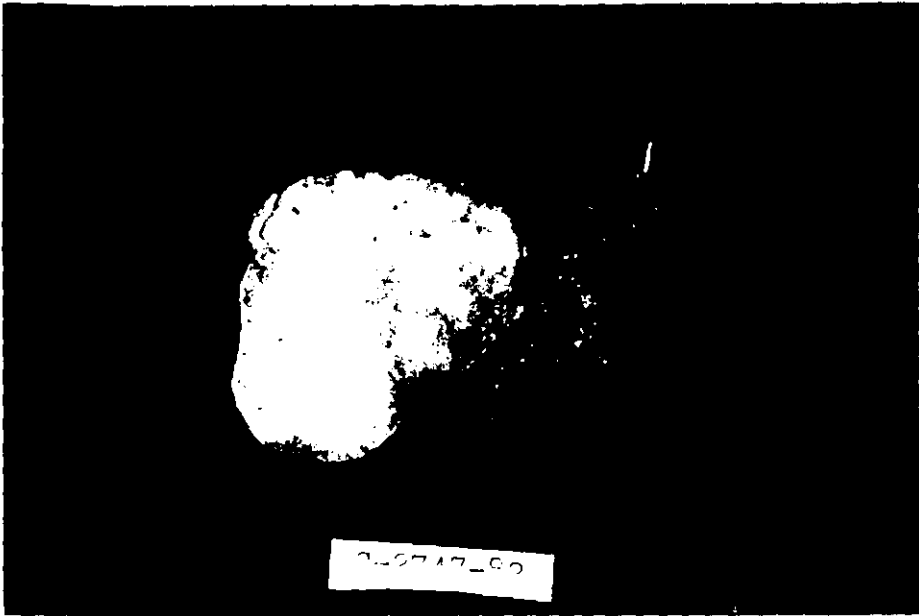


FIG. 1 ADENOMA PLEOMORFICO DE PAROTIDA IZQUIERDA DE 5X3X3 CM BIEN CIRCUNSCRITO.



FIG. 2 FOTOMICROGRAFIA DE ADENOMA PLEOMORFICO QUE MUESTRA COMPONENTE CELULAR Y ESTROMA CONDRÓ-MIXOIDE EN IGUAL PROPORCION.

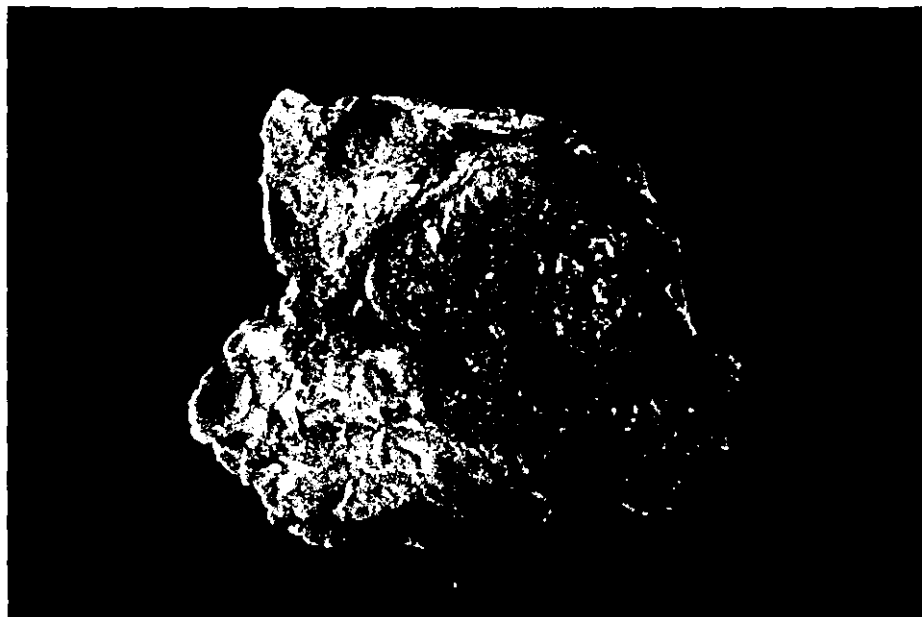


FIG. 3 TUMOR DE WARTHIN DE PAROTIDA DERECHA. BIEN CIRCUNSCRITO, CAFÉ CLARO DE ASPECTO PAPILAR.

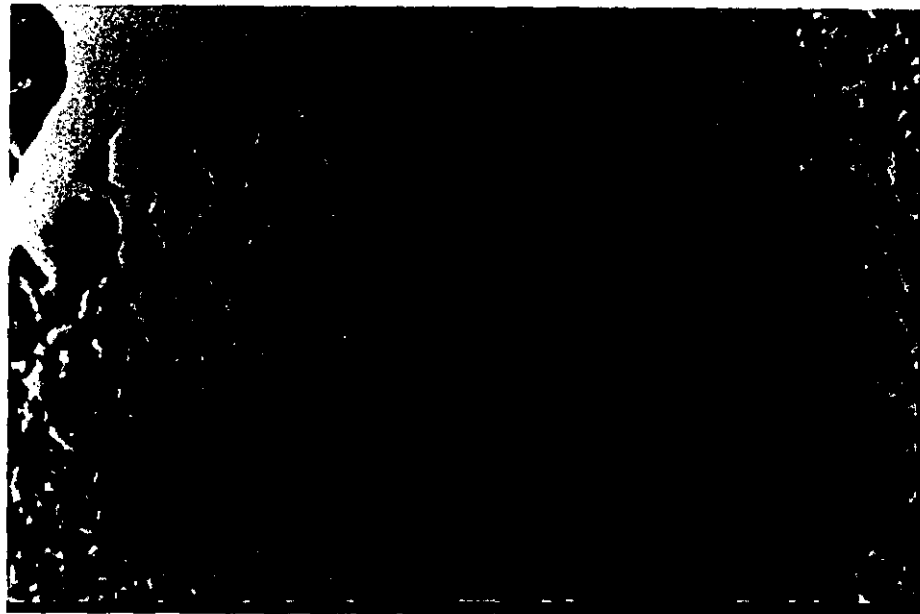


FIG. 4 IMAGEN MICROSCOPICA DEL TUMOR DE WARTHIN DE LA FIGURA ANTERIOR. MATRIZ LINFOIDE CUBIERTA POR CELULAS COLUMNARES.

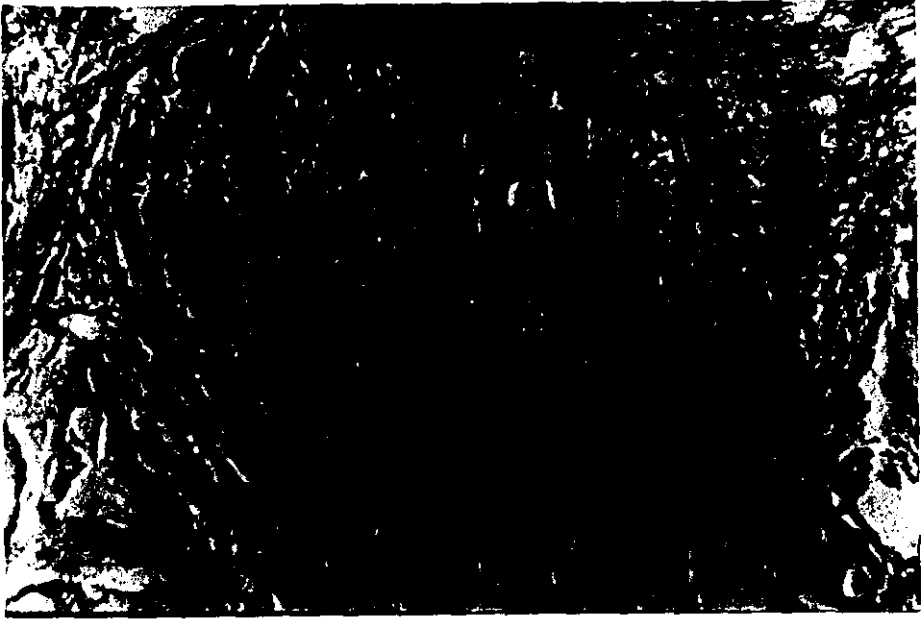


FIG. 5 FOTOMICROGRAFIA DE CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO CON PATRON CRIBIFORME

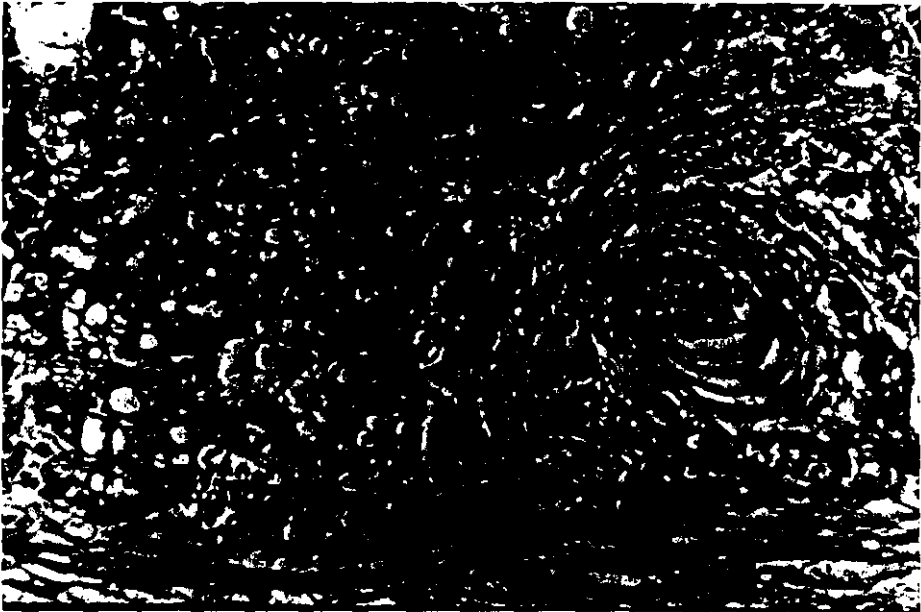


FIG. 6 FOTOMICROGRAFIA DE CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO. TUBULOS Y BANDAS DE CELULAS CON PERMEACION PERINEURAL.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-ELIJS AUCLAIR, GNEEP, DR. *SURGICAL PATHOLOGY OF THE SALIVARY GLANDS*, 1991. MP P 25 W.B SAUNDERS COMPANY
- 2.- A FERLITO AND N. CATTAI . *THE SO-CALLED BENIGN LYMPHOEPITHELIA LESION. PART I THE JOURNAL OF LARYNGOLOGY AND OTOLOGY* 1980; 94: 1189-1197.
- 3-ANDREW FISHLEDER, M.D. RAYMOND TUBBS, D.O. BONNIE HESSE, AND HOWARAAD LEVINE, M.D. *UNIFORM DETECTION OF IMMUNOGLOBULIN-GENE REARRANGEMENT IN BENIGN LYMPHOEPITHELIAL LESIONS. N ENGL J MED* 1987; 316: 1118-21.
- 4.-J.G. AZZOPARDI AND D.J. EVANS. *MALIGNANT LYMPHOMA OF PAROTID ASSOCIATED WITH MIKULICZ DISEASE (BENIGN LYMPHOEPITHELIAL LESION) J CLIN PATH.* 1971; 24 744-752.
- 5.-MARIE-FRANCOISE D AGAY ANNE DE ROQUANCOURT, MICHEL PEUCHMAUR, MICHEL JANIER AND CLAUDE BROCHERIOU. *CYSTIC BENIGN LIMPHOEPITHELIAL LESION OF THE SALIVARY GLANDS IN HIV- POSITIVE PATIENTS. VIRCHOWS ARCHIV A PATHOL ANAT* 1990; 417: 353-356.
- 6.- JUAN ROSAI, M.D. *ACKERMANS SURGICAL PATHOLOGY*. 1989. SEVENTH EDITION. THE C.V. MOSBY COMPANY. CAP. 12
- 7.-JOHN G. BATSAKIS, MD, MARIO LUNA, MD, ADEL K. EL-NAGGAR, MD, PHD. *BASALOID MONOMORPHIC ADENOMAS. ANN OTOLRHINOL LARYNGOL* 1991; 100:687-690
- 8.-A. P. CHAUDHRY,BDS,MS, PHD, S. SATCHIDANANI, MD, R. PEER, MD, AND L.S. CUTLER, DDS, PHD *MYOEPIITHELIAL CELL ADENOMA OF THE PAROTID GLAND . A LIGHT AND ULTRATRUCTUAL STUDY. CANCER* 1982; 49:288-293.
- 9.-JAMES J. SCHUBBA, DMD, PHD, AND ROBERT B. BRANNON, DDS, MSD. *MYOEPIITHELIOMA OF SALIVARY GLANDS; REPORT OF 23 CASES. CANCER* 1982; 49: 562-572.
- 10.TURNBULL, A.D., FRASELL, EL. *MULTIPLE TUMORS OF THE MAJOR SALIVARY GLANDS. AM J SURG* 1969;118: 787-788.
- 11.CHAIT G.E. SNELL, GEJ, VAN NOSTRAND AWP; *MULTIPLE TUMORS OF PAROTID GLAND. J OTOLARYNGOL* 1979; 8: 435-438.
- 12.-MMAURIZI,F. SALVINELLI, A. CAPELLI, A. CARBONE. *MONOMORPHIC ADENOMAS OF THE MAJOR SALIVARY GLANDS; CLINICOPATHOLOGICAL STUDY OF 44 CASES. THE JOURNAL OF LARYNGOLOGY AND OTOLOGY* 1990; 104: 790-796
- 13.-HASTRUP N. BRETLAU P. KROUDAHLA, MELCHIORS H. *ONCOCYTOMAS OF THE SALIVARYGLANDS. J LARYNGOL. OTOL* 1982; 96 1027-1032.
- 14.-CARLS B. DOMEJ, S. HELANDER HF. *A QUANTITATIVE ULTRAESTRUCTURAL STUDY OF PAROTID ONCOCYTOMA. ARCH PATHOL LAB MED* 1979; 103: 471-474.
- 15.-GOODE RK, CORIO RL. *ONCOCYTIC ADENOCARCINOMA OF SALIVARY GLANDS. ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL*. 1988; 65:61-66.
- 16.-NASUM, TAGACI M. ISHIKAWA G. *SIALADENOMA PAPILLIFERUM. J ORAL SURG* 1980; 38 691-693.
- 17.-WHITE DK, MILLER AS, MC DANIEL RK, ROTHMAN BN. *INVERTED DUCTAL PAPILLOMA: A FISTINCTIVE LESION OF MINOR SALIVARY GLAND. CANCER* 1982; 49: 519-524.

- 18.-KUHNS AJ. CYSTADENOMA OF THE PAROTID GLAND AND LARYNX. ARCH OTOLARYNGOL. 1961; 83: 2024-2028.
19. SEIFERT G, MIEHLKE A, HAUBRICH J, CHILLA R: DISEASES OF THE SALIVARY GLAND. PATHOLOGY DIAGNOSIS TREATMENT FACIAL NERVE SURGERY. STURRGART GEORG THIEME VERLAG. 1986; 171: 215-216.
- 20.-SCHNEIDER AB, FAYUS MJ, STACHURA ME, ARNOLD MJ, FROHMAN LA. SALIVARY GLAND NEOPLASMS AS A LATE CONSEQUENCE OF HEAD AND NECK IRRADIATION. ANN INTERN MED 1977; 87: 160-164.
- 21.-SEIFERT G, OKABE H, CASELITZ J: EPITHELIAL SALIVARY TUMORS IN CHILDREN AND ADOLESCENTES. ANALYSIS OF 80 CASES. ORL J 1986; 48: 137-149
- 22.-JOHN G, BATSAKIS MD, MARIO A. LUNA, MD, ANDADEL K. EL-NAGGAR HISTOPATHOLOGIC GRADING OF SALIVARY GLAND NEOPLASMS: ACINIC CELL CARCINOMAS. ANN OTOL RHINOL LARYNGOL. 1990; 99:929-953.
23. GARY L. ELLIS, DDS AND RUSSELL L. CORIO, DDS, MS: ACINIC CELL ADENOCARCINOMA. A CLINICOPATHOLOGIC ANALYSIS OF 294 CASES
- 24 -JUAN ROSAL, M.D., ACKERMANS SURGICAL PATHOLOGY. 1989. SEVENTH EDITION. THE C.V. MOSBY COMPANY. CAP.12.
25. KARL H. PERZIN, MD, PATRICK GULLANE, MD, AND ALBERT C. CLAIR MONT MD. ADENOID CYSTIC CARCINOMAS ARISING IN SALIVARY GLANDS. CANCER 1978; 42: 265-282.
- 26.-ANTONIO G. NASCIMENTO, MD, ANA LUCIA P. AMARAL, MD, LYGIA ANNE F. PRAIO, MD AND TELMA RUTH P. SILVERIA, MD. ADENOID CYSTIC CARCINOMA OF SALIVARY GLANDS. CANCER 1986; 57:312-319.
27. NORIO AZUIMI, MD, AND HECTOR CATTIFORA, MD. THE CELLULAR COMPOSITION OF ADENOID CYSTIC CARCINOMA. A STUDY IMMUNOHISTOCHEMICAL. CANCER 1987; 60: 1589-1598.
- 28.-SPIRO RH, HUVOS AG, STRONG EW: MALIGNANT MIXED TUMORS OF SALIVARY ORIGIN: A CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF 146 CASES. CANCER 1977; 39: 388-396.
- 29.-FOTTE F.W. JR, FRAZELL, EL. TUMORS OF THE MAJOR SALIVARY GLANDS. CANCER 1953; 6: 1065-1133.
- 30.-IIVOLSI VA, PERZIN KH: MALIGNANT MIXED TUMORS ARISING IN SALIVARY GLANDS 1. CARCINOMAS ARISING IN BENIGN MIXED TUMORS: A CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF 146 CASES. CANCER 1977; 39:388-396.
- 31.-STEPHEN J. BATSAKIS JG, LUNA M.A. VON DER HEYDEN V, BYERS R M: TRUE MALIGNANT MIXED TUMORS (CARCINOSARCOMA) OF THE SALIVARY GLANDS. ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL. 1986; 61:597-602.
- 32.-BATSAKIS J G CLEAR CELL TUMORS OF SALIVARY GLANDS ANN OTOL 1980; 89:196-197.
- 33.-NAGAO K, MATSUZAKI O, SAIGA H, AKIKUSA B, SUGANO I, SHIGEMATSU H, KANEKO T, KATO H, KIRAMRA T, ASANO Y, OKAMOTO M: A HISTOPATHOLOGIC STUDY OF BENIGN AND MALIGNANT LYMPHOEPITHELIAL LESIONS OF THE PAROTID GLAND. CANCER 1983; 52: 1044-1052
- 34.-SAEMUNDSEN AK, ALBECK H, HANSEN JPH, NIELSEN NH, ANUREY M, HENLE W, HENLE E, THOMSEM KA, KRISTENSEN HK, KLEIN G: EPSTEIN BARR VIRUS IN NASOPHARYNGEAL AND SALIVARY GLAND CARINOMAS OF GREENLAND ESKIMOSSES. J. CANCER 1982; 46: 721-923.
- 35.-SAW D, LAU W H, HO JHC, CHAN JKC: MALIGNANT LYMPHOEPITHELIAL LESION THE SALIVARY GLAND. HUM OATHOL 1986; 17:915-923.
- 36.-KARL H. PERZIN, MD, PATRICK GULLANE, MD, AND ALBERT C. CLAIR MONT MD. ADENOID CYSTIC CARCINOMAS ARISING IN SALIVARY GLANDS. CANCER 1978; 42: 265-282.

- 37.-GNEPP DR, CRIO RL, BRANNON RB: SMALL CELL CARCINOMA OF THE MAJOR SALIVARY GLANDS. *CANCER* 1986;58:705714.
38. THE WORLD HEALTH ORGANIZATION HISTOLOGICAL TYPING OF THE LUNG TUMORS. *AM J CLIN PATHOL* 1982;77:123-126.
- 39.-GOODE RK, CORIO RL: ONCOCYTIC ADENOCARCINOMA OF SALIVARY GLANDS. *ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL* 1988;65:61-66
- 40.-SPIRO RH, HUVIS AG, STRONG EW: ADENOCARCINOMA OF SALIVARY ORIGIN: CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF 204 PATIENTS. *AM J SURG* 1982 ;14:423-430
- 41.-GNEPP DR, BRANNON R: SEBACEOUS NEOPLASMS OF SALIVARY GLANDS ORIGIN: REPORT OF 21 CASES. *CANCER* 1984; 53:2155-2170
- 42.-HUI KK, BATSAKIS J G, LUNA M A, MACKAY , BYERS R M: SALIVARY DUCT ADENOCARCINOMA A HIGH GRADE MALIGNANCY. *J LARYNGOL OTOI*. 1986. 100:105-14.
- 43.-CRISSMAN JD, WIEMAN JA, HARRIS A: MALIGNANT MYOEPIHELIOOMA OD THE PAROTID GLANDS. *CANCER* 1977;40:3042-3049.
- 44.-BILL A H JR, SUMER DS: A UNIFIED CONCEPT OF LYMPHANGIOMA AND CYSTIC HYGROMA. *SURG GYNECOL OBSTET* 1975; 120:79-86.
- 45.-ENZINGER F M, WEISS SW: *SOFT TISSUE TUMORS*, 2ND ED. ST. LOUIS CV MOSBY CO, 1988.
- 46.-NINH TN, NINH TX: CYSTIC HYGROMA IN CHILDREN: A REPORT OF 126 CASES. *J PEDIATR SURG* 1974; 9:191-193.
- 47.-KIDO T, SEKITANI T: VASCULAR LEIOMYOMA OF THE PAROTID GLAND. *ORL J* 1989; 51:187-191.
- 48.-BAKER SE, JENSEN JL, CORRELL RW: LIPOMAS OF THE PAROTID GLAND. *ORAL SURG ORAL MED ORAL PATOL* 1981;52:167-171.
- 49.-T WAYNE MATTHEWS MD AND IRVING DARDICK, MD: MORPHOLOGICAL ALTERATIONS OF SALIVARY GLAND PERICHYMA IN CHRONIC SALADENITIS. *THE JOURNAL OF OTOLARYNGOLOGY* 1988; 17:385-394.
- 50.-RONALD H SPIRO, MD, JOHN AMSTRONG , MB, LUIS HERRISON, MD: CARCINOMA OF MAJOR SALIVARY GLANDS. RECENT TRENDS. *ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG* 1989; 115:316-321.
- 51.-POUISEN P, JORGENSEN K, GRON TVED A: BENIG AND MALIGNANT NEOPLASMS OF THE PAROTID GLAND. INCIDENCE AND HISTOLOGY IN THE DANISH COUNTRY OF FUNEN. *LARINGOSCOPE* 1987; 97:102-104
- 52.-REPORT ON THE STATUS OF CANCER CONTROL, MAY 1989, IN *CANCER STATISTICS REVIEW 1973-1986*, NIH PUBLICATION No. 89-2789. NATIONAL CANCER INSTITUTE, BETHESDA, 1989.
- 53.-SPIRO RH, KOSS LG, HAJDU SI, STRONG, EW: TUMORS OF MINOR SALIVARY ORIGIN: A CLONICOPATHOLOGIC STUDY OF 492 CASES. *CANCER* 1973 3: 117-129
- 54.-SPIRO RH: SALIVARY NEOPLASMS: OVERVIEW OF A 35 YEARS EXPERIENCE. 2807 PATIENTS. *HEAD NECK SURG* 1986; 8: 177-184
- 55.-KROLLS SO, TRODAHL JN, BOYERS RC: SALIVARY GLAND LESIONS IN CHILDREN. *CANCER* 1972; 30: 459-469
- 56.-BAKER SR, MALONE B: SALIVARY GLAND MALIGNANCIES IN CHILDREN. *CANCER* 1985 55:1730-1736.

57 -LACK EE, UPTON MP; HISTOPATHOLOGIC REVIEW OF SALIVARY GLAND TUMORS IN CHILDHOOD. *ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG* 1988; 114: 898-906. TREATMENT FAILURE PATTERNS. *CANCER* 1986; 57: 519-524.

58- LAWRENCE I. GOLDBLATT, DDS, MSD AND GARY L. ELLIS DDS. SALIVARY GLAND TUMORS IN CHILDHOOD. *ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG* 1988; 114: 898-906.

59. -MA DA QUAN AND YU GUANG-YAN. TUMOURS OF THE MINOR SALIVARY GLANDS. A CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF 143 CASES. *ACTA OTOLARYNGOL (SÖCKH)* 1987; 103: 325-331

60. -ANTONIO G. NASCIMINETO, MD ANA LUCIA P. ADENOID CYSTIC CARCINOMA OF SALIVARY GLANDS. A STUDY OF 61 CASES WITH CLINICOPATHOLOGIC CORRELATION *CANCER* 1986; 57: 312-319.

61 - RONALD H. SPIRO, MD JOHN AMSTRONG, MB, LOUIS HERRISON, MD CARCINOMA OF MAJOR SALIVARY GLANDS. RECENT TRENDS. *ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG* 1989; 316-3

-GARY L. ELLIS, DDS, AND RUSSELL L. CORIO, DDS, MS. ACINIC CELL ADENOCARCINOMA. A CLINICOPATHOLOGIC ANALYSIS OF 294 CASES. *CANCER* 1983; 52 542-549.