

11201

25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ISSSTE

**PATOLOGÍAS MAS FRECUENTES DE LAS
GLANDULAS SALIVALES MAYORES (PAROTIDA,
SUBLINGUAL Y SUBMANDIBULAR) EN EL HOSPITAL
REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL
ISSSTE DURANTE LOS AÑOS DE 1992 A 2002.**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
ANATOMIA PATOLÓGICA
P R E S E N T A
DR. ENRIQUE DE LARA LANDA

ASESORES DE TESIS
DR. BALDOMERO HERNANDEZ JOHNSTONE
DRA. FLOR ANGELICA DIAZ ZAVALA

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2005 **3**



ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE COMPLETACIÓN

1-A



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).

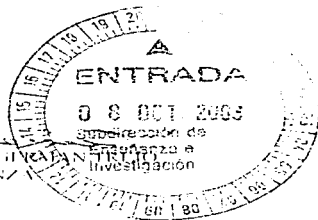
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

M. en C. DR. CARLOS MIGUEL SALAZAR JUÁREZ
COORDINADOR DE CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

DR. BALDOMERO HERNÁNDEZ JOHNSTON
PROFESOR TITULAR DEL CURSO Y ASESOR DE TESIS

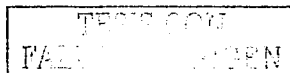
DRA. FLOR ANGÉLICA DÍAZ ZAVALA
MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE ANATOMÍA
PATOLOGICA Y ASESOR ADJUNTO.

DRA. LUZ MARÍA DE CÁBATEL SAN GUAYÁN
JEFE DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA



INDICE

	Pág.
Resumen	3
Summary	4
Introducción.	5
Objetivos.	9
Material y métodos.	10
Resultados.	11
Discusión.	15
Conclusiones.	18
Bibliografía.	19
Anexos.	21

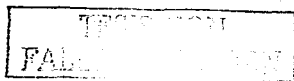


RESUMEN

En el Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza " del I.S.S.S.T.E. se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal y abierto referente a las patologías más frecuentes de las glándulas salivales mayores. Se recolectaron 257 estudios de un total de 58592 resultados de biopsias y piezas quirúrgicas enviadas al servicio de anatomía patológica en un periodo comprendido del 1ro. De Enero de 1992 al 31 de Diciembre de 2002.

Los resultados que se reportaron como " material insuficiente para diagnóstico " "material en completo estado de putrefacción " y biopsias y piezas quirúrgicas cuyo diagnóstico principal no fueran patologías de glándulas salivales fueron excluidos del estudio.

Para la recolección de datos se formaron tres grupos, el primero correspondió a glándula parótida, el segundo grupo abarca glándula sublingual y el tercer grupo glándula submaxilar. Todos los grupos fueron clasificados por edad y sexo.



SUMMARY

At the ISSSTE "General Ignacio Zaragoza" Regional Hospital a retrospective, observational, descriptive, transversal and open research is being done related to the most frequent pathologies on the mayor salivary glands. 257 of 58592 results on biopsies and surgical pieces were recolected and sent to the pathological anatomy service in a period from January 1st 1992 to December 31st 2002. The results reported as inefficient material for diagnosis and/or "material in complete state of putrefaction" and biopsies and surgical pieces whose main diagnosis was not pathology of salivary gland were excluded of these research. For the gathering of data three groups were formed, the first one corresponded to parotid gland, the second group ranges sublingual gland and the third group, submaxillary gland. All the groups were classified by age and sex.



INTRODUCCIÓN

Existen dos tipos de glándulas salivales:

- Mayores: bilaterales, parotidas, sublinguales y submaxilares.
- Menores: distribuidas por la cavidad oral y mucosa faríngea, en número de 700 a 1000.

Histológicamente, las mayores están formadas por acinos de células secretoras rodeadas por células mioepiteliales que desembocan a través de segmentos intercalares (primer y segundo orden) en otros llamados segmentos estriados (tercer orden) y ellos en el conducto excretor salival. (1, 2).

Las enfermedades generalizadas de las glándulas salivales afectan la producción de saliva y disminuyen considerablemente su volumen originado boca seca (xerostomía) causa de irritación, erosión y úlceras de la mucosa, con aumento de susceptibilidad para enfermedades periodonticas y caries dental. (3) Las enfermedades generalizadas de las glándulas salivales también tienden a afectar a las glándulas de la mucosa bucal y pueden observarse alteraciones histopatológicas características en una muestra de biopsia simple de mucosa labial, evitando la biopsia de glándula parotida (4, 5). Las lesiones localizadas de las glándulas salivales mayores y sus conductos no suelen afectar mucho la cavidad oral, pero causan aumento de volumen, dolor importante y molestias en las regiones parotidea y submaxilar. Las glándulas sublinguales raramente están afectadas por enfermedad localizada, por ejemplo de tipo neoplásico (6).



Los tumores de las glándulas salivales tienen una elevada frecuencia, alrededor de 5% de los tumores cervicofaciales, aunque su distribución varía en los diferentes tipos de glándulas de origen (7, 8, 9)

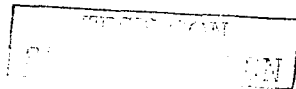
Se presentan entre las décadas de los 50 a 70 años edad siendo más frecuentes las lesiones benignas en la población más joven. (10). La distribución de frecuencia de malignidad también es variable en las diferentes glándulas, siendo más frecuentemente maligno en las glándulas submaxilares que en las parótidas (11)

Se tiene la máxima que cuanto más pequeña sea una glándula salival resulta más probable que una tumoración que se asiente en ella sea maligna.

Por su morfología normal relativamente poco característica, las glándulas salivales son causa de una sorprendente variedad de neoplasias benignas y malignas. El 90% de las neoplasias se presentan en las glándulas parótidas (12). Y el 10% en las glándulas submaxilares; son raras los tumores primarios de las glándulas sublinguales y salivales menores. La gran variedad en el aspecto histológico de ambos tipos de tumores epiteliales benignos y malignos han originado clasificaciones diversas y complejas.

Dentro de los tumores benignos se encuentra el tumor mixto benigno o adenoma pleomorfo este tiene una máxima incidencia entre los 20 x 45 años de edad, cuyas características benignas son las que cuenta con una pseudo cápsula que puede ser atravesada por prolongaciones del propio tumor de ahí que su reseción con márgenes estrechos signifique una recidiva en muchos casos.

El tumor de Warthin también llamado cistoadenolinfoma es un tumor benigno que se origina de elementos linfáticos, presenta una cápsula completa y aparece en pacientes de edad muy avanzada (60 a 80 años.), Y presenta una bilateralidad del 5 al 15% y frecuentemente es múltiple (13).



**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

La lesión benigna Intraepitelial constituye alrededor del 8% de las lesiones benignas. Se presenta con mas frecuencia en el sexo femenino y con alta incidencia de recidivas. Se asocia a patologia inmunológica como el síndrome de Mielkulez. En la actualidad se relaciona con otro tipo de lesiones de origen linfático como es la infección por VIH.

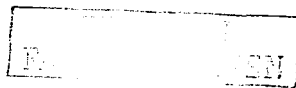
El adenoma monoforno, incluye un grupo de lesiones benignas que pueden tener una variedad de presentaciones siendo el más común el adenoma de células basales y el adenoma oxifílico u oncocitoma. (14, 15).

Dentro de los tumores malignos, el carcinoma mucocpidermoide es el tumor maligno más frecuente de las glándulas salivales mayores. Puede ser confundido en la histología con tinción de hematoxilina y eosina con un carcinoma escamoso o epidermoide. Tiene un amplio espectro de agresividad con la posibilidad de dar metástasis y provocar la muerte. El carcinoma mucocpidermoide de bajo grado de malignidad crece fundamentalmente en forma local y lenta. La reseción local puede ser curativa.

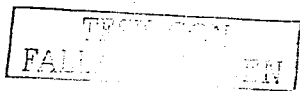
El adenocarcinoma constituye aproximadamente el 16% de los tumores malignos de la glándula parotida y el 9% de la glándula submaxilar. Es mas frecuente en glándulas salivales menores de la nariz y los senos paranasales (16, 17)

El tumor mixto maligno constituye el 14% de las neoplasias de las glándulas parotidas y el 12% de las glándulas submaxilar. El diagnostico histologico es difícil por su semejanza histológica con el adenoma pleomorfo, en mas del 25% de los casos se presentan metástasis en ganglios linfáticos regionales.

Por ultimo el carcinoma adenóideo quístico constituye casi el 25% de las neoplasias de las glándulas salivales. En la parotida se presenta entre el 10 y 15% siendo mas frecuente en las glándulas salivales menores. Su pronostico a corto plazo es en general bueno pero a

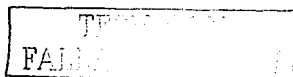


largo plazo puede ser origen de metástasis a distancia en ocasiones se presentan metástasis en el pulmón lo que se relaciona con la tendencia a la invasión de las vainas nerviosas (18, 19, 20)



OBJETIVOS:

- Conocer la prevalencia de las patologías más frecuentes de las glándulas salivales mayores en la población que es atendida en el Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza " del I.S.S.S.T.E.
- Determinar las patologías más frecuentes de las glándulas salivales mayores en la población que es atendida en el Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza " del I.S.S.S.T.E.
- Clasificar las patologías de las glándulas salivales mayores de acuerdo a benignas y malignas.
- Relacionar las diferentes patologías de las glándulas salivales mayores de acuerdo a sexo y edad.
- Comparar los resultados obtenidos con los reportes de la literatura más reciente.



MATERIAL Y MÉTODOS:

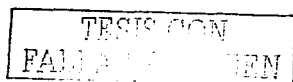
En el servicio de anatomía patológica del Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza del I.S.S.S.T.E. además de la población adscrita a esta unidad se reciben muestras de tejidos de pacientes atendidos en el estado de Tlaxcala y del Hospital " General Morelos y Pavón" así como de clínicas cercanas.

Se revisaron un total de 58592 resultados de patología de biopsias y piezas quirúrgicas enviadas al servicio de patología durante un periodo comprendido del 1ro de Enero de 1992 al 31 de diciembre de 2002, siendo seleccionados todos los reportes correspondientes a las glándulas salivales mayores (parotida, sublingual y submaxilar).

Se excluyeron todos aquellos reportes como material insuficiente para diagnóstico y material en total estado de putrefacción.

Para su clasificación en este estudio se dividieron en tres grupos: el primero correspondió a glándula parotida, el segundo glándula sublingual y el tercero a glándula submaxilar.

A todos los grupos se les aplico las variables de edad y sexo. Las patologías fueron clasificadas según el grupo afectado siendo estos tumores benignos: adenoma pleomorfo, lesión linioepitelial benigna (enfermedad de Mikulicz) , tumor de Warthin, adenoma monomorfo, Inflamación crónica inespecífica (sin causa específica), sialodentitis, sialolitiasis, quiste de retención, infiltración grasa y tumores malignos: tumor mixto maligno, linfoma no Hodgkin y carcinoma poco diferenciado. En todos los grupos se incluyeron las variables de sus alteraciones histológicas, con diagnóstico clínico compatible con el anatomopatológico y su diagnóstico compatible.



RESULTADOS:

En un periodo comprendido del 1ro de Enero de 1992 al 31 de Diciembre de 2002 se revisaron un total de 58592 estudios anatomopatológicos realizados a biopsias y piezas quirúrgicas enviadas al servicio de Anatomía Patológica del Hospital "General Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. de las cuales 257 correspondieron alguna patología de glándulas salivales mayores lo que corresponde al 0,4%. De los cuales 152 casos fueron del sexo femenino que corresponde al 59% y 105 casos al sexo masculino con un porcentaje del 41% (Fig. 1). Con relación a patologías se encontró que por sexo y edad el adenoma pleomorfo correspondió a 23 casos del sexo femenino (23,7%), con una edad entre los 30 y 39 años de edad, por orden de frecuencia se reportaron 19 casos (19,5%) entre los 40 a 49 años también del sexo femenino, en el sexo masculino la cifra más representativa fue con 11 casos (11,3%) entre los 30 a 39 años y 7 casos (7%) entre los 50 a 59 años (Fig. 2). En lo que respecta al tumor de Warthin se presentaron 7 casos en el sexo masculino (25%), entre los 60 a 69 años, 5 casos también del sexo masculino (17,8%) entre los 40 a 49 años y del sexo femenino la cifra mas elevada fue 5 casos (17,8%) entre los 50 a 59 años (Fig.3). La enfermedad de Mikulicz se reportaron 4 casos en el sexo femenino (33,5%) entre los 50 a 59 años, 2 casos también del sexo femenino (16,6%) entre los 30 a 39 años y correspondiendo al sexo masculino la cifra mas elevada fue 1 caso (8,3%) entre las edades de 30 a 39, 40 a 49 y 50 a 59 años (Fig.4). La Inflamación crónica inespecífica presentó 6 casos del sexo femenino (16,6%) entre las edades de 50 a 59 años, 5 casos (13,8%), también del sexo femenino entre las edades de 20 a 29 años y la cifra mas elevada del sexo masculino correspondió a 4 casos (11,11%) entre los 40 a 49 años (Fig. 5). La sialolitiasis presentó 3 casos (37,5%) en el sexo femenino entre las edades de



40 a 49 años siguiéndole en orden de frecuencia el sexo masculino con un caso (12,5%) entre las edades de 11 a19, 20 a 29 30 a 39 y 40 a 49 años. (Fig. 6). La sialodentitis presento 4 casos (30,7%) en el sexo femenino en una edad entre 20 a 29 años, siguiendo también en el sexo femenino 3 casos (23%) entre los 30 a 39 años con relación al sexo masculino la cifra mas elevada correspondió a 2 casos (15,3%) entre los 40 a 49 años (Fig.7).

Con relación al rubro de sin alteraciones histológicas las cifras mas elevadas se presentaron con 5 casos (17,2%) en el sexo masculino entre las edades de 40 a 49 años y 60 a 69 años en el sexo femenino se presentaron 3 casos (10,3%) entre las edades de 11 a 19 años (Fig.8). El quiste de retención presento 2 casos (40%) en el sexo femenino y 1 caso (20%) tanto en el sexo femenino como en el masculino entre las edades de 0 a 10, 11 a 19 y 20 a 29 años (Fig.9). La infiltración grasa presento solo 1 caso (100%) en el sexo femenino entre las edades de 11 a 19 años (Fig.10). El adenoma moniforme presento 4 casos (33,3%) en el sexo femenino entre las edades de 40 a 49 y 50 a 59 años mientras que el sexo masculino presento 1 caso (8,3%) entre los 30 a 39 años (Fig.11).

En el rubro de neoplasias malignas el tumor mixto maligno presento una prevalencia de 3 casos (23,1%) entre los 60 a 69 años de edad afectando al sexo femenino mientras que con 2 casos (15,3%) se presento tanto en el sexo masculino como femenino entre las edades de 60 a 69, 70 a 79 y 80 y mas (Fig.12). El linfoma no Hodgkin presento 1 caso (50%) tanto en el sexo masculino como en el femenino entre los 60 a 69 años (Fig.13). El carcinoma poco diferenciado presento 1 caso (100%) en el sexo masculino entre los 60 a 69 años (Fig. 14).

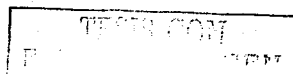
Por region anatómica en la glándula parotida la patologia más frecuente fue el adenoma pleoformo con 62 casos (39 del sexo femenino 63% y 23 del sexo masculino 37%) , el



tumor de Warthin presentó 19 casos (10 del sexo masculino 52% y 9 del sexo femenino 48%), sin alteraciones histológicas 14 casos (9 del sexo masculino 64% y 5 del sexo femenino 46%), la inflamación crónica inespecífica presentó 15 casos (8 del sexo femenino 64% y 7 casos del sexo masculino 46%), de las neoplasias malignas el tumor mixto maligno presentó 10 casos (6 del sexo femenino 60% y 4 casos en el sexo masculino 40%), el linfoma no Hodgkin con 1 caso 100% en el sexo masculino (Fig.15 y Fig.16.) En la región anatómica de la glándula submaxilar las patologías más frecuentes fueron el adenoma pleomorfo con 15 casos (11 del sexo femenino 74% y 4 del sexo masculino 26%) seguido por la inflamación crónica inespecífica con 12 casos (6 del sexo femenino 50% y 6 del sexo masculino 50%), la sialodinitis con 9 casos (5 del sexo masculino 65% y 4 del sexo femenino 45%), la enfermedad de Warthin con 5 casos (3 del sexo masculino 60% y 2 del sexo femenino 40%), sin alteraciones histológicas 8 casos (4 del sexo masculino 50% y 4 del sexo femenino 50%), la enfermedad de Mikulicz con 4 casos (3 del sexo femenino 75% y 1 del sexo masculino 25%), el adenoma monomorfo con 5 casos (4 del sexo femenino 80% y 1 del sexo masculino 20%), de las neoplasias malignas el tumor mixto maligno se presentó en 3 casos (2 del sexo femenino 77% y 1 del sexo masculino 33%), el linfoma no Hodgkin en 1 caso (sexo femenino 100%), y el carcinoma poco diferenciado en 1 caso (sexo masculino 100%) (Fig. 17 y Fig.18). Por último en la región de la glándula sublingual el adenoma pleomorfo se presentó en 20 casos (13 del sexo femenino 65% y 7 del sexo masculino 35%), la inflamación crónica inespecífica en 9 casos (6 del sexo femenino 77% y 3 del sexo masculino 33%), el tumor de Warthin en 4 casos (2 del sexo masculino 50% y 2 del sexo femenino 50%), la sialodinitis en 6 casos (4 del sexo femenino 77% y 2 del sexo masculino 33%), sin alteraciones histológicas 8 casos (6 del



sexo masculino 75%a y 2 del sexo femenino 25%), de las neoplasias malignas no se presentaron en esta región anatómica (Fig.19 y Fig.20).



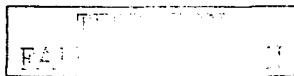
DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran una clara tendencia de las neoplasias benignas sobre las neoplasias malignas, esta tendencia se puede explicar debido a que la mayoría de los pacientes que presentaron una neoplasia benigna son jóvenes mientras que en las neoplasias malignas la mayor parte fueron pacientes de una edad más avanzada.

Un dato importante e interesante sobre nuestro estudio fue la prevalencia en las neoplasias benignas del sexo femenino con respecto al sexo masculino estos resultados contradicen a lo obtenido por otros autores que reportan una mayor prevalencia del sexo masculino con respecto al sexo femenino en neoplasias de glándulas salivales como lo reportado por Baptista Fernández AM (6) y Del Pozo LA (8).

Este predominio del sexo femenino con respecto a patologías como el adenoma pleomorfo puede explicarse debido a que uno de los principales factores etiológicos o predisponentes para su desarrollo se asocia con mucha frecuencia al consumo del alcohol y al hábito de fumar hasta el 80% de los casos según reportes de Rojas J. Merchán (13). Y es que actualmente el incremento del sexo femenino sobre el hábito de fumar e ingerir alcohol ha aumentado considerablemente esto reportado por la Secretaría de salud (20). Sin embargo estos datos importantes para nuestro estudio no fueron encontrados en las solicitudes de envió y/o expedientes clínicos de nuestros pacientes.

La segunda neoplasia benigna más frecuente de las glándulas salivales reportada en nuestro estudio fue el Tumor de Whartin este se presentó más en el sexo masculino con respecto al sexo femenino estos resultados son semejantes a lo reportado por otros autores como Baptista Fernández (6), donde establecen que el origen y desarrollo del Tumor de Whartin



se asocia en un 80 al 85% al consumo del tabaco estudios realizados a su vez por Pinkston y Colé (21).

Han surgido dos teorías acerca del desarrollo histológico de las neoplasias de las glándulas salivales: La multicelular que postula la hipótesis de que los tumores de las glándulas salivales derivan de distintos tipos de células por ejemplo las neoplasias oncoepiteliales derivan de células estriadas del conducto, las acinosas de las células acinosas los carcinomas de las células escamosas y las neoplasias mucocelulares de las células de los conductos excretores.

Y la teoría bicelular que postula la hipótesis de que las células basales de los conductos excretores e intercalados de las células madres dan origen a las neoplasias, estas dos teorías publicadas por Chaudry AP (17).

Con relación a las neoplasias malignas reportadas en nuestro estudio se presentaron tres patologías que fueron el tumor mixto maligno, el linfoma no Hodgkin y carcinoma poco diferenciado con un predominio en la glándula parotídea, estas neoplasias se presentaron en pacientes con edades avanzadas (mayores de 55 años), con un ligero predominio del sexo masculino con respecto al sexo femenino estos resultados son semejantes a lo reportado por otros autores como Spitz MR y Batsakis JG (14). Esta tendencia a presentarse en pacientes de una edad mas avanzada se puede explicar debido al comportamiento silencioso y crecimiento lento que presentan la mayoría de las neoplasias malignas en general.

Con relación al tumor mixto maligno que fue el que mas casos presento cabe recordar que un porcentaje del 2% suele desarrollarse de un adenoma pleomorfo secundario a una resección total inadecuada, seguida de una recidiva que predispone a la transformación maligna o también puede deberse al tiempo de existencia que lleve el adenoma pleomorfo ya que se establece que en un periodo mayor de 20 años presenta hasta un 15% de



probabilidades de transformación maligna según estudios realizados por Arias de la Vega P. (22). Estas neoplasias malignas se presentan en pacientes grandes fumadores (mas de una cajetilla al día por un tiempo mayor de 15 años), presentando hasta ocho veces más probabilidades de desarrollar un tumor maligno según reportes de la Secretaría de Salud (20).

Este estudio y sus resultados creemos son importantes debido al número de muestras y piezas quirúrgicas recolectados (257) en un tiempo de 10 años que a pesar de existir estudios más amplios y de mayor tiempo no fueron realizados en la población de un nivel socioeconómico medio como el de nosotros y sobre todo en población Mexicana, esto sirva de estímulo para siguientes investigaciones de ámbito epidemiológico con el fin de que se conozcan las alteraciones patológicas más frecuentes de las glándulas salivales que están afectando a nuestra población derechohabiente y así encaminar nuestro interrogatorio clínico y una buena exploración física hacia cierta patología específica para de esta forma poder clasificar adecuadamente a los pacientes que requieran un tratamiento quirúrgico y/o invasivo.



CONCLUSIONES:

1. Las afecciones neoplásicas benignas son más frecuentes en la glándula parotida específicamente el adenoma pleomorfo.
2. El sexo femenino presenta un mayor grado de afecciones de las glándulas salivales sobre todo en la glándula parotida.
3. Los procesos inflamatorios crónicos y litiasicos predominan en la glándula submaxilar.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. T. C. Paparo A. Texto atlas de histología. Interamericana. MacGraw-Hill, México, 1990; 254-256.
2. Rosai, Juan. Ackerman's, Surgical pathology. Mosby, 1996; 1329-1335.
3. Stevens, A. Iowe J. Pathology. Mosby, 1998; 123-124.
4. Smith Ch. Core. Pathology. Fundamental concepts and principles. Medical Economics Company, 1989 (2); 232-235.
5. Netter FH. Atlas de Anatomía Humana, 2da. Ed. Masson Novartis, New Jersey, 1999; 33-36.
6. Baptista Fernández AM. Afecciones de las glándulas salivales. En: Coiffman F. La Habana: Editorial Científico Técnico 1990; (4). 562-570.
7. Khan S, Rouse DA. Salivary gland tumors, Surgery 1998; 1371-1372.
8. Del Pozo LA, Sacristán AT, García-Mon ME. Revisión de los tumores de parotidas. Acta Otorrinolaringol Esp. 1986; (1): 77-82.
9. Rosai Juan, IDEM. 1998; (2): 729-734.
10. Walter J. Patología Humana, Manual Moderno, 1994; 210-211.
11. Paparella MM, Shumrick DA. Laringología. 2da. Ed. Panamericana, Madrid, 2000; 45-65.
12. Paparella MM, Shumrick DA. Otorrinolaringología, 2da. Ed. Vol. I-III, Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1998; 76-99.
13. Rojas J, Merchán D, Lugo J, Glavis, V et al. Tumores primarios de parotida, Revista Venezolana de Oncología, 1995 Jul-Sep; (34): 116-121.

14. Spitz MR, Batsakis JG: Mayor Salivary gland carcinoma: Archives of Otorringol 1994; (3): 45-49.
15. Nagler R.M., Laufer D: Tumors of the mayor and minor salivary glands: review of 25 years of experience. Anticancer Res, 1997 Jan; 17 (15): 701-707.
16. Cotran R, Kumar Collins T. Pathologic structural and functional 6ta Ed, 2000: 321-324.
17. Chaudry, A.P. Et al. Intraoral minor salivary gland tumors, an analysis of 1414 cases. Oral Surg., (4); 1991; 43-54
18. Acta Otorrinolaringología Española. Colecciones 1997-2000. Ediciones Doyma, 2001; 12-20
19. Liu FF, Rotsein L, Davidson AJ et al. Benign parotids adenomas: a review of the Princess Margaret Hospital Experience. Head and Neck 1995; (8): 67-79.
20. Estudios epidemiológicos de la Secretaria de Salud: Tabaquismo, cáncer de cuello y cabeza revisión de 5 años, 1980: 103-128.
21. Arias de la Vega F, Albert Solis J, Pérez Casas A, Martínez López E, Domínguez Gómez W, Melchor Ináñez W. Consideraciones anatomopatológicas clínicas y terapéuticas de los tumores malignos de parótida y glándulas salivales. Oncología 1988, (67): 790-795.

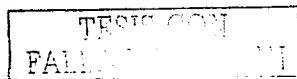


FIG.1 SEXO

152
59%

105
41%

MASCULINO ■ FEMENINO

FIG.2 ADENOMA PLEOMORFO POR SEXO Y EDAD

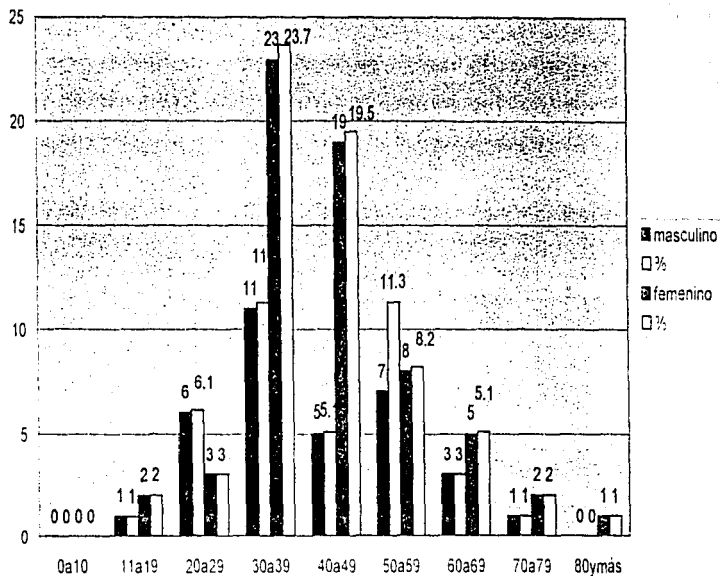


FIG.3 TUMOR DE WARTHIN

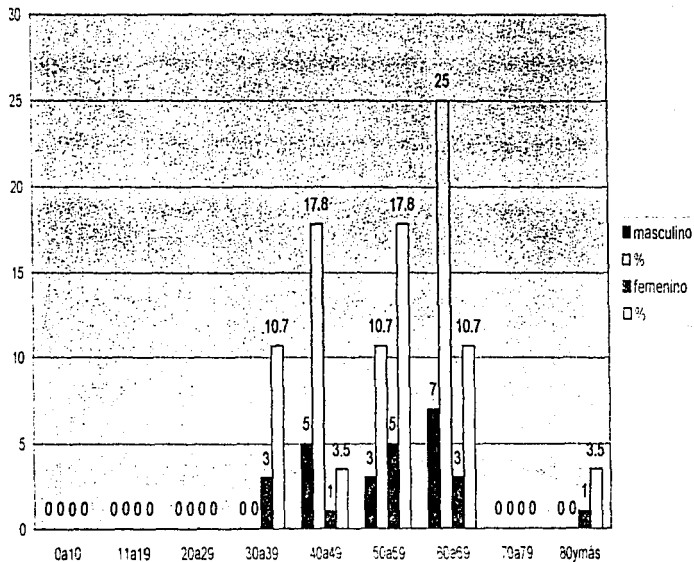


FIG.4 ENFERMEDAD DE MICKULICZ

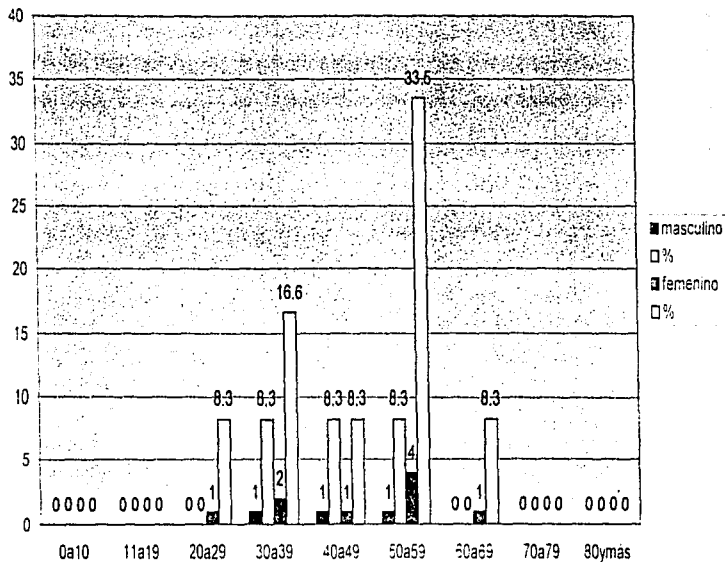
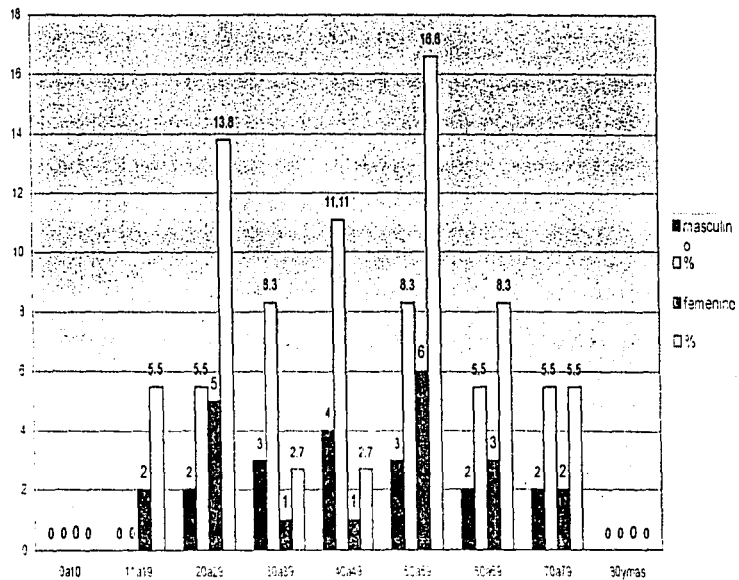
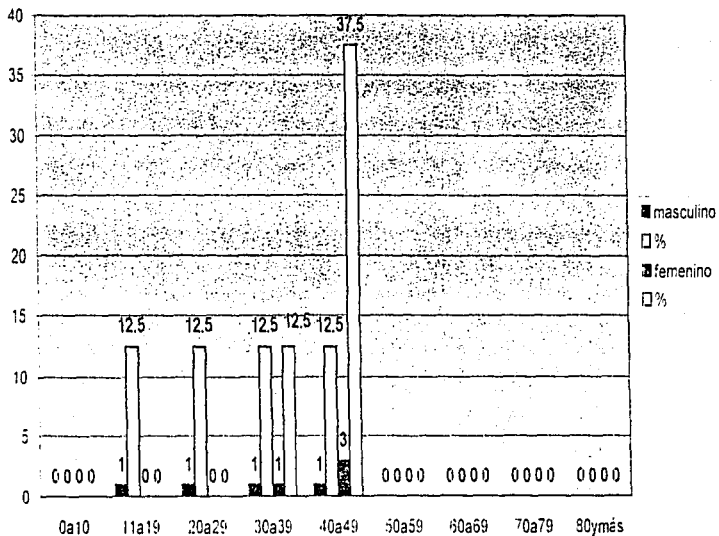


FIG.5 INFLAMACION CRONICA INESPECIFICA



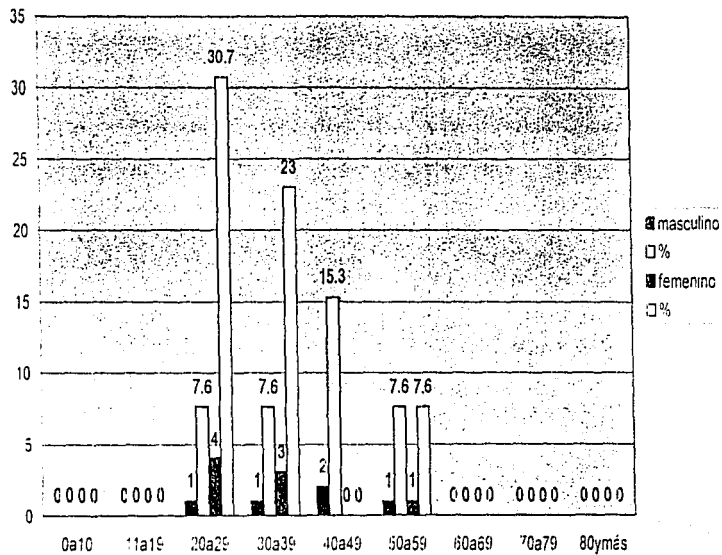
INSTITUTO
 DE INVESTIGACIONES
 MEDICAS

FIG.6 SIALOLITIASIS



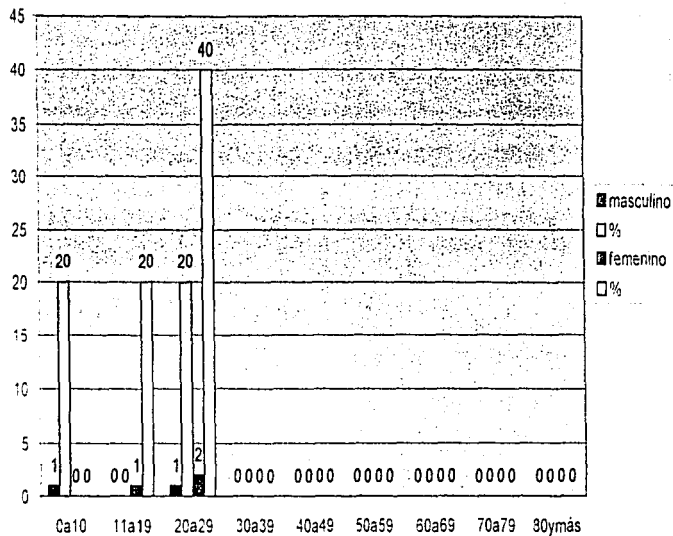
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
 IIVIC

FIG.7 SIALODENTITIS



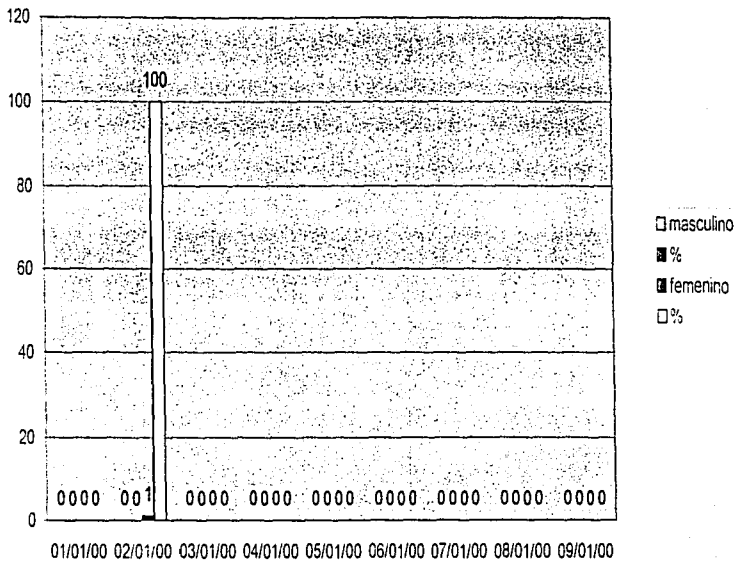
INSTITUTO DE ODONTOLÓGIA
 UNICAMP
 27

FIG.9 QUISTE DE RETENCION



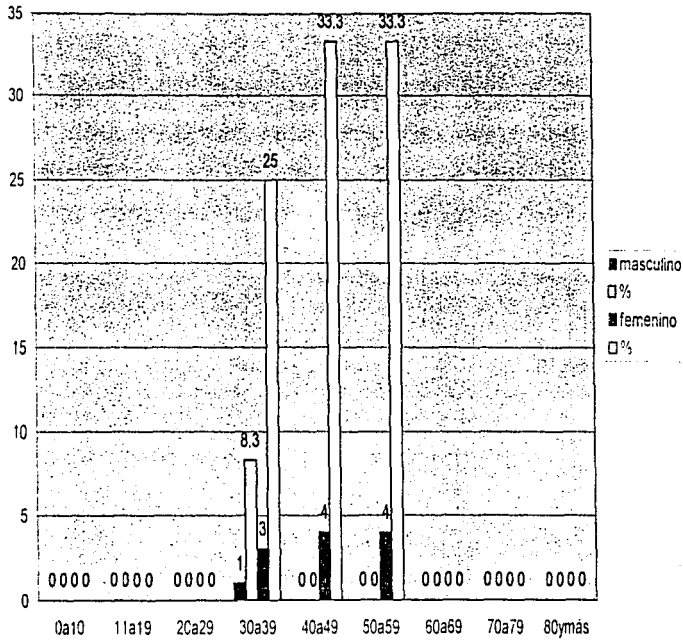
INSTITUCION
 FALTA DE...
 NO...

FIG-10 INFILTRACION GRASA



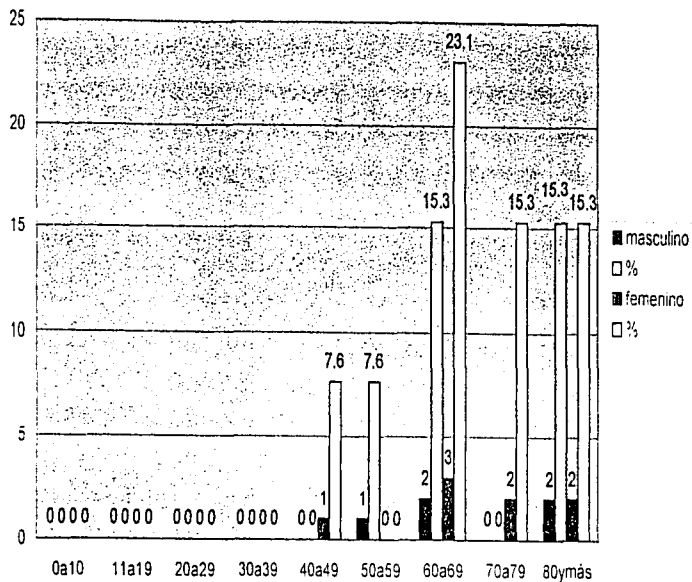
TRIBUNAL
 DE
 JUSTICIA
 FEDERAL
 DE
 LOS
 ESTADOS
 UNIDOS
 DE
 AMERICA
 NOROCCIDENTAL

FIG.11 ADENOMA MONOMORFO



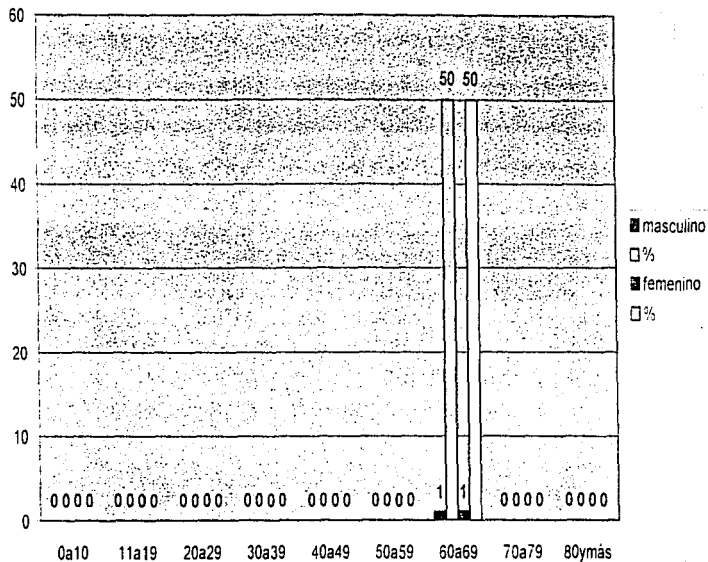
TESIS CON
 FALLA

FIG.12 TUMOR MIXTO MALIGNO



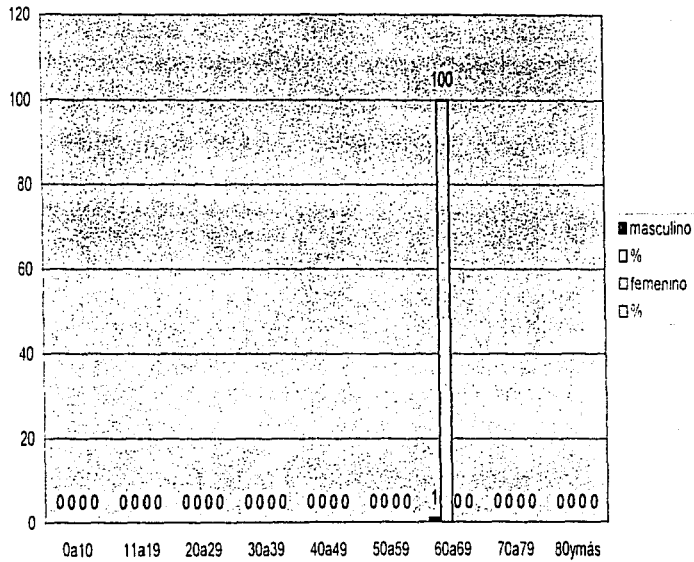
TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN
 NOO SISEI

FIG.13 LINFOMA NO HODGKIN



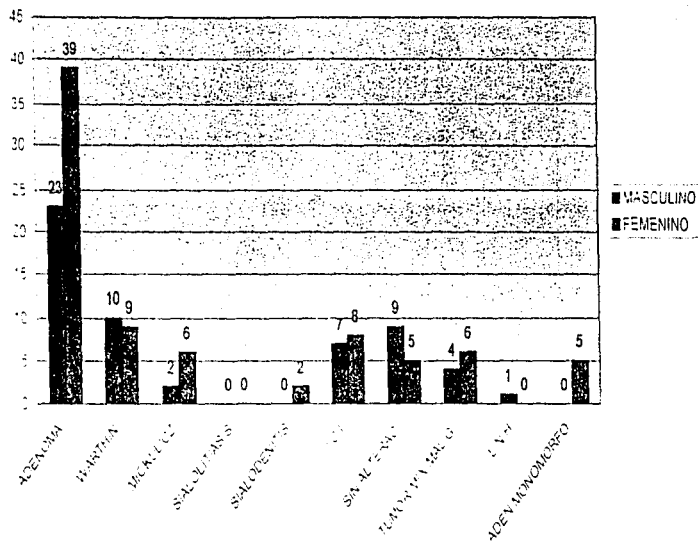
INSTITUTO
 PATOLÓGICO
 JESSÉ BONFIM

FIG.14 CARCINOMA POCO DIFERENCIADO



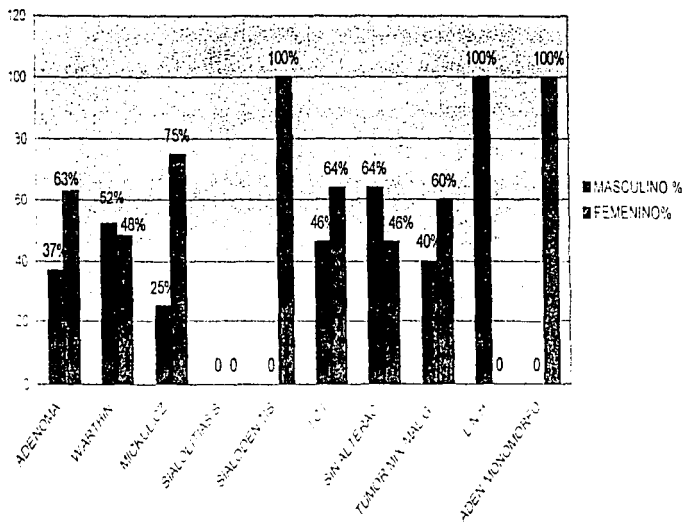
PAULA T.

FIG.15 PATOLOGIA POR REGION ANATOMICA GLANDULA
PAROTIDA POR SEXO



FALTA

FIG.16 PATOLOGIA POR REGION ANATOMICA GLANDULA PAROTIDA POR PORCENTAJE



FALLA
 TESTE

FIG.17 PATOLOGIA POR REGION ANATOMICA GLANDULA
SUBMAXILAR POR SEXO

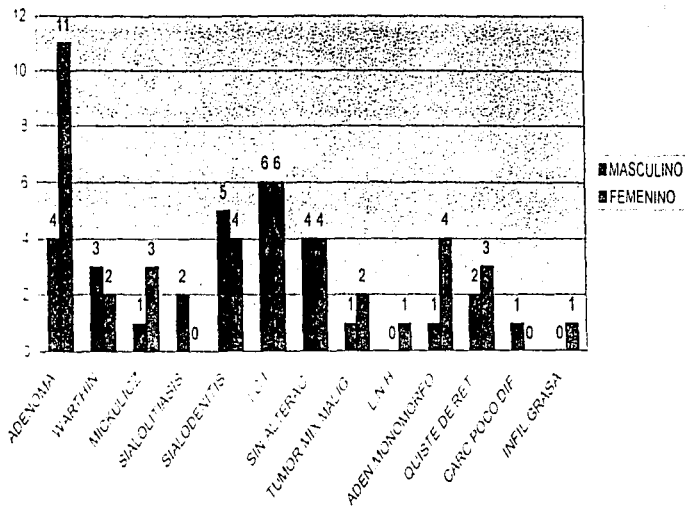
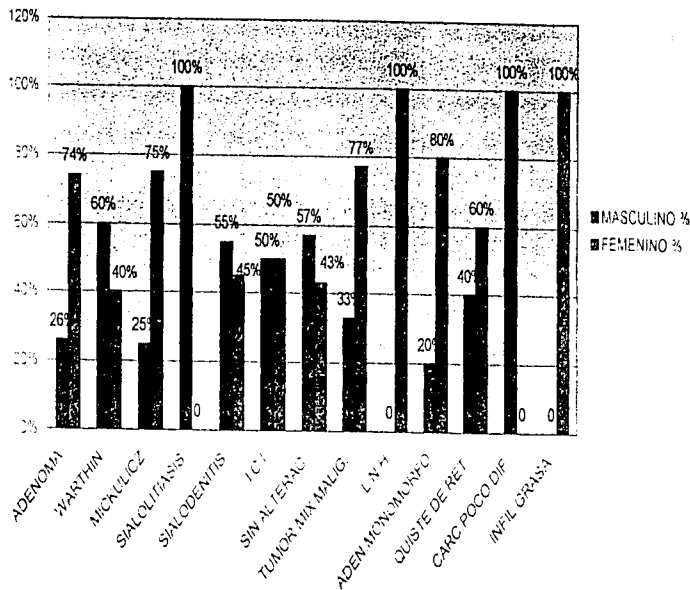


FIG. 18 PATOLOGIA POR REGION ANATOMICA GLANDULA
SUBMAXILAR POR PORCENTAJE



PAULINO
14
1968

FIG.19 PATOLOGIA POR REGION ANATOMICA GLANDULA
SUBLINGUAL POR SEXO

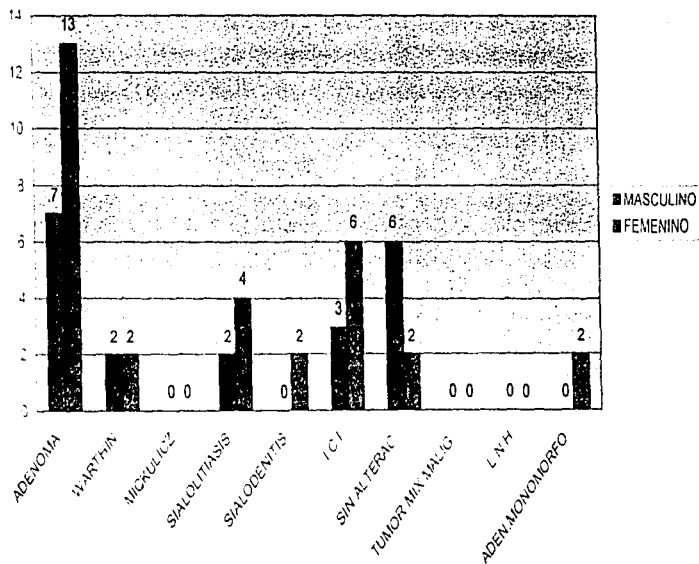
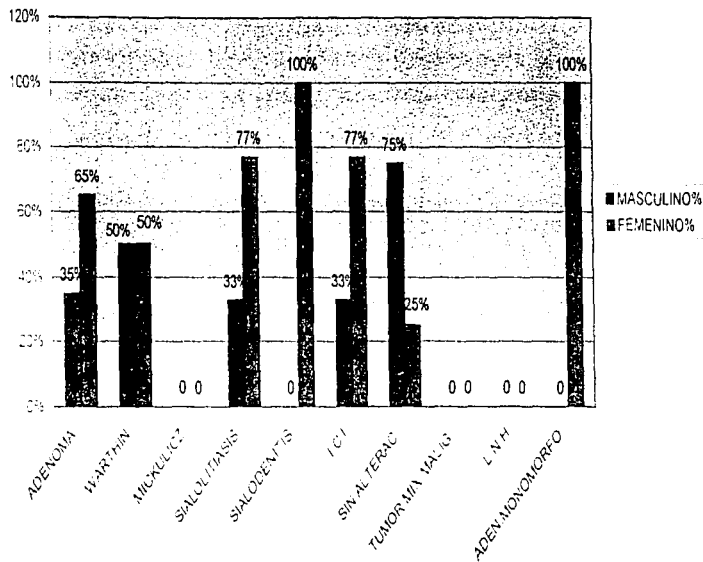


FIG.20 PATOLOGIA POR REGION ANATOMICA GLANDULA
SUBLINGUAL POR PORCENTAJE



EN