

11236



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL
" GAUDENCIO GONZALEZ GARZA "
CENTRO MEDICO NACIONAL " LA RAZA "**

**FRECUENCIA DE TUMORES BENIGNOS Y
MALIGNOS DE GLANDULAS SALIVALES
MAYORES Y MENORES, (REVISION
HISTOPATOLOGICA DE CINCO AÑOS) EN
PACIENTES DEL SERVICIO DE
OTORRINOLARINGOLOGIA, HOSPITAL GENERAL
DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA, CENTRO
MEDICO NACIONAL LA RAZA, I. M. S. S.**

T E S I S

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA**

P R E S E N T A

DR. ZENON ROMAN MOYADO

A S E S O R :

DRA. BERTHA BEATRIZ MONTAÑO VELAZQUEZ



IMSS

MEXICO, D. F.

ABRIL 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

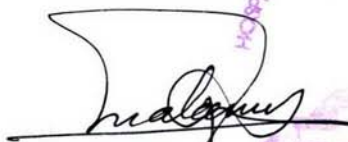


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



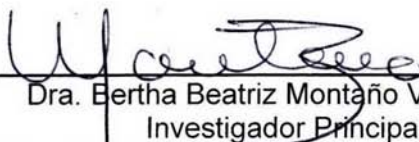
Dr. José Luis Matamoros Tapia
 Jefe de la División de Enseñanza e Investigación Médica
 Hospital General "Gaudencio González Garza"
 Centro Médico Nacional "La Raza"



Dr. Mariano Hernández Goribar
 Jefe del Servicio de Otorrinolaringología
 Hospital General "Gaudencio González Garza"
 Centro Médico Nacional "La Raza"



SUBDIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 FACULTAD DE MEDICINA
 U.N.A.M.



Dra. Bertha Beatriz Montaña Velázquez
 Investigador Principal
 Médico Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología
 Hospital General "Gaudencio González Garza"
 Centro Médico Nacional "La Raza"

COLABORADORES

Dr. Pablo Ramírez Mendoza
Médico adscrito al Departamento de Anatomopatología
Centro Médico Nacional "La Raza"

AGRADECIMIENTOS

A Angélica por el gran apoyo, amor y dedicación en la formación de mí especialidad y de nuestra familia.

A mis Padres y Hermanos por su confianza.

Al Sr. Sergio y la Sra. Leticia. Por todo el apoyo recibido para el cuidado de mí familia durante mí formación.

A mí Asesor: La Maestra en Ciencias. Beatriz Montaña Velázquez. Por su amistad, paciencia y ejemplo a seguir.

Al Dr. Arturo Ruiz Hinojosa. Por todos sus consejos, por ser un gran amigo en la formación de médicos residentes

A el Dr. Mariano Hernández Goribar por ser guía en nuestra formación.

DEDICATORIA

A Dios: Por todas sus bendiciones.

A Angélica y Diego: Por todo el tiempo robado, quienes son y serán la fuente de inspiración en mi vida.

A la Profa. Margarita Mata García: Por que siempre creyó en mí, por darme la oportunidad de seguir creciendo.(q.e.p.d.)

INDICE

Resumen	7
Introducción	8
Objetivos	15
Material y Métodos	16
Resultados	18
Discusión	23
Conclusiones	26
Bibliografía	27

RESUMEN

FRECUENCIA DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE GLANDULAS SALIVALES MAYORES Y MENORES, (REVISION HISTOPATOLOGICA DE CINCO AÑOS) EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA. I.M.S.S.

OBJETIVOS DE ESTUDIO. Identificar la frecuencia de los tumores benignos y malignos de glándulas salivales mayores y menores, la estirpe histológica más común de los tumores benignos y malignos de glándulas salivales mayores y menores, y las características demográficas.

TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO: Estudio clínico, transversal, retrospectivo, observacional, descriptivo.

MATERIAL Y METODOS

UNIVERSO DE TRABAJO. Se revisaron 37 reportes histopatológicos de glándulas salivales mayores y menores. Todos los datos que a continuación se enuncian se concentraron en un formato especial (hoja de recolección de datos): nombre, filiación, sexo, edad, localización en glándula parótida, submaxilar, sublingual (derecha, izquierda o bilateral), glándulas salivales menores (paladar, labio, orofaringe y otros), estirpe histológica (benigno o maligno), otros y no especificados. Con los datos obtenidos se identificó la frecuencia, estirpe histológica y características demográficas de los pacientes con tumores benignos y malignos de las glándulas salivales mayores y menores.

RESULTADOS. Características generales de los pacientes. En el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico "La Raza", durante el periodo de Enero de 1998 a Diciembre de 2002 se enviaron en promedio un total de 37 muestras de pacientes con tumores benignos y malignos de glándulas salivales mayores y menores al Departamento de Anatomopatología, con una edad promedio de 47, D.E. de 17.5, de 4 a 77 años, 24 mujeres (64.9%) y 13 hombres (35.1%). La frecuencia general de la estirpe histológica de los tumores, fueron 31 (83.8%) benignos y 6 (16.2%) malignos. De la población en estudio 27 (73%) correspondieron a la glándula parótida, 2 (5.4%) correspondieron a la glándula submaxilar y 8 (21.7%) correspondieron a glándulas salivales menores. No se reportaron tumores de glándulas sublinguales.

CONCLUSIONES. Los pacientes con tumores benignos y malignos de las glándulas salivales mayores y menores presentaron una edad promedio de 47 años (D.E. 17.56), de 4 a 77 años y con predominio en el sexo femenino (64.86%). La frecuencia de tumores de glándulas salivales mayores en nuestro servicio constituye el 78.37% y de las menores el 21.62%. Los tumores benignos representaron el 83.78% y los malignos el 16.21%. La glándula más afectada fue la parótida 72.97%, seguida de las glándulas menores con 26.62% y la submaxilar con 5.40%. El tumor benigno predominante fue el adenoma pleomorfo y de los tumores malignos fue el adenoquístico.

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

ANATOMIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Las glándulas salivales son estructuras de secreción externa cuya función básica es generar un volumen adecuado de saliva^{1,2,3}.

Estas se clasifican en mayores y menores, siendo las mayores la parótida, la submaxilar y la sublingual. Las menores en número de 1500 a 2500 se encuentran distribuidas en la mucosa que recubre el paladar, carrillos, encías, piso de boca orofaringe y senos paranasales³.

Las glándulas salivales aparecen como una serie de lóbulos separados por tabiques de tejido conectivo y rodean la glándula por una cápsula del mismo tejido. Sus conductos excretores representan un sistema de arborización siendo los más periféricos los conductos intercalados, que drenan en los conductos estriados y finalmente en los conductos excretores. Estos últimos conductos, al igual que los estriados mayores, se encuentran en los tabiques conectivos intraglandulares. Los acinos glandulares se encuentran en una posición terminal en relación a los extremos de los conductos intercalados. Los acinos glandulares pueden ser de tres tipos: serosos, mucosos, seromucosos. Los serosos se encuentran formando la totalidad de la glándula parótida y de las glándulas menores localizadas en la lengua en relación a las papilas gustativas llamadas glándulas de Von Ebner. También en una proporción variable en la glándula submaxilar. Los acinos mucosos se encuentran

en la glándula submaxilar, sublinguales y en la mayoría de las salivales menores. Los seromucosos se localizan principalmente en la glándula sublingual y en las menores. En la parótida solamente hay acinos serosos, en la submaxilar serosos y mucosos, en la sublingual mucosos y seromucosos y en las salivales menores predominan los mucosos. Los conductos intercalados están formados por una capa de células cuboidales y se consideran como fuente de células de reserva que pueden transformarse y proliferar en células acinares, células de conductos intercalados o células mioepiteliales y por lo tanto ser capaces de producir y explicar las diversas estirpes celulares neoplásicas presentes en las glándulas salivales^{4,5,6,7}. Los conductos intercalados son de mayor tamaño en las glándulas serosas como la parótida, y quizá este fenómeno explique las neoplasias en mayor variedad y en mayor número en esta glándula. Los conductos estriados están formados por células columnares bajas o altas que tienen finas estriaciones en sus bases y a las cuales deben su nombre. Su función es el transporte de iones y agua modificando las cantidades de estas sustancias en la saliva. Los conductos excretores tienen un recubrimiento epitelial que varía de cuboidal a escamoso^{8,9,10}.

CLASIFICACION DE LOS TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE GLANDULAS SALIVALES

Los tumores primarios de las glándulas salivales, son los únicos tumores en cabeza y cuello cuya conformación celular puede ser de origen epitelial, glandular o mixto, con mayor porcentaje de origen epitelial^{1,2}. Las neoplasias de las glándulas salivales benignas y malignas se clasifican en la actualidad de acuerdo a la nomenclatura de la Organización Mundial de la Salud y considera el origen epitelial de la mayoría de estas lesiones de la siguiente manera^{1,2}.

1.- Benignos:

- Adenoma pleomórfico
- Adenoma monomórfico
- Tumor de Wartin
- Adenoma Oncocítico

2.- Otros tipos de Adenomas:

- Adenoma tubular
- Adenoma de células claras
- Adenoma de células basales
- Adenoma trabecular
- Adenoma sebáceo

3.- Malignos:

- Carcinoma Ex-adenoma pleomorfo
- Tumor mixto maligno
- Carcinoma mucoepidermoide (grado: bajo, intermedio, alto)
- Carcinoma adenoideo quístico
- Adenocarcinoma
- Carcinoma indiferenciado
- Tumor de células acinares
- Metastásicos.

FRECUENCIA

Constituyen del 2 al 5% de los tumores de cabeza y cuello y el 1% de todos los tumores¹¹. Esta incidencia es mayor entre la tercera y cuarta década de la vida, con predominio en mujeres. La incidencia de los diferentes tipos de tumores de las glándulas salivales es mayor en la glándula parótida (95%). La presentación de los tumores de las glándulas submaxilar es menor (10%) y los de la glándula sublingual son raros¹².

De acuerdo a Foote y Frazell en su revisión de 877 tumores de glándulas salivales solo encontraron cuatro casos en las glándulas menores. La incidencia de los tumores malignos en la glándula submaxilar, sublingual y menores es del 50% en comparación a la incidencia de los tumores benignos a nivel de la glándula parótida que es del 80%¹³.

CUADRO CLINICO

Los signos y síntomas observados son: masa tumoral evidente a la exploración, evolución de crecimiento rápido o lento, características de la masa como: consistencia, tamaño, localización, presencia de adenomegalias (local o regional), compromiso del nervio facial, dolor local o referido, drenaje de los conductos de Stenon y Warton, características de su secreción o tumefacciones a este nivel¹⁰.

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS

Los más utilizados en estos tumores son: sialografía, tomografía computarizada, biopsia por punción o incisional^{14,15}.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección en la mayoría de los tumores de glándulas salivales es la cirugía. Cuando existe compromiso de las glándulas salivales menores se efectúa resección quirúrgica amplia de la lesión, dependiendo de su localización (palatectomía, maxilectomía, hemiglosectomía)^{16,17}.

EPIDEMIOLOGIA DE LOS TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS A NIVEL MUNDIAL Y EN MEXICO

A nivel internacional de las lesiones benignas, el tumor más común es el adenoma pleomorfo (tumor mixto benigno) que representa el 65%, constituye el 77% de los tumores de la glándula parótida, 60% de los tumores de la glándula submaxilar y el 53% de las glándulas salivales menores en paladar. En orden de frecuencia le sigue el tumor de Warthin que representa el 6 a 10% de todos los tumores de la glándula parótida, alrededor del 12% son bilaterales. El oncocitoma constituye el 1% de todas las neoplasias de las glándulas salivales, luego por los adenomas monomorficos, adenoma sebáceo y otros. De las lesiones malignas, el carcinoma mucoepidermoide, es el más común de la glándula parótida y el segundo tumor maligno de la glándula submaxilar, después del adenoideoquístico, además constituye el 6 al 9% de todas las neoplasias de las glándulas salivales mayores y el 60 a 70% se ubican en la glándula parótida y luego en el paladar. El carcinoma cistadenoideo constituye aproximadamente el 6% de todas las neoplasias de las glándulas salivales, es la neoplasia más común de la glándula submaxilar y de las glándulas salivales menores, comprende el 30% de los tumores de las glándulas salivales menores y 2 al 14% de los tumores de la

glándula parótida y el 17 al 30% de los tumores de la glándula submaxilar. El carcinoma de células acinosas representa el 1% de todas las neoplasias y 2,5 a 4 % de los tumores de la glándula parótida. Otros tumores que se presentan en raras ocasiones como es el adenocarcinoma, que tiene predilección por las glándulas salivares menores, y luego por la glándula parótida. El carcinoma ex-adenoma pleomorfo y otras neoplasias malignas son raras. En los niños las tumoraciones benignas en orden de frecuencia son: hemangioma, tumor mixto maligno, proliferativo vascular, linfangioma, tumor linfoepitelial, cistadenoma, tumor de Warthin y otros. Los tumores malignos en orden de frecuencia en los niños son: carcinoma mucoepidermoide, carcinoma de células acinosas, carcinoma indiferenciado, adenocarcinoma, sarcoma indiferenciado, carcinoma extumor mixto, carcinoma, cistadenoideo¹.

En México Constantino y cols. (2000), realizaron una revisión de 9,639 biopsias de los archivos del servicio de Diagnóstico en Patología Bucal y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la UNAM de los años de 1962 a 1997, encontraron que el 6.1% correspondía a tumores de glándulas salivales, de los cuales 75 casos fueron neoplasias y de ellas 26 casos correspondieron a carcinomas. De los 26 casos el 50% fueron carcinomas mucoepidermoides, el 31% carcinomas adenoideoquísticos, 7.7% adenocarcinomas y 11.3% de otros carcinomas. Estos fueron más frecuentes entre la 5ta y 6ta década de la vida y se localizaron con mayor frecuencia en el paladar, luego el área retromolar y el piso de la boca. El promedio de edad fue 44.3 años y no se observó diferencia significativa por sexo (relación hombre: mujer 1.1:1)¹⁸.

En México José Luis BM y Cols. (1989), comunicaron 9 casos de tumores de glándulas salivales en pacientes de edad pediátrica, con predominio en el sexo femenino y el lado más afectado fue el lado derecho del cuello. El tumor mixto maligno fue el más frecuente con cinco casos, el resto fueron carcinoma de células acinares, epidermoide, un hemangioma y un hemolinfangioma¹⁹.

En un estudio realizado en E.U. por Bentz y cols. (2000), encontraron en un total de 324 casos de tumoraciones de glándulas salivales, 192 hemangiomas (59.2%), 89 linfangiomas (27,5%) y 43 masas sólidas (13.3%), no se encontró diferencia significativa entre la edad de presentación con respecto a los tumores benignos y malignos. El 61% de los tumores se encontraron en la glándula parótida, 18% en la submaxilar y 21% en las glándulas salivales menores. Las tumoraciones benignas encontradas fueron: pilomatrixomas (20.9%), adenoma pleomorfo (11.6%) y la tumoración maligna más común fue el carcinoma mucoepidermoide (9.3%) seguido por el rabdomiosarcoma (7%)²⁰.

OBJETIVOS

En pacientes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General “GGG” del Centro Médico Nacional “La Raza”, en la revisión histopatológica de cinco años:

Identificar la frecuencia de los tumores benignos y malignos de glándulas salivales mayores y menores.

Identificar la estirpe histológica más común de los tumores benignos y malignos de glándulas salivales mayores y menores.

Identificar las características demográficas de los pacientes con tumoraciones benignas y malignas de glándulas salivales mayores y menores.

MATERIAL Y METODOS

UNIVERSO DE TRABAJO

Se realizó un estudio clínico, transversal, retrospectivo, observacional, descriptivo de los reportes histopatológicos de los últimos 5 años de las muestras obtenidas mediante biopsia por punción, excisional o incisional de las glándulas salivales menores y mayores de pacientes que acudieron al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Dr. Gaudencio Gonzalez Garza Hospital General Centro Médico Nacional "La Raza" I.M.S.S. Se identificaron 37 pacientes, con una edad promedio 47 años y una Desviación Estándar (D.E) de 17.6, con mínimo de 4 años y un máximo de 77 años, de los cuales 24 (64.9%) fueron mujeres y 13 (35.1) hombres.

METODOLOGIA

Los reportes histopatológicos se obtuvieron del Departamento de Anatomopatología del Centro Médico Nacional "La Raza" de Enero de 1998 a Diciembre 2002, que correspondieron a tumoraciones de glándulas salivales mayores y menores enviados del Servicio de Otorrinolaringología. Los datos se concentraron en un formato especial (hoja de recolección de datos): nombre, filiación, sexo, edad, localización de la tumoración en la glándula parótida, submaxilar, sublingual (derecha, izquierda o bilateral), glándulas salivales menores (paladar, labio, orofaringe y otros), estirpe histológica (benigno, maligno, otro o no especificado).

Con los datos obtenidos se identificó la frecuencia de los tumores benignos y malignos de las glándulas salivales mayores y menores, la estirpe histológica más común y las características demográficas de los pacientes con tumoraciones de glándulas salivales mayores y menores.

RESULTADOS

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES

En el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico "La Raza", durante el periodo de Enero de 1998 a Diciembre de 2002 se enviaron en promedio un total de 37 muestras de pacientes con tumores benignos y malignos de glándulas salivales mayores y menores al Departamento de Anatomopatológica, los pacientes presentaron una edad promedio de 47, D.E. 17.5, de 4 a 77 años, la frecuencia por edad fue mayor en el grupo de 21 a 40 años (ver tabla 1), 24 mujeres (64.9%) y 13 hombres (35.1%). La frecuencia general de la estirpe histológica de los tumores, fueron 31(83.8%) benignos y 6 (16.2%) malignos (ver tabla 2). De la población en estudio 27 (73%) correspondieron a la glándula parótida, 8 (21.7%) a glándulas salivales menores y 2 (5.4) correspondieron a la glándula submaxilar. No se reportaron tumores de glándulas sublinguales.

TABLA 1. Frecuencia general por edad de los pacientes con tumores benignos y malignos de glándulas salivales mayores y menores.

EDAD	n	%
1 – 20	1	2.7
21 – 40	14	37.9
41 – 60	11	29.7
61 – 80	11	29.7
TOTAL	37	100

% porcentaje, n número absoluto

TABLA 2. Frecuencia de la estirpe histológica de los pacientes con tumores benignos y malignos de glándulas salivales mayores y menores.

	n	%
Benignos	31	83.8
Malignos	6	16.2
Total	37	100

% porcentaje, n número absoluto

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LOS TUMORES POR GLANDULAS SALIVALES MAYORES Y MENORES

La frecuencia de los tumores benignos y malignos de las glándulas salivales mayores y menores se muestran en la tabla 3 y 4.

TABLA 3. Frecuencia de los tumores benignos de glándulas salivales mayores y menores.

TUMORES BENIGNOS	PAROTIDA		SUBMAXILAR		GLANDULAS MENORES	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Adenoma pleomorfo	14	60.86	0	0	5	100
Tumor de Warthin	3	13.04	0	0	0	0
Adenoma monomorfo	2	8.69	0	0	0	0
Adenoma Oncocítico	0	0	0	0	0	0
Otros	4	17.39	2	100	0	0
TOTAL	23	100	2	100	5	100

% porcentaje, n número absoluto

TABLA 4. Frecuencia de los tumores malignos de glándulas salivales mayores y menores.

TUMORES MALIGNOS	PAROTIDA		SUBMAXILAR		GLANDULAS MENORES	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Carcinoma Mucoepidermoide	2	50	0	0	0	0
Carcinoma Adenoquístico	2	50	0	0	2	66.66
Adenocarcinoma	0	0	0	0	0	0
Exadenoma pleomorfo	0	0	0	0	0	0
Otro	0	0	0	0	1	33.33
Total	4	100	0	0	3	100

% porcentaje, n número absoluto

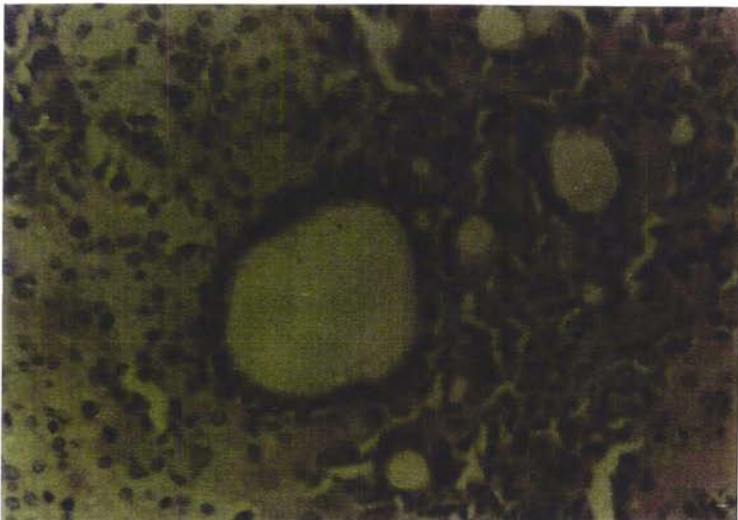
GLANDULA PAROTIDA

En los 37 pacientes con tumores benignos y malignos de glándulas salivales mayores y menores, 27 (73 %) correspondieron a la glándula parótida, con una edad promedio de 42 años y D.E de 17 (de 4 a 77 años), de los cuales 19 (70.4%) fueron del sexo femenino y 8 (29.7%) del sexo masculino. Veintitrés (85.2%) tumores fueron benignos y 4(14.9%) malignos, 18 (59.3%) se presentaron en el lado izquierdo, 10 (37%) se presentaron en el lado derecho y 1 (4%) fue bilateral. De acuerdo a la estirpe histológica de los tumores benignos 14 (60.9%) correspondieron a adenoma pleomorfo, 1(4.3%) adenoma monomorfo, 3 (13%) tumor de Warthin (ver figura 1), no se reporto el tipo oncocítico, sin embargo, 4 (17.4%) reportes histopatológicos con sospecha de tumores de glándulas salivales correspondieron a sialoadenitis crónica. Los tumores malignos reportados 2 (50%) fue mucoepidermoide (ver figura 2) y 2 (50%) fue del tipo adenoquístico.

FIGURA 1. Tumor de Warthin, biopsia por aspiración con aguja fina que muestra células eosinofílicas grandes con núcleo excéntrico.



FIGURA 2. Tumor mucoepidermoide, mezcla de patrón sólido y glandular con diferentes tipos de células.



GLANDULAS SALIVALES MENORES

De los 37 pacientes enviados con diagnóstico de tumoración benigna o maligna de glándulas salivales mayores o menores, se obtuvieron 8 (21.7%) casos con origen en glándulas salivales menores. La edad promedio fué de 71.5 años y una D.E de 0.7 (de 71 a 72 años), de los cuales 5 (62.5%) pertenecieron al sexo masculino y 3 (37.5%) al sexo femenino. Seis (75%) fueron benignos y 2 (25%) malignos. Los 6 tumores benignos correspondieron a adenoma pleomorfo y los dos tumores malignos uno correspondió a carcinoma adenoquístico y el otro a carcinoma epidermoide. Por localización 5 tumores se presentaron en paladar y 3 en carrillo.

GLANDULA SUBMAXILAR

De los 37 pacientes con tumores benignos y malignos de glándulas salivales mayores y menores se reportaron 2 (5.4%) tumores de glándula submaxilar, con una edad promedio de 54 años y D.E de 16 (de 27 a 75 años), ambos del sexo femenino. Los dos con sospecha de tumor benigno correspondieron a sialoadenitis crónica y ambos se presentaron en el lado izquierdo. No se reportaron tumores benignos o malignos en este estudio.

DISCUSION

El propósito de éste estudio fue identificar la frecuencia y estirpe histológica y características demográficas de los pacientes con tumores benignos y malignos de glándulas salivales mayores y menores del Servicio de Otorrinolaringología, a partir de los reportes histopatológicos de los últimos 5 años.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES

En nuestra población de estudio la edad promedio de los sujetos fue de 47 años con D.E. 17.6 (de 4 a 77 años). Los tumores fueron más frecuentes en el sexo femenino con 24 (64.9%) y en el sexo masculino con 13 (35.1%). La frecuencia de acuerdo a la estirpe histológica en general fue de 31 (83.8%) benignos y 6 (16.2%) malignos. De los 37 pacientes, 27 (73%) correspondieron a la glándula parótida, 8 (21.7%) a las glándulas salivales menores y 2 (5.4%) a la glándula submaxilar, no se reportaron tumores de glándula sublingual. Nuestros resultados son acordes a lo registrado en la literatura mundial, al encontrar que los tumores benignos son los más frecuentes hasta en el 80% y con predominio en la glándula parótida desde el 75 al 86%, seguido de las glándulas salivales menores 18.9%, y la glándula submaxilar 13.3%^{11,12}. En relación a la literatura latinoamericana encontramos que nuestros hallazgos son similares, en Venezuela, García y cols (2000)²², la edad promedio de los pacientes fue de 48.08 años, con una frecuencia de patología benigna del 73.9%, en relación al sexo fue diferente debido a que la afección fue similar en ambos sexos, 12 (52.1%) femeninos y 11 (47.8%) masculinos y en nuestro estudio predominó en el sexo femenino. En otro estudio realizado en Cuba,

Pérez y cols (2000)²³, encontraron en 81 pacientes una edad promedio de 50 años (de 15 a 83), de los cuales 49 (60%) fueron mujeres y 32 (40%) hombres, que coinciden con nuestros hallazgos. Sin embargo, en el orden de la presentación de los tumores en la glándulas salivales el orden de frecuencia fue diferente a nuestros hallazgos ya que en el estudio de García y cols²² y Pérez y cols²³ reportan en primer lugar afección de la glándula parótida, luego la submaxilar, salivales menores y ninguna en la sublingual y en nuestro estudio se encontró afección de la parótida, salivales menores, submaxilar y ninguna en la sublingual que coincide con lo reportado a nivel mundial^{11,12}.

GLANDULA PAROTIDA

En este estudio la glándula parótida fue la más afectada con 14 casos 72.97%, similar a lo reportado en la literatura mundial con un 80%¹¹, y por García y cols (2000)²² con un 60.8% y por Pérez y cols (2000)²³ con un 84%, en relación al lado más afectado en nuestro estudio fue el izquierdo, hecho que no ocurre en el estudio realizado por Pérez y cols (2000)²³. El tumor benigno más frecuente fue el adenoma pleomorfo con 14 (60.8%) y de los malignos fue el mucoepidermoide 2 (50%) que concuerda con los hallazgos de García y cols (2000)²².

GLANDULAS SALIVALES MENORES

La cavidad bucal es el sitio de localización más frecuente de tumores de glándulas salivales menores y los sitios donde se presenta en orden de frecuencia es: el paladar, carrillos y piso de boca^{1,2}. De las variedades malignas el tumor más frecuente es el carcinoma

adenoquístico (40%), seguido por el carcinoma mucoepidermoide (10%)¹. En un estudio realizado en México por Montes y cols (2000)¹⁸, encontró que el tumor maligno más frecuente de glándulas salivales menores fue el carcinoma mucoepidermoide (50%), luego el carcinoma adenoquístico (31%). En nuestro estudio encontramos que el sitio principal de afección fue el paladar y al carcinoma adenoquístico como el más frecuente (66.66%), similar a lo reportado en la literatura mundial pero diferente a los hallazgos reportados por Montes y cols¹⁸.

GLANDULA SUBMAXILAR

Encontramos que la glándula submaxilar fue el tercer grupo de glándulas más afectado con 5.40%, y en los estudios realizados por Garcia y cols (2000)²² la reportan en segundo término con 39.13% y Perez y cols (2000)²³ la reportan también en segundo término con 16%. En nuestro estudio el lado más afectado fue el izquierdo y en el realizado por Perez y cols²³ el lado más afectado fue el derecho. No encontramos tumores benignos y malignos en este estudio como deberíamos de esperar que se encontrara el adenoma pleomorfo de los benignos y de los malignos el mucoepidermoide como se encuentra reportado en la literatura, por el contrario sólo se reportaron dos procesos inflamatorios de dichas glándulas.

CONCLUSIONES

Los pacientes con tumores benignos y malignos de las glándulas salivales mayores y menores presentaron una edad promedio de 47 años (D.E. 17.56), de 4 a 77 años y con predominio en el sexo femenino (64.86%).

La frecuencia de tumores de glándulas salivales mayores en nuestro servicio constituye el 78.37% y de las menores el 21.62%.

Los tumores benignos representaron el 83.78% y los malignos el 16.21%. La glándula más afectada fue la parótida 72.97%, seguida de las glándulas menores con 26.62% y la submaxilar con 5.40%.

El tumor benigno predominante fue el adenoma pleomorfo y de los tumores malignos fue el adenoquístico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Michael EJ, Nathan EN. Tumores de las glándulas salivales. En Paparella Michel M. Otorrinolaringología. Panamericana: México 1994:2451-2461.
- 2.- Larry JS. Glándulas salivales: Enfermedades benignas y malignas. En: Lee K.J Essential Otolaryngology, Head and Neck Surgery. Mc Graw-Hill Interamericana: México 2002:541-545.
- 3.- David WE, Michel EJ. Salivary gland neoplasms. En: Byron J. Bailey. Head and neck surgery otolaryngology. Lippincott Williams and Wilkins: U.S.A 2001: 1279-1297.
- 4.- Ernest EE, Upton MP. Histopathologic review of salivary gland tumors in childhood. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1988;114:898-905.
- 5.- Amstrong JG, Harrison LB, Spiro RH et al. Malignant tumors of major salivary gland origin. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1990;116:290-293.
- 6.- Batsakis JG, Luna MA. Pathology consultation histopathologic grading of salivary gland neoplasms: I. Mucoepidermoid carcinomas. Ann Otol Rhinol Laryngol 1990;99:835-838.
- 7.- Batsakis JM, Luna MA, El-Naggar AK. Pathology consultation histopathologic grading of salivary gland neoplasms: II. Acinic cell carcinomas. Ann Otol Rhinol Laryngol 1990;99:929-933.
- 8.- Luna MA, Batsakis JM, El-Naggar AK. Pathology consultation salivary gland tumors in children. Ann Otol Rhinol Laryngol 1991;100:869-871.
- 9.- Byrne MN, Spector JG, Garvin CF. Preoperative assement of parotid masses: a comparative evaluation of radiologic techniques to histopathologic diagnosis. Laryngoscope 1989;99:284-292.

- 10.- Matsuba HM, Thawley SE, Simpson JR et al. Adenoid cystic carcinoma of major and minor salivary gland origin. *Laryngoscope* 1984;94:1316-1318.
- 11.- Poulsen P, Jorgensen K, Grontued A. Benign and malignant neoplasms of the parotid gland: incidence and histology in the Danish country of funen. *Laryngoscope* 1987;97: 102-104.
- 12.- Cohen MB, Jung BM, Boles R. Salivary gland tumors. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg* 1986;112:867-869.
- 13.- Diamant H. Tumors of the parotid gland. *Revue de Laryngologie Otologie Rhinologie* 1982;103:93-95.
- 14.- Jungehulsing M, Fischbach R, Schroder U et al. Magnetic resonance sialography. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998;107:530-535.
- 15.- Rice DH, Mancuso AA, Hanafee WN. Computerized tomography with simultaneous sialography in evaluating parotid tumors. *Arch Otolaryngol* 1980;106:472-473.
- 16.-Matsuba HM, Thawley SE, Devineni VR et al. High-grade malignancies of the parotid gland: effective use of planned combined surgery and irradiation. *Laryngoscope* 1985;95:1059-1063.
- 17.- Simpson JR, Matsuba HM, Thawley SE et al. Improved treatment of salivary adenocarcinomas: planned combined surgery and irradiation. *Laryngoscope* 1986;96:904-907.
- 18.- Montes CL, Ortiz MG. Malignant salivary gland tumors. *Rev Inst Nal Cancerol* 2000;46:167-170.
- 19.- Muzquiz JB, Ruíz JP, Hernandez OA y Cols. Tumores de glándulas salivales en niños. *Rev Med IMSS* 1982;20:145-148.
- 20.- Bentz BG, Hughes CA, Ludemann SP et al. Masses of the salivary gland region in children. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg* 2000;126:1435-1439.

- 21.- Diccionario terminológico de ciencias medicas. España. Salvat. 1982:1206.
- 22.- Garcia S, Rodriguez MM, Vargas S y Cols. Patplogía tumoral de las glándulas salivales mayores experiencia del hosítal "Dr. Domingo Luciani". Acta otorrinolaringologica 2000; 12: 1- 5.
- 23.- Perez EA, Orduñez PG, Cruz AL. Tumores de glándulas salivales. Nuestra experiencia. Rev Cubana de Estomatol 2000; 37: 89-94.
- 24.- Pinkston J, A cle P. Incidence of salivary gland tumor result from a population based study. Otolaryngol Head and Neck Surg 1999; 120: 834-840.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA