



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza

Tumores Malignos de Parotida  
5 años Experiencia

TESIS

de posgrado que para obtener el título de

Especialista en Cirugía General

Presenta:

Dr. Jesús Lazcano Meneses

Asesor:

Dr. Jesús Arenas Ozuna

México D.F. Junio 2001.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

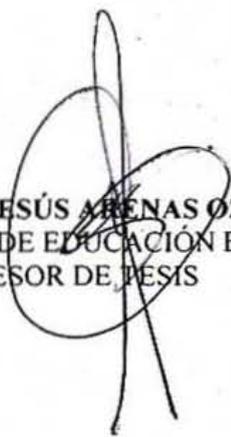
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

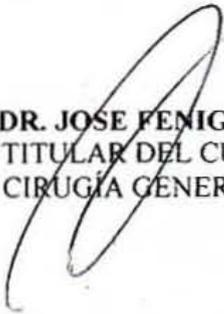
# TUMORES MALIGNOS DE PAROTIDA

No. REGISTRO

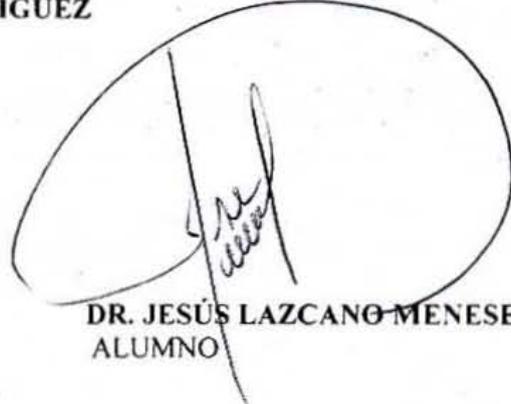
976900056



**DR. JESÚS ARENAS OZUNA**  
JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA  
Y ASESOR DE TESIS



**DR. JOSE FENIG RODRÍGUEZ**  
TITULAR DEL CURSO  
CIRUGÍA GENERAL



**DR. JESÚS LAZCANO-MENESES**  
ALUMNO

## DEDICATORIA

A mis padres:

Por su apoyo y amor ya que sin él no hubiera sido posible este sueño realizado.

A mi esposa:

Profundamente gracias por el amor que siempre me regalas y me invita a seguir adelante.

A mis hijos.

Con todo mi amor por ser la razón de mi vida y de mi existencia.

A mis amigos:

Gracias por su apoyo incondicional, y por la chispa grata de nuestra amistad.

A el Dr. Jesús Arenas Ozuna:

Por su enseñanza y disciplina.

## ÍNDICE:

1. ....PRESENTACIÓN.
2. .... RESUMEN ESPAÑOL-INGLES
4. ....INTRODUCCIÓN.
5. ....MATERIAL Y MÉTODOS.
6. ....RESULTADOS.
7. ....DISCUSIÓN.
- 10.....CONCLUSIONES.
- 11.....REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.
- 14.....DEDICATORIA.

**RESUMEN.. ESPAÑOL E INGLES.**

**TITULO:** TUMORES MALIGNOS DE PAROTIDA. 5 CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO LA RAZA .....

**OBJETIVO:**

Los tumores malignos de la parótida ocupan menos del 4% de los tumores de las glándulas salivales. El tratamiento indicado para estos tumores es la parotidectomía total. El objetivo fue conocer la frecuencia, la metodología de estudio y tratamiento de las neoplasias de la glándula parótida en nuestro Hospital.

**MATERIAL Y METODOS:**

Nuestro estudio es retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo y abierto, Buscamos identificar los casos de tumores de la glándula parótida en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza con reporte histopatológico de malignidad, de donde registramos las variables: edad, sexo, antecedentes de tabaquismo, alcoholismo y exposición a radiaciones, signos y síntomas pivote, estudios diagnósticos preoperatorios, diagnóstico presuncional, lado afectado, tratamiento quirúrgico, hallazgos quirúrgicos, reporte definitivo de histopatología y tiempo de seguimiento postoperatorio.

**RESULTADOS:**

De 1992 a 1997 fueron operados 19 pacientes con tumor maligno de parótida, 11 hombres y 8 mujeres, entre 19 y 71 años. 12 (63.15%) con antecedentes positivos de tabaquismo y 8 (42.10 %) de alcoholismo. Sólo 3 (15.78%) pacientes con exposición previa a radiación. En ningún caso hubo compromiso del nervio facial o dolor. A 2(10.5%) se les realizó Biopsia por aspiración con Aguja Fina y en los dos casos el reporte fue negativo a malignidad. A los 19 pacientes (100%) se les realizó Parotidectomía superficial y el reporte histopatológico fue: carcinoma de parótida en 5 casos (26.3%), 5(26.3%) de carcinoma mucoepidermoide, 2(10.5%) de carcinoma mixto maligno, 2 adenocarcinomas, 2 linfopiteliomas y 2 no eran clasificables, sólo uno(5.2%) de cistadenoma papilar.

**CONCLUSIONES:**

El manejo quirúrgico de los tumores malignos de parótida que se realiza en nuestro hospital es optimo y brinda excelentes resultados en morbi-mortalidad, a un seguimiento de 3 años.

**PALABRAS CLAVES:**

Parótida, parotidectomía, carcinoma, mucoepidermoide, adenocarcinoma, y nervio facial.

**TITLE:** MALIGNANCES PAROTID TUMORS. 5 FIVE YEARS OF EXPERIENCE IN THE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO LA RAZA.

**OBJECTIVE:**

The wicked tumors of the parotid occupy less than 4% of the tumors of the salivary glands. The suitable treatment for these tumors is the total parotidectomy.

The objective was to know the frequency, the study methodology and treatment of the neoplasias of the parotid gland in our Hospital.

**MATERIAL AND METHODS:**

Our study is retrospective, observational, traverse, descriptive and open, we Look for to identify the cases of tumors of the gland parótida in the Hospital of Specialties of the Medical Center The Race with histopatology report of malignancy, of where we register the variables: age, sex, smoke antecedents, alcoholism and exhibition to radiations, signs and symptoms pivot, studies diagnoses preoperatives, presuntive diagnosis, affected side, surgical treatment, surgical discoveries, histopathology report definitive and time of postoperative pursuit.

**RESULTS:**

Of 1992 at 1997 19 patients were operated with wicked tumor of parotid, 11 men and 8 women, between 19 and 71 years. 12 (63.15%) with positive smoke antecedents and 8 (42.10%) of alcoholism. Only 3 (15.78%) patient with previous exhibition to radiation. In any case there were commitment of the facial nerve or pain. To 2(10.5%) they were carried out Biopsy by aspiration with Fine Needle and in the two cases the report went negative to malignancy. To the 19 patients (100%) they were carried out parotidectomy superficial and the histopathology report it was: carcinoma in 5 cases (26.3%), 5(26.3%) of carcinoma mucoepidermoide, 2(10.5%) of wicked mixed carcinoma, 2 adenocarcinomas, 2 linphoepiteliomas and 2 were not classifiable, only one (5.2%) of papylar cistodenoma.

**CONCLUSIONS:**

The surgical handling of the wicked parotid tumors that is carried out in our hospital is good and it offers excellent results in morbi-mortality, to a 3 year-old pursuit.

**KEY WORDS:**

Parotida, parotidectomy, cancer mucoepidermoide, adenocarcinoma, Nerve facial.

## INTRODUCCIÓN

Las neoplasias de las glándulas salivales comprenden menos del 3% de todos los tumores de cabeza y cuello y se caracterizan por su gran variedad de subtipos histológicos. El 73% de todos los tumores de glándulas salivales ocurren en la parótida.(3). El 90% de los tumores de la glándula parótida son benignos, y el 85% de éstos son adenomas pleomórficos (4). El carcinoma de la parótida es una entidad poco común que ocupa menos del 1% de todas las neoplasias malignas, y menos del 10% de las neoplasias de cabeza y cuello diagnosticadas en un año (2,3) El 68% de los carcinomas de las glándulas salivales corresponden a la parótida (2). La etiología no ha sido aún bien determinada. El único factor de riesgo bien documentado para cáncer de las glándulas salivales son las radiaciones ionizantes. (2,4,5) La distribución por grupos de edad nos señala la sexta y séptima décadas de la vida como las de mayor incidencia (4) Al momento de su primera evaluación clínica la mayoría de los pacientes con tumores parotídeos se presentan con una masa indolora; también pueden debutar como una masa parafaríngea, en relación con tumoraciones del lóbulo profundo (2,4) La parálisis del nervio facial se encuentra en el 15% de los casos con cáncer parotídeo, pero el síntoma que más sugiere malignidad es el dolor persistente (6) El único tumor que se presenta bilateralmente es el adenolinfoma (4). El diagnóstico es clínico y el papel de la biopsia por aspiración no se ha definido por completo. El dilema radica en el temor a la hemorragia, a la lesión del nervio facial, a la siembra de células tumorales en el trayecto de la aguja, a la falla en la confiabilidad del diagnóstico acertado, así como el hecho de que sea cual fuere el resultado el tratamiento no se modificara drásticamente. (7,8,9). El tratamiento habitual es la excisión quirúrgica, esto en relación con el hecho de que el 90% de los tumores de la parótida ocurren en el lóbulo superficial por lo que el procedimiento para todos ellos es esencialmente el mismo: parotidectomía superficial con preservación del nervio facial y la mayoría de los tumores del lóbulo superficial son adenomas pleomórficos que pueden ser resecados con un relativo pequeño margen de tejido normal (4). Los tumores con una particular predilección para invasión neural, tal como el adenocarcinoma quístico y el carcinoma adenoideo indiferenciado, comúnmente requieren la resección del nervio facial si se encuentra envuelto por tumor.(4). El uso de radioterapia adyuvante en el manejo de los tumores de glándulas salivales está limitada por la reputación de que son radiorresistentes(10) por lo que su utilidad en los tumores de la parótida también se encuentra limitada y se utiliza en los casos en que existe invasión a los tejidos cercanos(3,10) La disección radial de cuello está indicada cuando existe evidencia clínica de metástasis regional(3) La quimioterapia no tiene utilidad en estos tumores.

**MATERIAL Y METODOS:**

Para llevar a cabo nuestro estudio retrospectivo, observacional, transversal, y descriptivo, decidimos revisar los expedientes clínicos de los últimos 5 años de aquellos pacientes que fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos de la glándula parótida, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza. Identificamos los casos de ambos sexos, entre 16 y 80 años de edad, con reporte histopatológico de malignidad y que contaran con un expediente clínico completo. No incluimos aquellos que estuvieron fuera de los límites de edad, que no contaran con expediente clínico completo por falta de reporte de histopatología o con tumores benignos.

Para encontrar los casos revisamos las hojas de alta del servicio de cirugía general y los reportes definitivos de estudios histopatológicos en los años estudiados, del servicio de Patología. Posteriormente solicitamos al archivo los expedientes identificados de donde registramos las variables: edad, sexo, antecedentes de tabaquismo, alcoholismo y exposición a radiaciones, signos y síntomas pivote, estudios diagnósticos preoperatorios, diagnóstico presuncional, lado afectado, tratamiento quirúrgico, hallazgos quirúrgicos, reporte definitivo de histopatología y tiempo de seguimiento postoperatorio.

Finalmente realizamos el análisis de la información estadística descriptiva.

**RESULTADOS:**

Después de revisar los expedientes de los años 1992 a 1997, de aquellos pacientes que fueron operados de la glándula parótida, en nuestro hospital, encontramos que solo 19 casos tenían su expediente clínico completo y con diagnóstico de neoplasia maligna. De estos, 11 hombres y 8 mujeres, con edades entre 19 y 71 años (media de 45 años), y edad promedio 50.7 años. 12 (63.15%) con antecedentes positivos de tabaquismo y 8 (42.10 %) de alcoholismo. Sólo 3 (15.78%) pacientes habían recibido exposición a radiación durante la niñez. Ninguno tenía antecedente de traumatismo. El tiempo de evolución de aparición de sintomatología atribuible a la tumoración, hasta que el paciente acudió a solicitar atención médica, oscila entre 6 meses y 15 años con una media de 87 meses de evolución, en promedio 64.34 meses. Al momento de acudir a consulta los pacientes presentaban un tumor parotideo que media entre 2 cm. y 7 cm. y en promedio 3.97 cm. En ningún caso se presentó compromiso del nervio facial, al igual que tampoco manifestaban dolor facial. Los diagnósticos clínicos de presunción antes de la cirugía fueron: 15(78.94 %) calificados como Cáncer de parótida, 3(15.7%) como adenoma pleomórficos, 2(10.5%) casos de catalogados de Carcinoma Mucoepidermoide y sólo en uno no se tenía diagnóstico presuncional. De los 19 casos únicamente en 2(10.5%) se realizó Biopsia por aspiración con Aguja Fina y en los dos casos el reporte fue negativo a malignidad. A 16(84.2%) se les realizó placa simple de cráneo y todas fueron normales. El ultrasonograma se realizó a 10 de los 19 pacientes (52.6%), y todos con reporte de una tumoración ecodensa, hiperecólica o sólida. A los 19 pacientes (100%) se les realizó Parotidectomía superficial y la pieza se envió a estudio histopatológico con reportes de: carcinoma de parótida en 5 casos (26.3%), 5(26.3%) de carcinoma mucoepidermoide, 2(10.5%) de carcinoma mixto maligno, 2 adenocarcinomas, 2 linfoepiteliomas y 2 no eran clasificables, sólo uno(5.2%) de cistodeno papilar. De los 19 tumores, 12 se localizaban en el lado izquierdo(63.15%) y 7(36.8%) en el lado derecho. En 17 casos (89.47%) el diagnóstico preoperatorio de malignidad coincidió con el reporte definitivo. Los otros 2 se habían catalogado como benignos. En ninguno de los casos se dio tratamiento complementario con quimioterapia o radioterapia.

## DISCUSION:

El cáncer de parótida es una entidad poco frecuente que ocupa menos del 1% de todas las neoplasias, el 68% de los carcinomas de las glándulas salivales y menos del 10% de las de cabeza y cuello (5). Se menciona una pequeña diferencia de predominio en el sexo femenino en la séptima década de la vida (5) y dependiendo del tipo histológico se reporta una mayor incidencia en hombre de hasta 3:1 (7). Nosotros encontramos una ligera incidencia de predominio en hombres sin que esto tenga algún significado. Igual ocurrió con la edad de presentación donde coincide con lo reportado. Los carcinomas se presentan raramente en el grupo de menos de 0 a 20 años, se eleva en la tercera década de la vida para llegar a su pico máximo de presentación en la séptima década(5). En nuestro estudio el paciente más joven tenía 19 años y el más viejo 71.

La etiología no ha sido bien determinada. El único factor documentado de riesgo para cáncer de glándulas salivales, son las radiaciones ionizantes (1,6,5,11). Otra asociación referida por otros autores ( 16 ) es el antecedente de cáncer de piel en hombres.

Se acepta en la literatura que el alcohol o el tabaco no tienen efecto sobre la frecuencia de neoplasias malignas de parótida, esto difiere con nuestros hallazgos donde la mitad de nuestros pacientes tenían positivo el antecedente de tabaquismo y la ingesta de alcohol, aunque si se a reportado una relación con tumores benignos (11).

De los casos reportados en 3 se comprobó el antecedente de radiación; que es el único factor bien documentado de relación con la presencia de cáncer de parótida; 2 tenían ambos antecedentes sincrónicos. Aunque solo 1 paciente con carcinoma tenía ambos antecedentes, nos llama la atención esta relación, que como menciona Spitz (17) es importante indagar más a fondo.

Spitz y sus colaboradores (17) encontraron que la mayoría de los pacientes acudían a solicitar la atención médica después de varios años de evolución ( de pocos meses a 30 años), un promedio de 3 años; muy acorde con nuestros resultados donde el rango de tiempo de evolución fue de 6 meses a 15 años y el promedio de 5 años. Esto nos habla de que los pacientes evolucionan con el problema seguramente por la escasez de síntomas.

La mayoría de los pacientes con tumores parotídeos presentan una masa indolora, de consistencia firme (1). La parálisis del nervio facial se encuentra en 15% de los casos con cáncer parotídeo, pero el síntoma que mas sugiere malignidad es el dolor persistente ( 3 ). Nuestros pacientes nunca manifestaron dolor o no se consignó en su evaluación clínica, sin embargo tampoco presentaban compromiso del nervio facial.

Los tumores de parótida son unilaterales , sin predominio de algún lado, aunque en nuestro reporte 7 estaban del lado derecho y 12 del izquierdo. La consistencia de las tumoraciones no ofreció ningún apoyo para el diagnóstico presuntivo de benignidad o malignidad y en la literatura no se reporta algo al respecto.

La utilidad de los estudios paraclínicos como apoyo diagnóstico de las masas tumorales, se encuentra bien delineada en los artículos de Atula, Cristallini, Cyetinovic, Megerian y Zafar (2,4,5,9,15). De nuestros pacientes, 10 ( %) fueron evaluados por USG previo a la cirugía, encontrando una sensibilidad y especificidad de 100 y 83% respectivamente, que concuerda con el estudio de Atula (2).

El papel de la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), en el diagnóstico de neoplasias de parótida, no se a definido por completo. El dilema está en varios puntos, quizá los mas importantes sean: el temor a la hemorragia, a la lesión del nervio facial, a la siembra de células tumorales en el trayecto de la aguja, la falla en la confiabilidad en el diagnóstico acertado, así como el hecho de que cualquiera que fuese el resultado, el tratamiento no se modificará dramáticamente ( cirugía ). Para la mayoría, lo anterior continúa siendo debatible, aún teniendo los reportes de estudios como Atula (2), Zafar (15), quienes en sus trabajos tiene cifras de diagnóstico certero para malignidad por arriba del 77% y del 80%. En nuestro estudio solo en 2 de nuestros pacientes se realizó toma de BAAF con un reporte negativo a malignidad. Uno de los requisitos para obtener mejores resultados (por arriba del 90%) con el BAAF, es el que menciona Zafar (15): La especialización de quien interpreta las muestras. La dificultad para diferenciar algunos tumores entre si y que resulta en falsos positivos o negativos, a sido reportada por múltiples autores. En los trabajo de Atula y Zafar-(2,15) se efectúa un análisis de las características histológicas de los tumores encontrados por ellos y se mencionan aquellas que son causa de confusión. No encontramos ninguna complicación consecuencia de la BAAF acorde a lo esperado y reportado en la literatura, se coincidió en catalogar al procedimiento como seguro, simple, rápido, barato y que no requiere de anestesia local; esto nos puede ayudar a establecer un plan quirúrgico mas específico como sería el considerar el sacrificio del nervio facial y pensar en su reparación en la misma cirugía; además de poder incluir aquellos pacientes que con una lesión benigna no se encuentran en condiciones de ser llevados a cirugía.

La clasificación por tipos histológicos de los tumores parotídeos se a modificado con el tiempo. De todas la neoplasias parotídeas, el 70 al 90% son benignas (21, 8) y un 15% malignas. En el caso de las neoplasias malignas el tipo histológico mas frecuentemente depende de la referencia bibliográfica.

Eveson (18) reporta el CA mucoepidermoide, mientras Chidzonga (19) refiere el carcinoma adenoideo quístico en tanto menciona el melanoma metastásico y el CA de células escamosas. Para nosotros el tumor más frecuente es el carcinoma epidermoide y el mucoepidermoide.

En el manejo quirúrgico de los tumores parotídeos, todos los autores coinciden que es la parotidectomía, con algunas de sus variantes (5,13,14,17).

El 90% de todos los tumores parotídeos se presentan en el lóbulo superficial y el manejo es esencialmente el mismo –parotidectomía superficial con preservación del nervio facial (5).

En algunos casos se menciona la indicación de radioterapia postoperatoria dependiendo de varios factores. El carcinoma mucoepidermoide de alto grado, el adenocarcinoma, tumor mixto maligno, carcinoma adenoideo quístico, la invasión perineural, ganglios positivos o la invasión de la piel, son 5% para los tumores mixtos; la sobrevida a 5 años es de 95% para el carcinoma mucoepidermoide de bajo grado, 75% para el adenoideo quístico y del 50 % para el mucoepidermoide de alto grado así como el tumor mixto maligno (5,13,14,17).

La disección radical de cuello electiva se efectúa en lesiones de alto grado: tumor mixto maligno, carcinoma mucoepidermoide, indiferenciados o adenoideo quístico (25).

El empleo de parotidectomía total y radioterapia postoperatoria a sido analizada en otros estudios, Sykes (13) la menciona como altamente eficaz en el control de tumores malignos y Toonkel (14) reporta un excelente rango de control y sobrevida a 5 años con radioterapia postoperatoria.

La indicación de quimioterapia en estos tumores está bien delimitada, con su empleo en la paliación de la recurrencia (20,21).

La preservación del nervio facial es un aspecto importante de la cirugía de parótida. Las posibilidades de lesión del mismo tienen una relación directa con la extensión de la cirugía si se tiene que abordar el lóbulo profundo de la parótida o realizar disección radical de cuello y la presencia de cirugía anterior (3)

Las recurrencias pueden ser prevenidas si se realiza una adecuada excisión tumoral y se acompaña de radioterapia postoperatoria (21). En ninguno de nuestros pacientes se encontró recurrencia en el periodo de seguimiento, que fue de 6 meses a 3 años, con promedio de 16 meses. Lo reportado en la literatura es muy variable, con periodos que van de 16 a 34 meses en promedio (6,19).

A ninguno de nuestros pacientes se le aplicó quimioterapia o radioterapia postoperatoria. Hasta el momento de nuestro estudio no se sabía de ninguna recurrencia.

**CONCLUSIONES:**

El manejo quirúrgico de los tumores malignos de parótida que se realiza en nuestro hospital es óptimo y brinda excelentes resultados en morbi-mortalidad, a un seguimiento de 3 años. El tratamiento integral de nuestros pacientes con cáncer de parótida no es acorde con la literatura porque no utilizamos radioterapia adyuvante.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS POR ORDEN ALFABETICO.

- 1: Akguner M, Barutcu A, Kilicalp A.  
Malignant mixed tumor of the parotid with myoepithelial carcinomatous and papillary adenocarcinomatous components.  
Ann Plast Surg. 1997 Dec;39(6):656-8.
  
- 2: Atula T, Greenman R, Laippala P, Klemi PJ.  
Fine-needle aspiration biopsy in the diagnosis of parotid gland lesions: evaluation of 438 biopsies.  
Diagn Cytopathol. 1996 Sep;15(3):185-90.
  
- 3: Bron LP, O'Brien CJ.  
Facial nerve function after parotidectomy.  
Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1997 Oct;123(10):1091-6.
  
- 4: Cristallini EG, Ascani S, Farabi R, Liberati F, Maccio T, Peciarolo A, Bolis GB.  
Fine needle aspiration biopsy of salivary gland, 1985-1995  
Acta Cytol. 1997 Sep-Oct;41(5):1421-5.
  
- 5: Cvetinovic M, Stosic S, Jovic N.  
How we have treated parotid gland tumors.  
Vojnosanit Pregl. 1997 Jul-Aug;54(4 Suppl):45-52.
  
- 6: Garden AS, el-Naggar AK, Morrison WH, Callender DL, Ang KK, Peters LJ.  
Postoperative radiotherapy for malignant tumors of the parotid gland.  
Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1997 Jan 1;37(1):79-85.
  
- 7: Ikarashi F, Nakano Y, Nonomura N, Kawana M.  
Radiological findings of adenolymphoma (Warthin's tumor).  
Auris Nasus Larynx. 1997 Oct;24(4):405-9.
  
- 8: Klumpp TR, Mohr RM, Silverman CL, Tang CK, Elfenbein IB, Dardick I.  
Malignant myoepithelioma of the parotid gland: case report and review of the literature.  
J Laryngol Otol. 1995 Oct;109(10):995-8. Review.
  
- 9: Megerian CA, Maniglia AJ.  
Parotidectomy: a ten year experience with fine needle aspiration and frozen section biopsy correlation.  
Ear Nose Throat J. 1994 Jun;73(6):377-80.
  
- 10: Pahl S, Puschel W, Federspil P.  
Cystadenoma of the parotid gland with unusual prominent lymphoid stroma.  
J Laryngol Otol. 1997 Sep;111(9):883-5.
  
- 11: Pinkston JA, Cole P.  
Cigarette smoking and Warthin's tumor.  
Am J Epidemiol. 1996 Jul 15;144(2):183-7.

- 12: Plambeck K, Friedrich RE, Schmelzle R.  
Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin: classification,  
clinical-pathological correlation, treatment results and long-term follow-up in 55 patients.  
*J Craniomaxillofac Surg.* 1996 Jun;24(3):133-9.
- 13: Sykes AJ, Logue JP, Slevin NJ, Gupta NK.  
An analysis of radiotherapy in the management of 104 patients with parotid carcinoma.  
*Clin Oncol (R Coll Radiol).* 1995;7(1):16-20.
- 14: Toonkel LM, Guha S, Foster P, Dembrow V.  
Radiotherapy for parotid cancer.  
*Ann Surg Oncol.* 1994 Nov;1(6):468-72.
- 15: Zafar A, Shafi M, Hassan SH, Malik S.  
Fine needle aspiration cytology in parotid lumps.  
*J Pak Med Assoc.* 1997 Jul;47(7):188-90.
- 16: Spitz MR, Sider JG, Newell GR. Salivary gland cancer and risk of subsequent skin cancer.  
*Head Neck* 1990 May-Jun;12(3):254-6.
- 17: Spitz MR, Fueger JJ, Gopfert H, Newell GR. Salivary gland cancer. A case-control investigation of risk factors.  
*Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990 Oct;116(10):1163-6.
- 18: Eveson JW. Troublesome tumours 2: borderline tumours of salivary glands.  
*J Clin Pathol* 1992 May;45(5):369-77
- 19: Chidzonga MM, Lopez Perez VM, Portilla Alvarez AL. A clinicopathologic study of parotid gland tumors.  
*J Oral Maxillofac Surg* 1994 Dec;52(12):1253-6
- 20: Myers EN, Robbins KT, Suen JY.  
Bilateral parotid neoplasms.  
*Head Neck.* 1994 Nov-Dec;16(6):598-602.
- 21: Marandas P, Dharkar D, Davis A, Leridant AM, Pacheco Ojeda L, Micheau C, Wibault P, Schwaab G.  
Malignant tumours of the parotid: a study of 76 patients.  
*Clin Otolaryngol.* 1990 Apr;15(2):103-9.

2--La frecuencia de los tumores de parótida es rara en relación con otros tipos de tumores.

Los tumores malignos ocupan menos del 4% de los tumores de cabeza y cuello y el resto corresponden a tumores benignos. El tratamiento indicado para estos tumores es la parotidectomía total.

Nuestro objetivo fue conocer la frecuencia de las neoplasias de la glándula parótida en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, en los años de 1992 a 1997. Así mismo deseamos conocer la metodología de estudio en los casos de neoplasias malignas de parótida y el tratamiento quirúrgico que se les realizó a estos pacientes.

Finalmente nos planteamos la siguientes preguntas:

¿La parotidectomía superficial que se practica en el servicio de cirugía gral del H E Cm R es un procedimiento quirúrgico útil para solucionar esta patología?

¿Qué relación guardan los estudios diagnóstico preoperatorios con el resultado final de patología, en los casos de neoplasia maligna de parótida?

**DEDICATORIA**

A mis padres:

Por su apoyo y amor ya que sin él no hubiera sido posible este sueño realizado.

A mi esposa:

Profundamente gracias por el amor que siempre me regalas y me invita a seguir adelante.

A mis hijos.

Con todo mi amor por ser la razón de mi vida y de mi existencia.

A mis amigos:

Gracias por su apoyo incondicional, y por la chispa grata de nuestra amistad.

A el Dr. Jesús Arenas Ozuna:

Por su enseñanza y disciplina.