

INTRODUCCIÓN

En 1897 se inicio el uso de la citología por aspiración en el diagnóstico de las neoplasias. En 1930 Martins y Ellis empezaron a utilizarla en el diagnóstico de los tumores de la cabeza y cuello.

Con los trabajos de Eneroth y colaboradores, en 1950 y 1960 en el Instituto de Karolinska, la Biopsia por Aspiración con Aguja Fina adquirió gran popularidad en Europa como método diagnóstico en las Neoplasias de Glándula Salival. Sin embargo, hasta 1970 tuvo aceptación en los Estados Unidos de Norte América.

Actualmente en la evaluación del nódulo en la glándula salival, es de primordial importancia el uso de ultrasonido, ya que aporta datos importantes acerca de la composición, localización y relación con las estructuras vecinas, mientras que la tomografía axial y resonancia magnética complementan los hallazgos. Estos métodos sin embargo no permiten establecer la naturaleza exacta del nódulo.

El manejo de las lesiones inflamatorias, tumores benignos, tumores malignos primitivos y metastásicos de la Glándula Salival varia considerablemente. De ahí la necesidad de un correcto diagnóstico preoperatorio que permite planear el tratamiento del paciente.

La Biopsia Aspiración con aguja fina (BAAF) es un método de diagnóstico que la mayoría de las veces aporta un diagnóstico definitivo. Las ventajas de la

Biopsia Aspiración con Aguja Fina de Glándula Salival (BAAFSG) incluyen el bajo costo, facilidad técnica y que

prácticamente todas las lesiones de la glándula salival son susceptibles del biopsiarse, las contraindicaciones son mínimas e involucran a los pacientes con trastornos de la coagulación. Las complicaciones se limitan a pequeños hematomas y a dolor mínimo en el sitio de la punción.

En las diversas series que se han efectuado de BAAFSG se ha establecido una adecuada correlación histopatológica y clínica, la sensibilidad del procedimiento varía entre 81 a 100 % y la especificidad de 94 a 100 %.

Otros autores refieren un valor par la sensibilidad de 56.50% a 97.69% y la especificidad de 81% a 97%.

En el Perú esta técnica es de reciente aplicación (1996) y en la literatura Peruana revisado no se han hallado estudios publicados al respecto.

Nuestro hospital como centro de referencia del Sistema de Seguridad Social (Nivel IV) que recibe pacientes de todo el país, observa una considerable casuística, la cual consideramos necesaria e importante presentar. Así como los resultados obtenidos y los criterios citológicos utilizados para realizar los diagnósticos.

Creemos a su vez indispensable la verificación de los mismos en aquellos con los cuales se contó con material histológico (Biopsia y/o Pieza operatorio) para

valorar la capacidad de proporcionar un acertado diagnóstico y discriminación entre los casos que requieran tratamiento quirúrgico o no.

Teniendo en cuenta esta información nos planteamos la pregunta ¿Es útil la BAAF en el diagnóstico de lesiones de Glándulas salivales en nuestro medio?

El objetivo Principal de este trabajo fue evaluar la Sensibilidad, la Especificidad, el Valor Predictivo (positivo negativo), y la Eficiencia de BAAFSGS, para lo cual se tomó como criterio de certeza el diagnóstico histopatológico.

El estudio fue comparativo y retrospectivo. Se analizó un periodo de tres años en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-ESSALUD.

CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA:

Nódulo Solitario de la Glándula Salival

1.No Neoplásico:

- 1.1 Sialoadenosis (no neoplásico, no inflamatorio).**
- 1.2 Quistes: no Neoplásicos (D/C infección por HIV).**
- 1.3.1 Inflamación:**
 - 1.3.1.1 Primaria (auto inmune).**
 - 1.3.1.2 Síndrome de Sjögren).**
 - 1.3.1.3 Enfermedad de Mikulicz.**
- 1.3.2 Secundario:**
 - 1.3.2.1 Agudo (ejemp. enf bacteriana, viral)**
 - 1.3.2.2 Granulomatoso (Sarcoidosis, TBC, etc.)**
 - 1.3.2.3. Linfadenitis intraparotidea.**
 - 1.3.3.3. Crónica**

2.Neoplásico:

- 2.1 BENIGNO:**
 - 2.1.1 Adenoma Pleomórfico: con arquitectura**
 - 2.1.1.1. Tubular**
 - 2.1.1.2 Quístico**
 - 2.1.1.3 Hialinizado**
 - 2.1.1.4 Papilar.**

2.1.2 Adenoma monomórfico:

2.1.2.1 de células basales

2.1.2.2 trabecular

2.1.2.3 de células claras

2.1.2.4 Sebáceo.

2.1.2.5 Mioepitelioma

2.1.3 Tumor de Warthin

2.1.4 Oncocitoma.

2.2. MALIGNO:

2.2.1 Carcinoma adenoide quístico. Variante

2.2.1.1 Carcinoma adenoide quístico pobremente diferenciado.

2.2.2 Carcinoma Mucoepidermoide.

2.2.3 Carcinoma de Glándulas acinares.

2.2.4 Tumor Mixto Maligno(tres categorías):

A. Carcinoma ex adenoma plemórfico (raro).

B. Verdadero tumor mixto maligno (raro).

C. Tumor mixto benigno metastásico.

2.2.5 Carcinoma Indiferenciado.

2.2.6 Adenocarcinoma productor de moco.

2.2.7 Adenocarcinoma papilar.

2.2.8 Adenocarcinoma de conducto salival típico.

2.2.9 Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado.

2.2.10 Carcinoma epitelial-mioepitelial.

2.2.11 Adenocarcinoma a células basales.

2.2.12 Carcinoma Epidermoide primario.

2.2.13 Carcinoma a células pequeñas.

2.2.14 Mioepitelioma Maligno.

2.2.15 Carcinoma a células claras.

2.2.16 Linfoma Maligno.

2.2.17 Tumores Mesenquimales malignos.

2.2.18 Metastásicos.

2.2.19 Otros.