

## **DISCUSIÓN:**

El resultado reportado en la actual literatura y en nuestra propia experiencia indica que la Biopsia Aspiración con Aguja Fina (BAAF) es un método efectivo que sirve para identificar las diferentes patologías de las Glándulas Salivales y tiene alta validez en manos de Citopatólogos con experiencia en la toma e interpretación de la muestra, los cuales han sido identificados por la mayoría de los autores como los parámetros de mayor importancia para la obtención de buenos resultados.

Además es un método seguro debido al bajo riesgo al que se somete a los pacientes en el procedimiento; de bajo costo. y de diagnóstico oportuno.

La presente serie estuvo exenta de complicaciones.

El número total de aspiraciones inadecuadas-insatisfactorias- reportada en la literatura varia de autor a autor, por ejemplo Silverman reporta el 11.7%, Hilal 14% en fase de aprendizaje, Vargas el 14.4%, Marvin el 3%, Kaur 12%, Oyafuso 5%.

En el trabajo presentado se encontró solo un 5.41% (13) muestras inadecuadas, esto se puede explicar debido a que en el hospital existen Anatomopatólogos encargados de la toma de muestra e interpretación de los resultados, lo cual mejora la calidad del procedimiento al obtenerse mejores muestras, (dada por la experiencia) disminuye los errores diagnósticos y se correlaciona el cuadro clínico con el citopatológico, dada por el contacto con el

paciente al cual se le va a someter a la prueba y al acceso de su historia clínica.

Las Glándulas Salivales presentan un a amplia variedad de enfermedades neoplásicas y no neoplásicas. El Diagnóstico correcto de la enfermedad de la Glándula Salival (GS) se basa en la evaluación crítica del perfil clínico-patológico para asegurar un tratamiento óptimo. El diagnóstico oportuno preoperatorio de los tumores de las Glándulas Salivales es de significación particular para optar por un procedimiento quirúrgico o no.

Del total de diagnósticos citológicos por Biopsia Aspiración con aguja fina de Glándulas Salivales (BAAFSG) las lesiones No Neoplásicas, ocuparon el 49.59% de los diagnósticos, de las cuales la Sialoadenitis crónica, (incluye crónica inespecífica, granulomatosa, linfaadenitis intraparotidea) obtuvo una representación de 83.33%; cifra mayor que la reportada por otros estudios.

La infección a las glándulas salivales puede ser viral o bacteriana, además de las sialolitiasis que conducen a aumentar los casos de sialoadentis crónicas. Las glándulas mas afectadas en nuestro estudio por esta lesión fueron las Glándulas submaxilares (52.05%), similar a la reportada por otros estudios, la literatura revisada explica este fenómeno debido a que la glándula submaxilar tiene un alto contenido de calcio y sus conductos son más largos, en comparación con las otras glándulas lo cual contribuiría en la formación de cálculos (sialolitiasis), y esto predispone a la inflamación crónica de la glándula.

La edad de nuestros pacientes tuvo una media de 32 años a predominio del sexo femenino.

La elevada casuística obtenida puede explicarse debido a que la mayoría de los pacientes que provienen de los consultorios externos de Cirugía de Cabeza y Cuello son sometidos a un scrining inicial por BAAF para descartar neoplasias sin contar aun con otras técnicas auxiliares de diagnóstico

Las Sialoadenitis agudas se diagnosticaron en la Glándula Parótida de pacientes con un promedio de edad de 12 años.

Así mismo es importante resaltar que dos de las cinco lesiones granulomatosas correspondieron a tuberculosis intraparotidea en las cuales se pudo identificar el Bacilo de Koch, lo que nos alerta frente a la prevalencia de la Tuberculosis en nuestro medio.

La sensibilidad de BAAFSGS para la tuberculosis aumenta a 70%-90% cuando esta combinada con las pruebas de la piel. (Tuberculina).

El Adenoma Pleomorfo es la Neoplasia Benigna más común de las Glándulas salivales (60%-80%) y el 75% de estas se encuentra afectando a la Glándula Parótida en el estudio realizado esto se confirmó ya que el Adenoma Pleomórfico ocupó el 54.21% del total de Neoplasias benignas y el 88.88 % fueron diagnosticados en la Glándula Parotida.

Así mismo se pudo comprobar que la BAAFSG en el caso del Adenoma Pleomórfico tuvo excelentes resultados, ya que de 27(100%) Adenomas Pleomorficos estudiados citohistologicamente, 25(92.6%) fueron verdaderos negativos, solo 2(7.4%) casos experimentaron error diagnóstico: uno de ellos fue un falso positivo ya que la BAAFSG informo: Hiperplasia epitelial con discariosis severa. Y el otro fue falso negativo ya que fue informado citológicamente como Adenoma Pleomórfico y el diagnóstico histológico fue: Carcinoma Adenoide Quístico; error reportado en varias literaturas y que se discutirá más adelante.

Estos valores nos dan un acierto diagnóstico para Adenoma Pleomórfico de 92.59%, el cual se encuentra dentro de los valores reportados por diferentes estudios los que proporcionan valores que varían de 89.5% a 96.2%.

Sin embargo en menor porcentaje pero no menos importante la literatura reporta variantes citológicos presentes en el Adenoma Pleomorfo que pueden resultar en errores diagnósticos con repercusión en el manejo del paciente.

Existen las llamadas "variaciones citologicas mayores" que si son causa de errores diagnósticos al mostrar una imagen muy alejada del Adenoma Pleomorfo(AP) convencional. Una serie reporto las siguientes variaciones divididas en:

- a) AP con atipia citológica (20.6%);
- b) AP quístico (7%); y
- c) AP de patrón cilindromatoso (5%).

Una serie de estudios refieren la atipia celular como un hallazgo relativamente frecuente. Generalmente el Pleomorfismo nuclear es moderado y no llega a los límites de hacer sospechar malignidad, sin embargo se ha dado casos de falsos positivos (tumor mixto maligno).

La atipia citológica por si sola no es un criterio suficiente de malignidad en un AP y otros criterios citológicos (necrosis, predominio epitelial intenso, pérdida de citoplasma) y clínicos son necesarios para el diagnóstico preoperatorio de Tumor Mixto Maligno. En estos casos con marcada atipia algunos autores recomiendan usar el término "AP con Atipia epitelial" y sugieren la inmediata comprobación histológica.

Otro problema importante es el relacionado con las lesiones quísticas. Una serie revisada reporta 7% de AP con componente quístico durante la aspiración.

La degeneración quística y producción de mucina hacen del AP un tumor susceptible de ser confundido con el carcinoma mucoepidermoide de bajo grado.

Los AP con patrón cilindromatoso son los menos conocidos debido a su escasa frecuencia, la consecuencia de su desconocimiento es importantes ya que muestra grandes similitudes con el Carcinoma Adenoide Quístico. En estos casos los extendidos muestran estructuras globulares de material estromal homogéneo, meta cromático y rodeadas de elementos celulares. El patrón general es muy similar al observado en el carcinoma adenoide quístico. La celularidad de este último tipo tumoral muestra grupos celulares con escasa cantidad de citoplasma, núcleos pequeños, hipercromáticos y núcleos desnudos en contraposición al AP donde el citoplasma, tanto en los grupos como en células aisladas, suele ser amplio. En estos casos de AP con patrón cilindromatoso el estudio histológico evidencia zonas de morfología adenoide responsable de la imagen citológica. La expresión inmunohistoquímica de la proteína gliofibrilar ácida por parte del AP ayuda a la diferenciación entre ambos tumores.

Así mismo se han presentado casos en los cuales se ha errado en el diagnóstico al confundir la metástasis de un carcinoma de células basales con un AP. Esto puede parecer difícil pero se debe resaltar que el estroma desmoplásico que acompaña a muchos de estos tumores puede mostrar semejanzas con el estroma condromixoide del AP y determinar un patrón bifásico superponible al del Adenoma Pleomórfico. En estos casos la información clínica previa resulta de gran importancia.

El Tumor de Warthin es la segunda Neoplasia Benigna más común de la Glándula salival, en el estudio diagnosticamos 16 casos en pacientes varones con una media de edad de 68 años; de los cuales 13(81.25%) se encontraron en la Glándula Parótida y 3(18.75%) en la Glándula Submaxilar; estos hallazgos son los esperados según la literatura.

En este caso el acierto diagnóstico fue de 85.71% dado por los 6 casos verdaderos negativos. Un caso falso positivo será discutido más adelante. Los valores reportados por la literatura para el acierto diagnóstico en los tumores de Warthin tiene cifras de 82% a 89%.

El Carcinoma Mucoepidermoide es la Neoplasia maligna más común de las Glándulas salivales, sin embargo en nuestra serie El Linfoma No Hodking se presento con un 39.13%, la distribución fue similar entre las Glándulas Parotida y Submaxilar. De los Linfomas diagnosticados; 8 contaron con correlación citohistológica. Cuatro de ellos fueron verdaderos positivos, :2 fueron diagnosticados erróneamente como negativos y dos no pudieron ser evaluado debido a que la muestra citologica era insuficiente.

El Papel de BAAFSGS en el diagnóstico del Linfoma No Hodking es polémico. Varía mucho de autor a autor, dando valores de certeza que se mueven en un amplio rango de 49% a 92%.

Es importante resaltar el caso de las otras Neoplasias Malignas: 3 Carcinomas Adenoide Quísticos, los cuales se presentaron una en Glándula Submaxilar y 2 en Glándula sublingual (piso de la boca), en promedio de edad de 35.5 años con un tamaño de lesión de 3cm de diámetro, dos de ellos en el sexo femenino. Estos datos obtenidos coincidiendo con lo que la literatura señala y se trata de una neoplasia maligna que tiene un comportamiento muy agresivo, ya que el 50% de ellos da metástasis a distancia.

Algunos errores en los diagnósticos citológicos no podían ser evitados: 5 casos fueron reportados. :Cuatro de ellos con diagnóstico Citológico negativo y su correlación histopatológica fue positiva (Falsos Negativos); y uno con citología sospechosa de malignidad e histología de neoplasia benigna. (Falso Positivo) (Ver tabla XIV.)

Un caso de Linfoma de células B de alto grado asociado a mucosa (MALT) de Glándula salival mayor, fue diagnosticado en citología como. Adenitis crónica granulomatosa

Y un Linfoma No Hodgking de células Marginales (MALT) de bajo grado fue reportado en el estudio citológico como Tumor de Warthin..

Al revisar las laminas de la citología se observa en ambos casos un proceso linfoide reactivo con células pleomórficas, presencia de histiocitos, linfocitos ligeramente mayores que lo normal; (que pueden ser vistos en procesos



reactivos.) lo cual no daba suficientes criterios diagnósticos para afirmar que se tratase de una Neoplasia maligna..

La literatura refiere al respecto que los Linfomas Malignos Primarios explican el 2% de todos los tumores malignos ó el 11% de las Neoplasias Malignas primarias de las Glándulas Salivales principales, la mayoría de los Linfomas No Hodking, pueden presentarse de novo o de una condición existente, tal como el síndrome de Sjögren o una lesión linfoepitelial benigna; aquellos que se presentan de lesiones preexistentes tienden a ser linfomas tipo MALT.

Linfomas malignos que se presentan de novo en las Glándulas salivales explican la mayoría de los linfomas primarios y consisten en todos los tipos histológicos de Linfomas No Hodking; Dada la asociación íntima de tejido linfoide con el parénquima glandular no sorprende que las glándulas parótidas sea implicada por Linfoma.

Las lesiones linfoproliferativas reactivas y neoplásicas no se pueden distinguir de otras lesiones clínicamente. La BAAF tiene dificultades de diagnóstico en aquellas lesiones que contienen un componente linfoide significativo en el estudio dos de los 7 linfomas no fueron diagnosticados por BAAF.

Zurrida et al divulgaron una serie de 5/7 falsos negativos del 71% de Linfomas de Glándula Salival por BAAF.

En una serie más reciente 13 BAAFSG de 438 Parotidas tenían un componente linfoide significativo y menos de la mitad tuvo un diagnóstico acertado.

Pillotti et al también divulgaron un número significativo de casos falso negativos al errar en el diagnóstico de Linfoma No Hodking. de bajo grado por BAAFSG.

La diferencia diagnóstica de una lesión salival de la glándula en un extendido rico en material linfoide incluye varias condiciones. Las Lesiones linfoproliferativas se deben distinguir de las lesiones epiteliales de la glándula salival que van acompañadas por una reacción linfocítica prominente, estas últimas incluyen condiciones no neoplásicas tales como sialoadentis crónica, quistes linfoepiteliales benignos relacionados con HIV y las lesiones linfoepiteliales benignas, así como las neoplasias tales como el Tumor de Warthin, Carcinoma linfoepitelial y neoplasia maligna metastásica.

A excepción de los racimos de células epiteliales acinares, las células epiteliales escamosas o ductales no son generalmente observadas en los extendidos de las aspiraciones de las lesiones linfoproliferativas.

Si se encuentran es importante para excluir lesiones epiteliales de la glándula salival de una reacción linfocítica prominente. Además de linfocitos redondeados pequeños dispersos, la sialoadentis crónica también contiene los racimos dispersos de células epiteliales ductales y presenta los núcleos acinares, que se confunden a menudo con linfocitos, y por lo general los

extendidos citológicos de la aspiración de la sialoadenitis crónicas son a menudo menos celulares que los de la hiperplasia linfóide reactiva.

La presencia de células oncocíticas se requiere para el diagnóstico de Tumor de Warthin. Sin embargo si estas células no se observan puede ser imposible distinguir un Tumor de Warthin de un ganglio linfático reactivo. La presencia de células epiteliales anormales favorece el diagnóstico de un carcinoma primario o secundario.

Es importante por lo tanto tener en cuenta algunos criterios sugeridos para distinguir un proceso linfóide reactivo de uno neoplásico:

1. Una población predominantemente de linfocitos pequeños, sugiere la posibilidad de un Linfoma No Hodgkin, tal como la Leucemia Linfocítica crónica(en pacientes mayores)
2. Una población linfóide heterogénea sugiere un diagnóstico de Linfoma MALT.
3. Un patrón similar al anterior a excepción de la presencia ocasional de células grandes anormales, binucleación sugiere la posibilidad de Linfoma de Hodgkin.

La literatura además recomienda el uso de Inmunohistoquímica y citometría de flujo para resolver la mayoría de estos casos.

Teniendo en cuenta toda la información anterior algunos autores()concluyen que la BAAFSGS junto con el estudio inmunofenotipo es un procedimiento diagnostico confiable y exacto para evaluar lesiones linfoproliferativas de la glándula salival. La reseccion quirúrgica debe ser reservada para las lesiones con resultados citológicos ambiguos en los cuales se autoriza la evaluación patológica adicional o para las lesiones linfoides reactivas que no mejoran con el tratamiento.

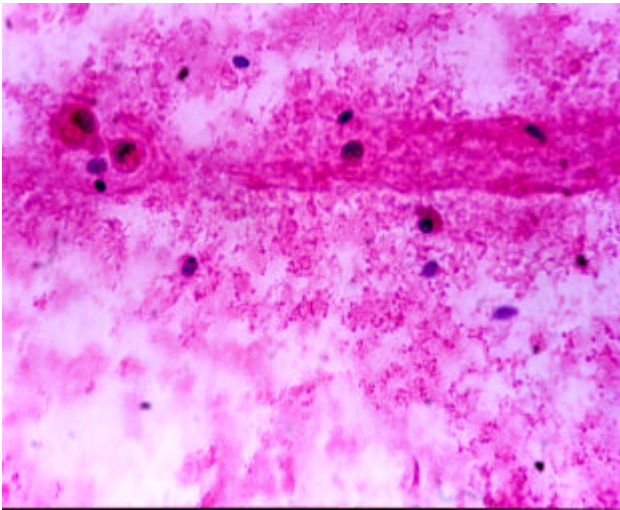
- Un diagnostico citológico de Sialoadenitis crónica fue informado histológicamente como Carcinoma Monomorfico de Glandula salival.
- Al revisar el extendido citológico la muestra era insuficiente, con numerosos hematíes y escasos linfocitos.

En estos casos se sobre diagnóstico la muestra citológica.

Un Diagnóstico citológico de Adenoma Pleomorfico fue informado histológicamente como Carcinoma Adenoide quistico. Al revisar la lamina de la muestra citológica se observo un proceso inflamatorio crónico, con macrófagos linfocitos y células acinares atróficas. El preparado histológico mostraba claramente un Carcinoma Adenoide Quístico, con patrón cribiforme e invasión perineural, El error diagnostico citológicos se debe a que la parte quistica de la neoplasia fue punzada, lo que no mostró células neoplásicas que hicieran sospechar en otro diagnostico. Estos casos se encuentran reportados en la literatura.

## CASO FALSO NEGATIVO

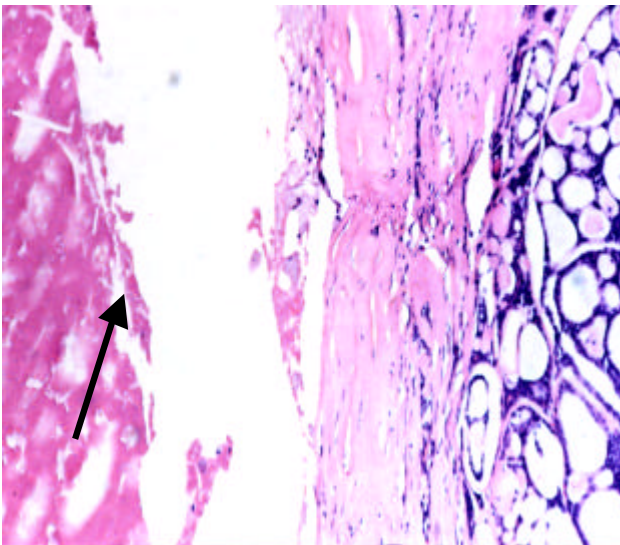
### MICROFOTOGRAFÍA N° 18



**BAAFGS:** escasa células inflamatorias crónicas, algunas células epiteliales, fondo de material amorfo.

**H-E 10X**

### MICROFOTOGRAFÍA N° 19



**Histopatología:** Carcinoma Adenoide Quístico, con patrón cribiforme (hacia la derecha), el área punzadas que proporciono el frotis celular fue la parte quística de la lesión, sin llegar al tejido tumoral, lo que ocasionó un error en el diagnóstico.

**H-E 20X**

Los Diagnósticos que tuvieron una correcta correlación citohistológica fueron 11;

(Verdaderos Positivos):

- Cuatro de ellos fueron Linfomas No Hodking:
  - 2 Linfomas No Hodking de alto grado de malignidad de extirpe B tipo MALT,
  - 1 Linfoma No Hodking de células del manto de grado intermedio de malignidad inmunofenotipo B y
  - 1 Linfoma No Hodking de bajo grado de malignidad de extirpe B tipo MALT.
- Dos fueron Carcinomas Monomorficos de Parotida bien diferenciados
- Un Carcinoma de célula pequeñas con áreas de diferenciación epidermoide.
- Un Carcinoma epidermoide metastasico a Glándula Parótida.
- Un Carcinoma Adenoide Quístico.
- Un Tumor Mixto Maligno de Glándula Parótida.
- Un Melanoma maligno metastásico a ganglio linfático intraparotideo.

La validez del trabajo presentado se sustenta en los hallazgos de los valores de:

Sensibilidad (73.33%), Especificidad(98.61%),

Valor Predictivo Positivo(91.6%), Valor Predictivo Negativo(93.42%) y

Eficiencia (93.18%) de nuestro estudio se encuentran dentro del rango

aceptable y publicado en la literatura revisada que considera valores para



**Biopsia Aspiración con Aguja Fina en Glándulas Salivales en el Período  
Marzo 1998 – Marzo 2001 Hospital Edgardo Rebagliati Martins.  
Goicochea Vargas, Lucy Maria.**

---

Derechos reservados conforme a Ley

Sensibilidad de 56.50% - 97.60%; Especificidad de 85% a 100%, y Valores  
de Eficiencia de: 81% a 98%.