

MATERIAL Y MÉTODO:

Se estudian en forma retrospectiva todas las Biopsias Aspiración con Aguja Fina de Glándulas Salivales (BAAF) realizadas en el Departamento de Anatomía Patológica, Servicio de Patología N° 2 Unidad de Citología Exfoliativa y Biopsia Aspiración con Aguja Fina (BAAF) del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD durante el Periodo Marzo 1998 – Marzo 2001.

Se aplicaron los criterios de inclusión.

- Todas las BAAF realizadas con diagnóstico clínico o presuntivo de lesión de Glándula Salival con o sin biopsia y/o pieza quirúrgica.
- Todas las BAAF de tumores cervicales de etiología a determinar con diagnóstico posterior citológico de lesión de Glándula Salival.

Se excluyeron del estudio:

- Todas las BAAF solicitadas con diagnóstico clínico de lesión de Glándula Salival pero que en el estudio cito histológico no comprometen la misma.

Realizadas la selección se contó con 240 BAAFSG para realizar nuestra investigación.

Los sujetos de estudio fueron pacientes provenientes de los consultorios externos de cirugía de cabeza y cuello y alguno pacientes hospitalizados.

Las Biopsias aspiración fueron obtenidas por los Anatomopatólogos y Residentes de la especialidad.

Los materiales utilizados fueron: Jeringa descartable de 10cc, aguja descartable N° 25G x 1.5" ó 26G x 1"; Mango tipo Franzen: Láminas y laminillas: Frascos con Licor de Hoffman (Alcohol etílico al 96%, éter etílico:1:1), set de coloración de Hematoxilona-Eosina, Solicitud de Biopsia Aspiración con los datos clínicos necesarios. La técnica utilizada fue la descrita por Franzén y Zajiceck.

Los extendidos se fijaron inmediatamente el alcohol éter y posteriormente tenidos con la técnica habitual de Hematoxilina –Eosina.(H-E).

En casos de material líquido la muestra se centrifugó a 1000 revoluciones por minuto por 10 minutos y se tiñó con la técnica ya descrita.

No hubo complicaciones derivadas de acto de BAAFSG.

De las hojas de solicitud del estudio se recabaron datos sobre la edad sexo y características de la lesión (ubicación, tamaño, consistencia), así como la localización topográfica de la punción.

Se revisaron los diagnósticos citológicos (BAAF) y se agruparon de acuerdo a la Clasificación Morfológica publicada por el Dr. Richard M. De May, Director de Citopatología de la Universidad de Chicago, profesor de Patología Clínica para evaluar la casuística de nuestro Hospital. Además se efectuó correlación entre el diagnóstico citológico (BAAF) e histopatológico en aquellos casos que contaban con un estudio posterior del espécimen quirúrgico.

Los diagnósticos de citología en correlación con sus respectivos estudios de histopatología se clasificaron de la siguiente manera:

Verdadero Positivo (VP): Malignidad diagnosticada correctamente en citología (“o sugerente de malignidad”)

Verdadero Negativo (VN): Ausencia de malignidad diagnosticada correctamente en citología.

Falso Positivo (FP): Citología con diagnóstico de malignidad o sugestivo de malignidad frente a un proceso benigno.

Falso Negativo (FN): Diagnóstico citológico de benigno ante un proceso maligno.

Las variables se calcularon de la siguiente forma, utilizando la Tabla de Contingencia de 2x2:

SENSIBILIDAD: $VP / (VP + FN) \%$

ESPECIFICIDAD: $VN / (VN + FP) \%$

Valor Predictivo Positivo : $VP / (VP + FP) \%$

Valor Predictivo Negativo: $VN / (VN+FN)\%$

EFICIENCIA = $(VN+VP)/(VP+FP+VN+FN) \%$

Se realizó una revisión crítica de los datos obtenidos. Se procedió a comparar los resultados obtenidos con aquellos registrados en la bibliografía Internacional y a redactar las principales conclusiones derivadas del estudio.