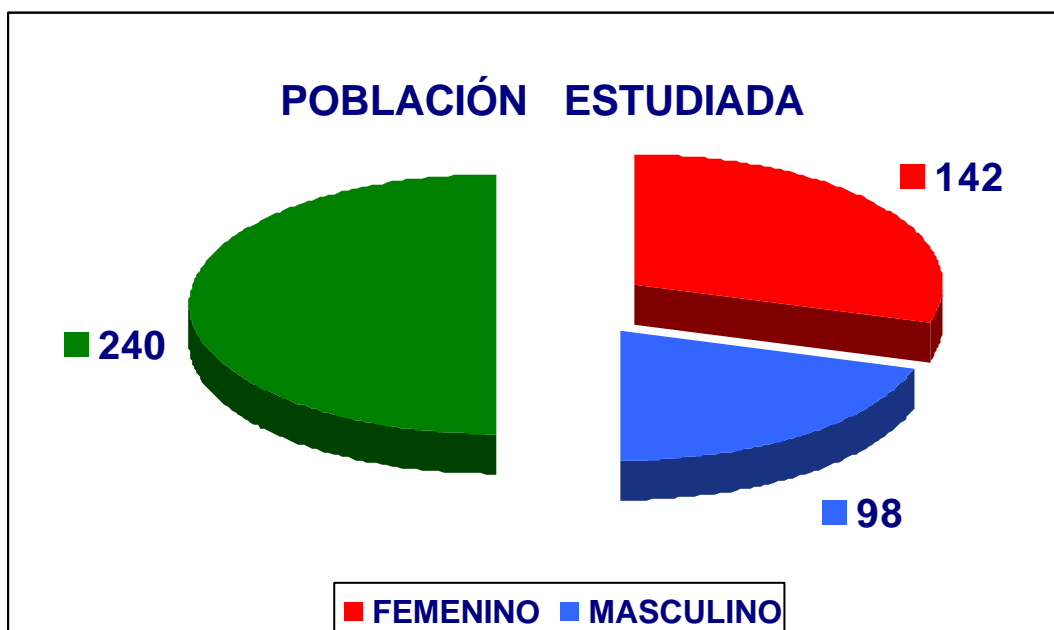


## RESULTADOS:

El total de casos estudiados fue 240 (100%), de los cuales 146 (60.8%) tuvieron diagnóstico solo citológico por Biopsia aspiración con aguja fina (BAAF) y 94 (39.2%) tuvieron estudio citológico (BAAF) e histológico por contar con el espécimen quirúrgico.

De estos 240 casos, 142(59.16%) pertenecían al sexo femenino con una edad promedio de 54 años (rango de 3 a 89 años ), y 98 (40.84%) al sexo masculino, con una edad promedio de 56 años (rango de 1 a 94 años).

Gráfico N° 1



En relación a los órganos afectados las Glándulas salivales estuvieron distribuidas de la siguiente manera:

Glándula Parótida 131 (54%); Glándula submaxilar 101(42%) y Glándula sublingual y salival menor 8 (4%). **Cuadro I.**

Así mismo de estas 240 Biopsias Aspiración de Glándulas salivales (BAAFSG), 227 (94.59%) muestras fueron adecuadas para establecer el diagnóstico, las 13 (5.41%) restantes fueron muestras insuficientes para emitir un diagnóstico. Estas últimas se consideraron así por observarse exclusivamente eritrocitos, solo células adiposas o escaso material.

Del total de diagnósticos citológicos por BAAFSG, las lesiones No Neoplásicas ocuparon el primer lugar con 119 casos(49.59%),seguido de las Neoplasias Benignas con 83 (34.58%), 23 Neoplasias Malignas (9.5%),y 2 (0.83%) Glándulas salivales sin alteraciones significativas. **Cuadro II.**

Las Neoplasias Benignas fueron más frecuentes tanto en la Glándula Parótida como en la Glándula Sublingual ,no así en la Glándula Submaxilar que presentó el mayor número de casos de lesiones No Neoplásicas.

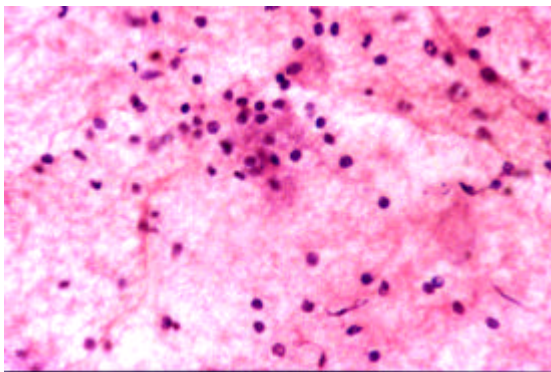
La distribución de las lesiones ,agrupadas según la clasificación usada en las diferentes Glándulas salivales afectadas se muestra en el **Cuadro III.**

Dentro de las lesiones No Neoplásicas la Sialoadenitis crónica presentó el mayor número de casos, abarcando el 75.63%,seguido de las lesiones quísticas (9.24%),inflamación aguda (6.73%), lesión granulomatosa, (4.20%),

linfadenitis intraparotidea (3.36%9 y un síndrome de Sjögren (0.84).

**Cuadro IV.**

### **MICROFOTOGRAFÍA N° 1**



#### **Sialoadenitis crónica:**

Extendido celular constituido por numerosos linfocitos dispersos, células plasmáticas resto proteínáceo acelular y algunos polimorfonucleares.

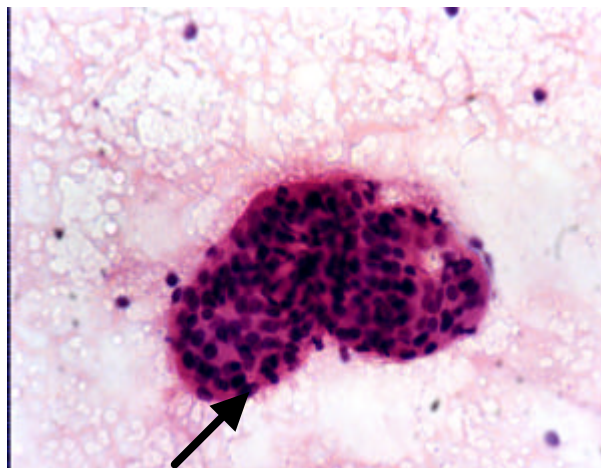
**H-E. 10x**

### **MICROFOTOGRAFÍA N° 2**

#### **Sialodentitis Crónica:**

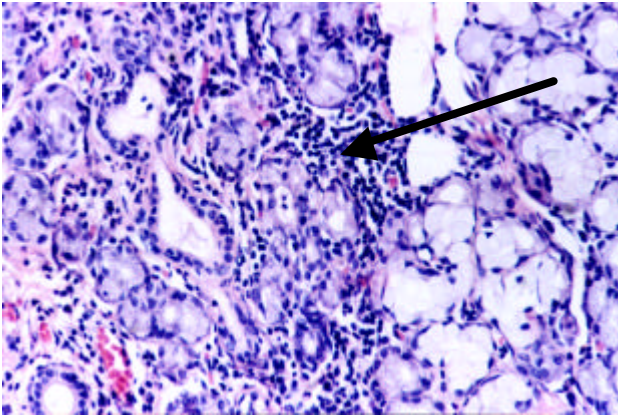
Conglomerado de células acinares densamente agrupadas (signo de atrofia) y algunas células inflamatorias (flecha).

**H-E.20X**



### MICROFOTOGRAFÍA N° 3

#### Sialoadenitis Crónica :



Histopatología.

Constituida por múltiples acinis serosos y mucosos; conductos glandulares rodeados por proceso inflamatorio crónico. (flecha)

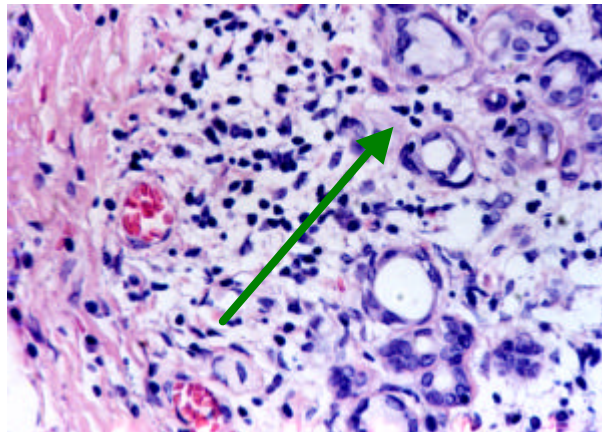
H-E 20X

### MICROFOTOGRAFÍA N° 4

#### Sialoadenitis Crónica:

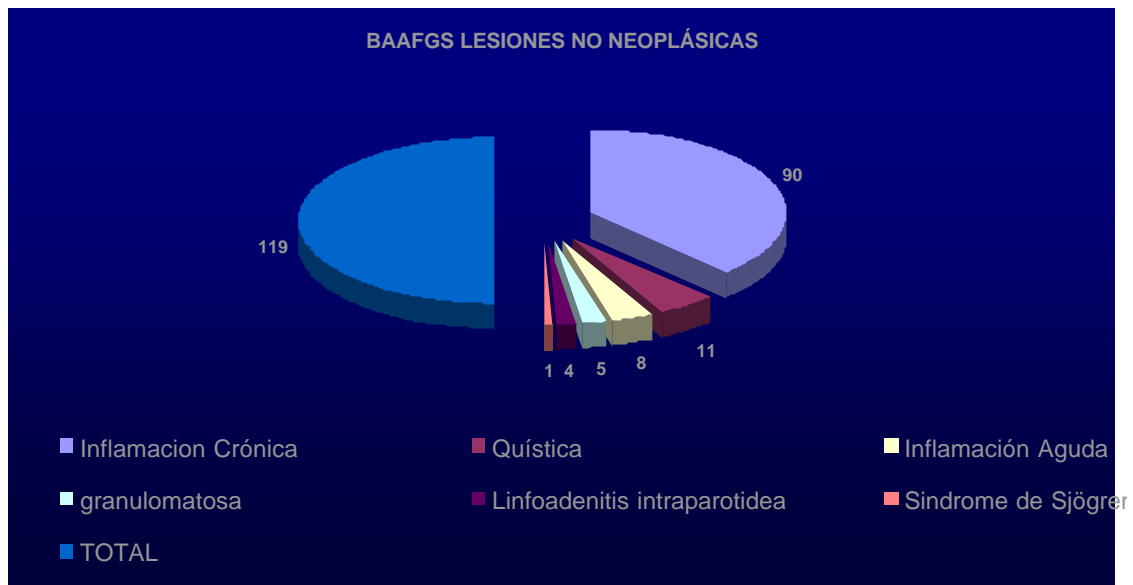
Histopatología.

Pérdida o atrófia de acinis, reemplazo por células inflamatorias y fibrosis; Se observan restos de acinis y conductos.(flecha)



H-E. 40X

Gráfica N° 2



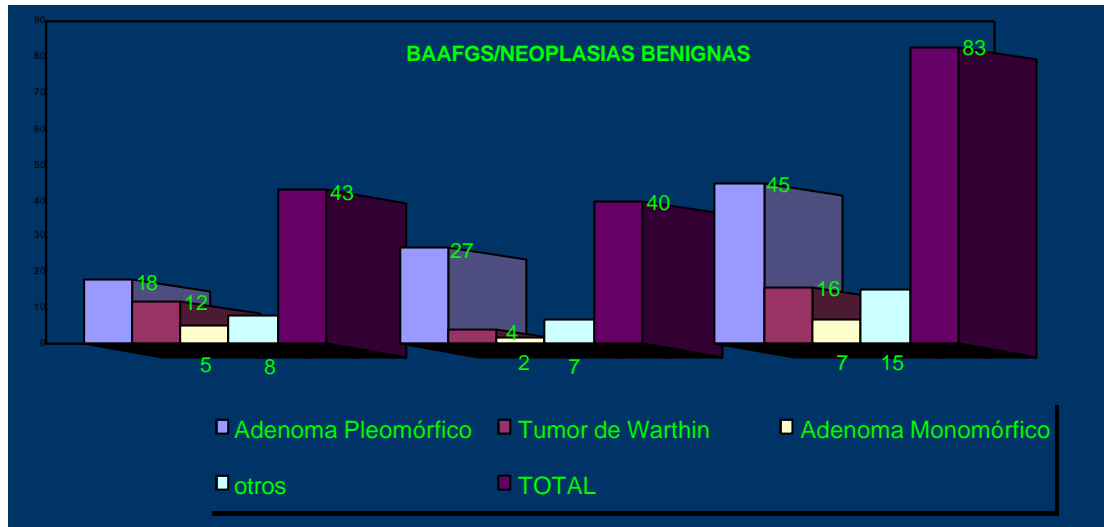
La distribución de las lesiones No Neoplásicas según la Glándula afectada se muestra en el **cuadro V**.

El Adenoma Pleomórfico fue la Neoplasia Benigna más frecuentemente diagnosticada representando el (54.21%), seguida del Tumor de Warthin (19.28%); Adenoma Monomórfico (8.44%), y otros diagnósticos:

(5 Fibrolipomas, 4 Lipomas, 2 Neoplasias vasculares Benignas, 1 Proceso linfo proliferativo, 1 Linfangioma, 1 Histiocitosis de células de Langerhans, 1 Células mononucleares con cambios atípicos. **Cuadro VI**

La distribución de las Neoplasia Benignas en las diferentes Glándulas salivales afectadas se muestra en el **Cuadro VII**.

### GRAFICA N° 3

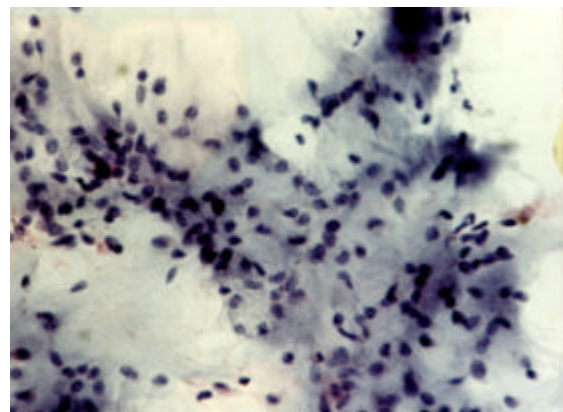


### MICROFOTOGRAFÍA N° 5

#### Adenoma Pleomórfico:

El frotis presenta dos componentes:  
Elemento epitelial benigno y un  
Estroma mixomatoso laxo.

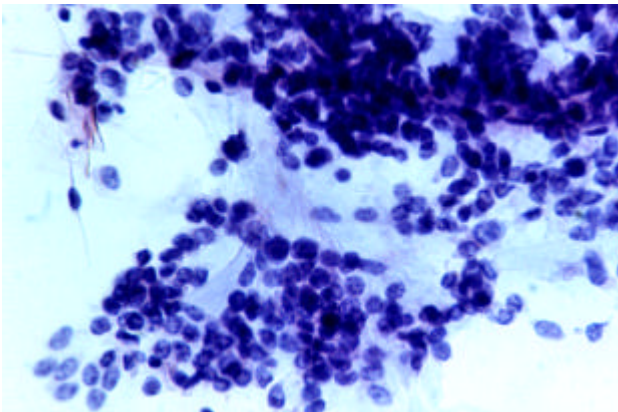
H-E. 10X





## **MICROFOTOFRAFÍA N° 6**

### **Adenoma Pleomórfico:**



Frotis muy celular compuesto por conglomerados densos de células epiteliales benignas; células mioepiteliales alargadas en transición hacia el estroma mixomatoso laxo.

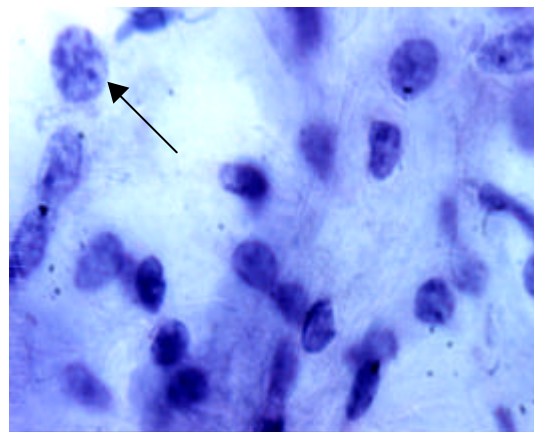
**H-E. 20X**

## **MICROFOTOGRAFÍA N° 7**

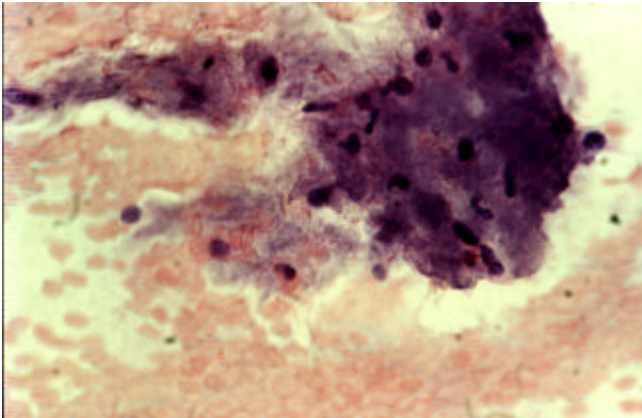
### **Adenoma Pleomórfico:**

Islote de células epiteliales, con matriz fibrillar y los grandes núcleos presentan un mismo patrón de cromatina y borde liso nuclear (flecha); se apoya así la naturaleza benigna.

**H-E 100X**



## MICROFOTOGRAFÍA N° 8



### **Adenoma Pleomórfico:**

Frotis compuesto principalmente por el elemento estromal, con escasa celularidad.

**H-E 40X**

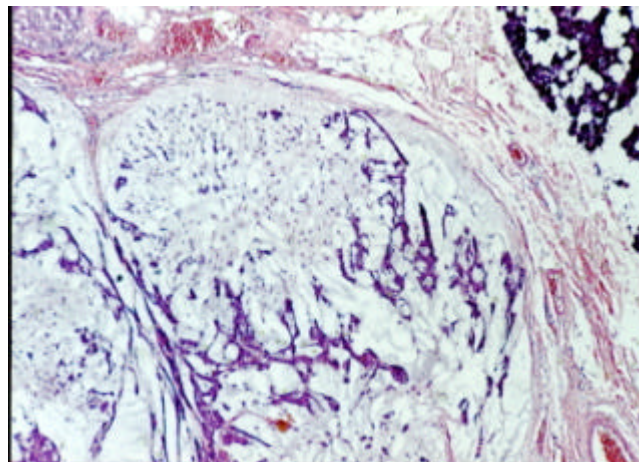
## MICROFOTOGRAFÍA N° 9

### **Adenoma Pleomórfico**

#### **HISTOPATOLOGIA:**

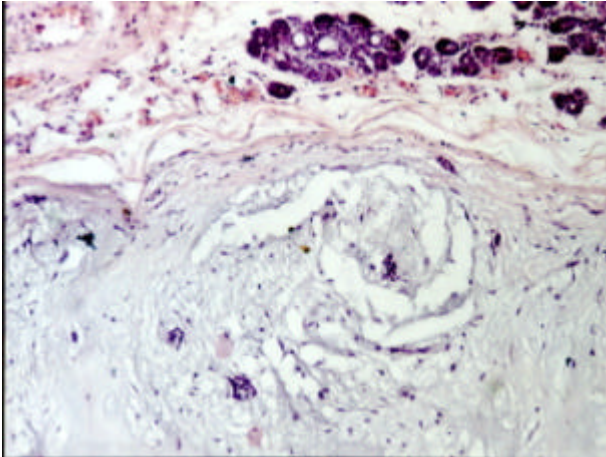
Corte Histológico muestra el componente epitelial y el estroma mixoide que predomina en este caso.

**H-E 40X**





### MICROFOTOGRAFÍA N° 10



#### **Adenoma Pleomórfico**

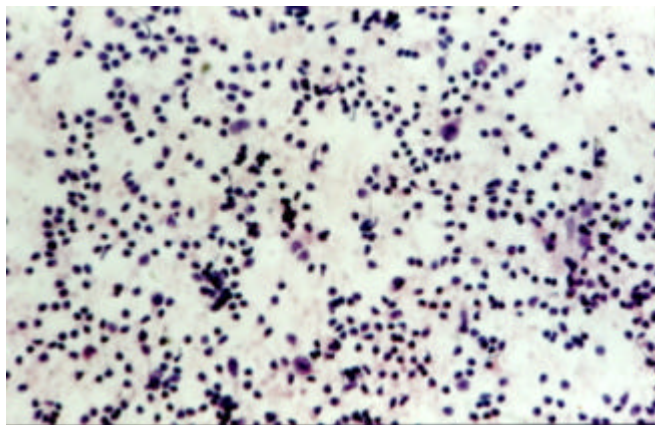
Corte Histológico que muestra la mezcla de elementos epiteliales mixomatosos.

**H-E 20X**

### MICROFOTOGRAFÍA N° 11

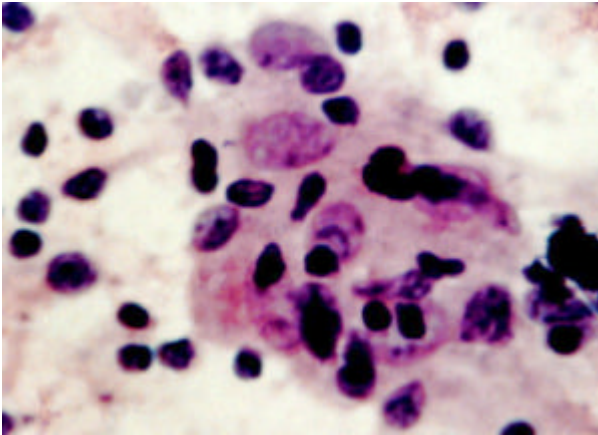
#### **Tumor de Warthin**

Frotis con fondo granular u homogéneo. Se observan linfocitos y células epiteliales pequeñas con núcleo picnótico.



**H-E 10X**

### **MICROFOTOGRAFÍA N° 12**



#### **Tumor de Warthin**

Frotis muestra presencia de células oxifílicas poliédricas grandes (oncocitos) densamente agrupadas con abundante citoplasma granular eosinófilico.

**H-E 100X**

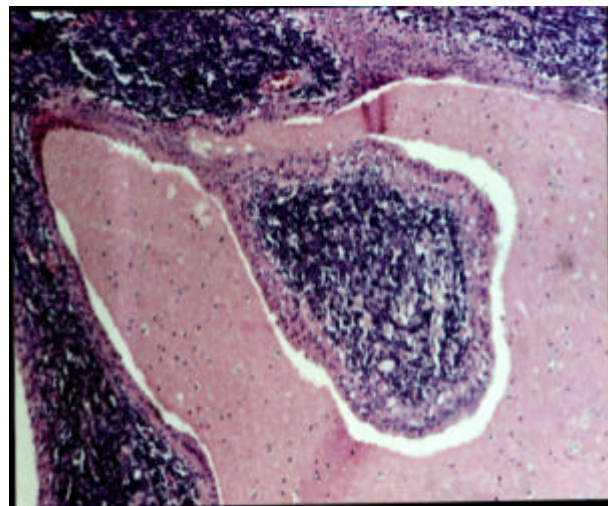
### **MICROFOTOGRAFÍA N° 13**

#### **Tumor de Warthin**

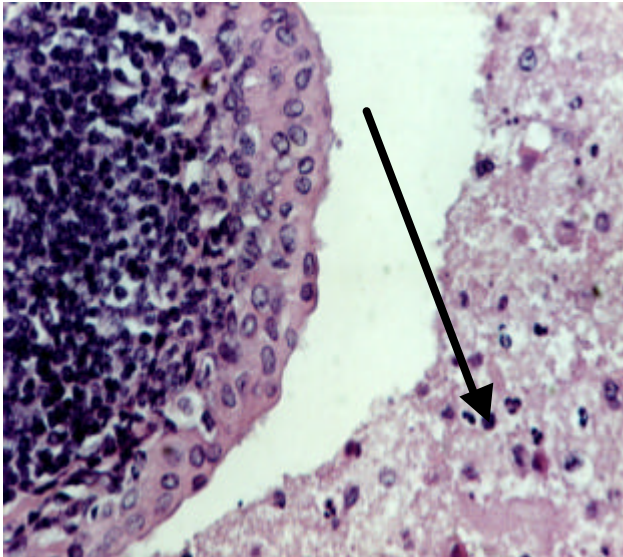
##### **Histopatología**

Componentes del tumor son el revestimiento epitelial de los espacios quísticos y el estroma linfóide. El epitelio forma estructuras papilares que se proyectan a la luz del quiste.

**H-E 40X**



## MICROFOTOGRAFÍA N° 14



### Tumor de Warthin

Histopatología

Revestimiento epitelial con presencia de células oxifílicas, de citoplasma eosinófilo.

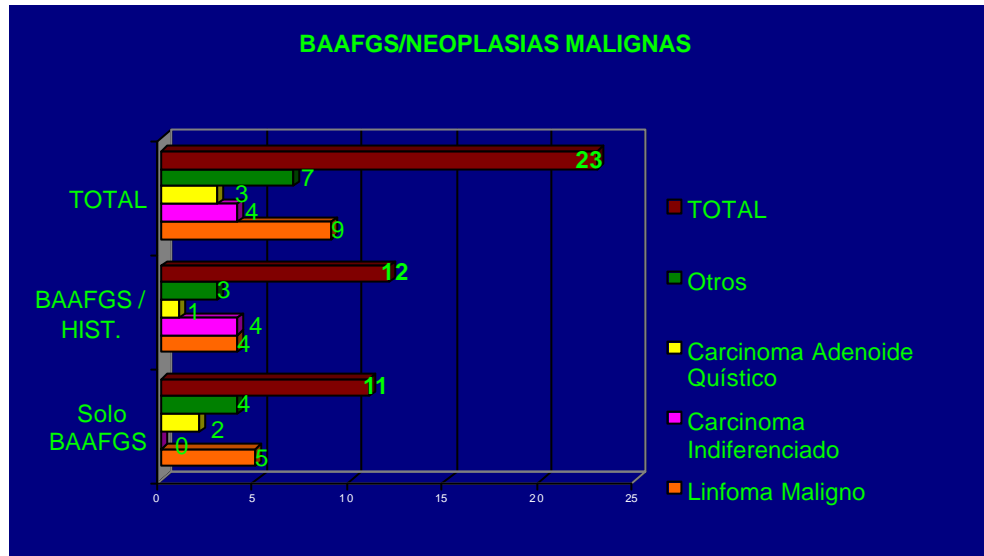
Estromas linfoide. Zona quística (flecha).

H-E 100X

Las Neoplasias Malignas más frecuentes fueron el Linfoma No Hodking (39.13%), Carcinoma indiferenciado (17.40%), y Carcinoma Adenoide Quístico (13.04%), otros diagnósticos incluyeron: Carcinoma Epidermoide Primario; Adenocarcinoma de conducto salival 1; Melanoma maligno metastático 2; Hiperplasia epitelial con discariosis severa 3. **Cuadro VIII**

La distribución de las Neoplasias Malignas en las diferentes Glándulas Salivales afectada se muestra en el **Cuadro IX**.

## GRAFICA N° 4

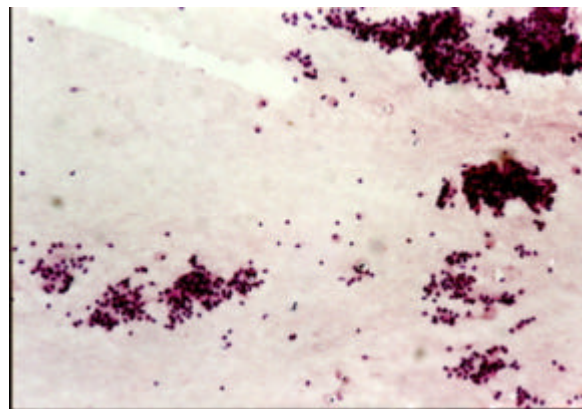


## MICROFOTOGRAFÍA N° 15

### Carcinoma Adenoide Quístico

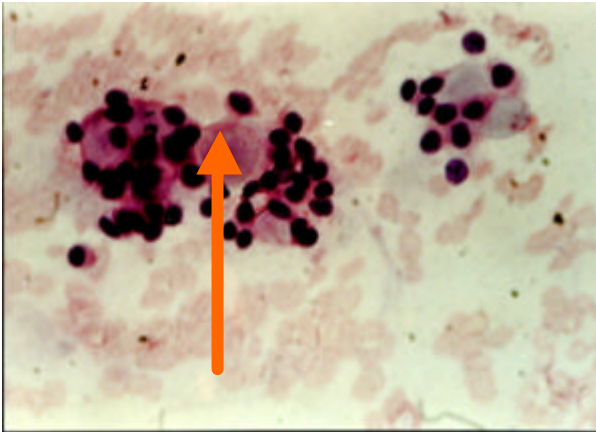
El material aspirado contiene numerosos conglomerados celulares gruesos, tridimensionales, bien delimitados de diversos tamaños

H-E 10X





### MICROFOTOGRAFÍA N° 16



#### **Carcinoma Adenoide Quístico**

La clave para el diagnóstico es la identificación de un centro de sustancia homogénea correspondiente al material que rellena los espacios quísticos, rodeado de células en imagen rosetoide (flecha)

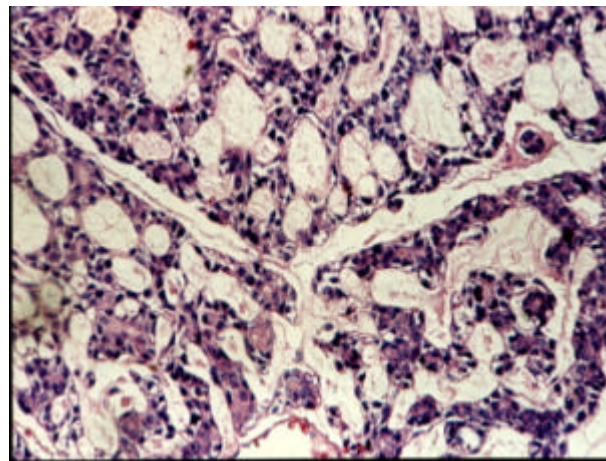
**H-E 40X**

### MICROFOTOGRAFÍA N° 17

#### **Carcinoma Adenoide Quístico**

Histología: Tumor compuesto  
De células pequeñas dispuestas  
En cordones anastomosados  
Alrededor de espacios quísticos  
Característicos que contienen  
Material homogéneo o fibrilar.

**H-E 40X**

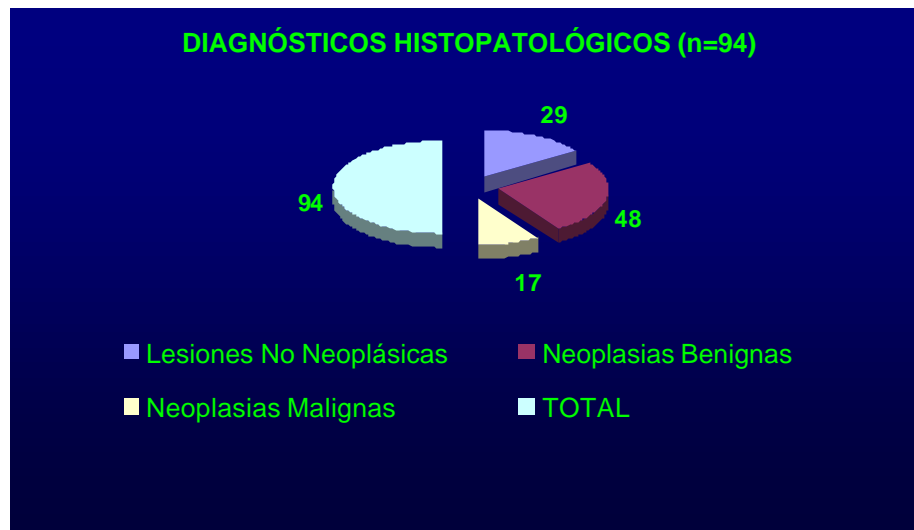


Los Diagnósticos Histopatológicos fueron 94 (100%) **Cuadro X.**

Su distribución proporcional fue la siguiente:

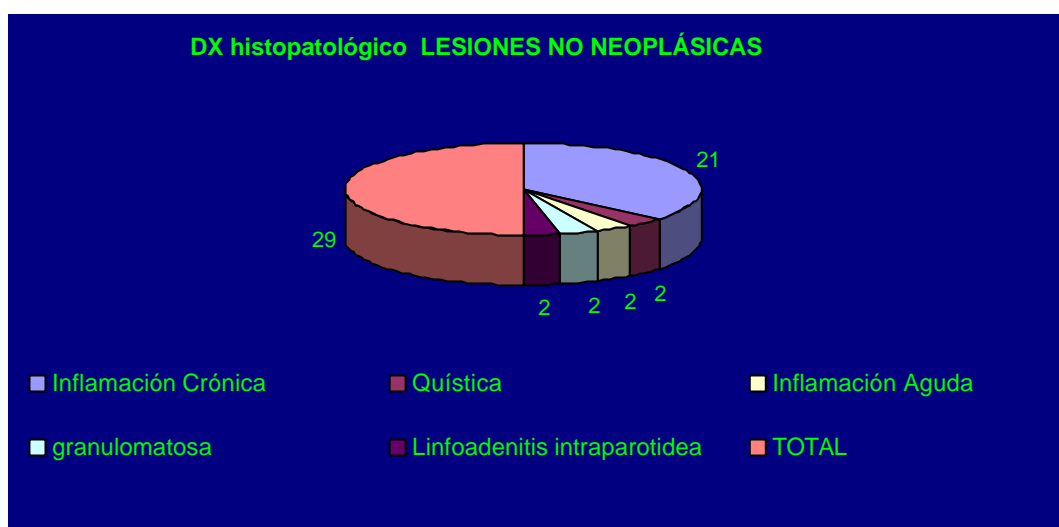


GRAFICA N° 5



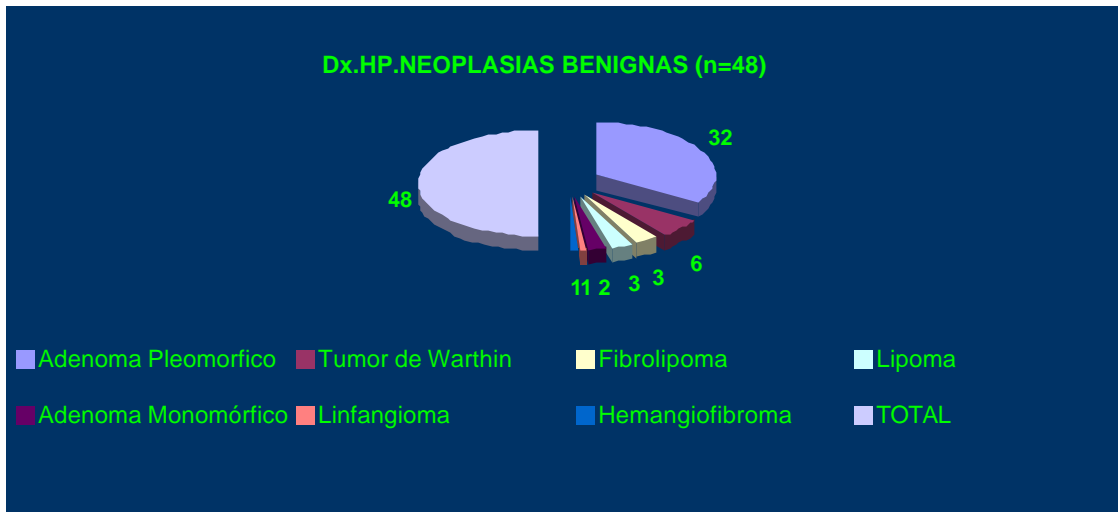
Lesiones No Neoplásicas (30.85%), de ellas la Sialoadenitis crónica fue la más frecuente. Cuadro XI.

GRAFICA N° 6



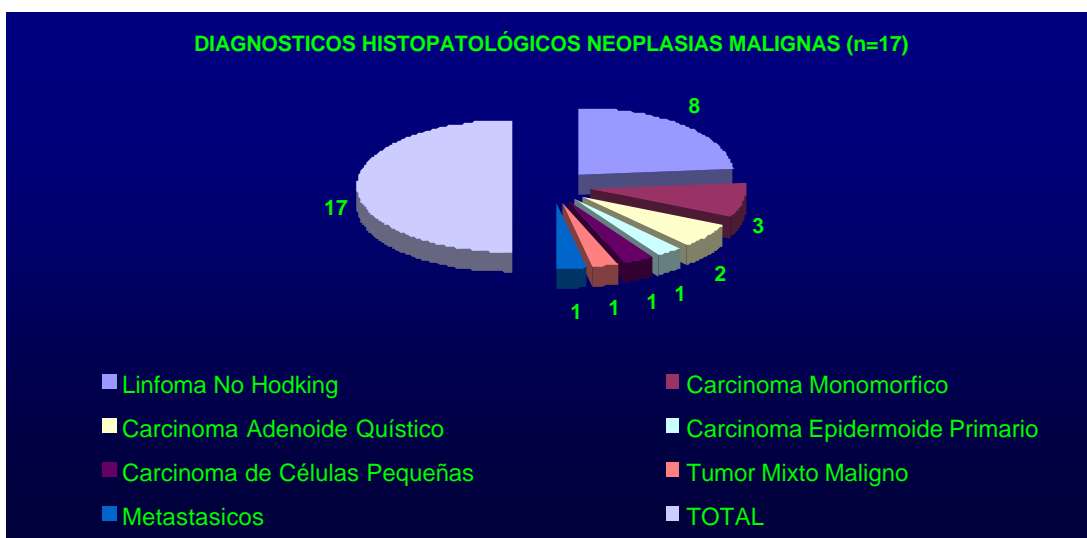
Neoplasias Benignas (51.06%) de ellas el Adenoma Pleomórfico y el Tumor de Warthin los más frecuentes. **Cuadro XII.**

**GRAFICA N° 7**



Neoplasias Malignas (18.09%):Linfoma No Hodking; Carcinoma Monomorfico y Carcinoma Adenoide Quístico los más diagnosticados. **Cuadro XIII.**

**GRAFICA N° 8**



De los 94 diagnósticos citológicos que contaron con un estudio histopatológico posterior se diagnosticaron 76 casos como benignos; 71 (80.68%) de ellos correlacionaron con el diagnóstico histopatológico y 4 (4.59%) fueron falsos negativos. La discrepancia se muestra en el **Cuadro XIV**.

En la citología se diagnosticaron 12 casos como malignos; 11(12.50%) de ellos correlacionaron con el diagnóstico histopatológico y 1 (1.14%) fue falso positivo, el cual se muestra en el **Cuadro XV**.

La distribución proporcional de los casos después de la correlación entre el diagnóstico citológico( BAAFSG), e histopatológico fue la siguiente:

Verdaderos Positivos 11 (12.50%); Verdaderos Negativos 71 (80.68%),

Falsos Positivos 1 (1.14%) y Falsos Negativos 4 (4.59%).

Con estos datos y aplicando la tabla de contingencia de 2x2 se obtuvo una sensibilidad del 73.33% y una Especificidad del 98.61%, un Valor Predictivo Positivo del 91.60 % y Valor Predictivo Negativo del 93.42%. La Eficiencia fue de 93.18%. **Cuadro XVI**.

No Hubo complicaciones secundarias a la técnica de la Punción.

### CUADRO I

#### Distribución de las Biopsias por Aspiración con Aguja Fina de Glándulas Salivales Período Marzo 1998-Marzo 2001

ORGANO	*BAAF	**BAAF / H.	TOTAL	%
Glándula Parótida	80	51	131	54%
Glándula Submaxilar	62	39	101	42%
Glándula Sublingual y salival menor	4	4	8	4%
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>94</b>	<b>240</b>	<b>100%</b>
<b>BAAF*</b> :Biopsia aspiracion con aguja fina				
<b>BAAF/H**</b> Biopsias aspiración con aguja fina que tuvieron correlación histológica				

### CUADRO II

#### Distribución de las Lesiones en Glándulas Salivales(BAAFGS) por enfermedad Período Marzo 1998-Marzo 2001

	BAAFGS	BAAFGS/H	TOTAL DE BAAFGS	%
Lesiones No Neoplásicas	82	37	119	49.59
Neoplasias Benignas	43	40	83	34.58
Neoplasias Malignas	11	12	23	9.59
Muestra Insuficiente	6	7	13	5.41
Glándula Salival Normal	2		2	0.83
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>96</b>	<b>240</b>	<b>100</b>
<b>BAAFGS/H*</b> Biopsias aspiración con aguja fina que tuvieron correlación histológica				





### CUADRO IV

Biopsias por Aspiración con Aguja Fina de Glándulas Salivales:

#### *LESIONES NO NEOPLÁSICAS*

Período: Marzo 1998-Marzo 2001

DIAGNÓSTICO	TOTAL	Solo BAAFGS	BAAFGS / HIST.	TOTAL	%
Inflamacion Crónica	90	64	26	90	75.63
Quística	11	5	6	11	9.24
Inflamación Aguda	8	7	1	8	6.73
granulomatosa	5	3	2	5	4.2
Linfoadenitis intraparotidea	4	2	2	4	3.36
Síndrome de Sjögren	1	1		1	0.84
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>82</b>	<b>37</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

### CUADRO V

#### *BAAFGS: LESIONES NO NEOPLÁSICAS*

Distribución según Glándulas Afectada

Período. Marzo 1998-Marzo 2001

DIAGNÓSTICO	Gl. Parótida	%	Gl. Submaxilar	%	GL.Sublingual / Salival menor	%	total	%
Inflamacion Crónica	32		58		0		90	
Quística	8		3		0		11	
Inflamación Aguda	4		2		2		8	
granulomatosa	3		2		0		5	
Linfoadenitis intraparotidea	4		0		0		4	
Síndrome de Sjögren	0		1		0		1	
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>		<b>66</b>		<b>2</b>		<b>119</b>	

## CUADRO VI

**Biopsia Aspiración con Aguja Fina de Glándulas Salivales:**

### *NEOPLÁSIAS BENIGNAS*

Período: Marzo 1998-Marzo 2001

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>Solo BAAFGS</b>	<b>BAAFGS / HIST.</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>Adenoma Pleomórfico</b>	<b>18</b>	<b>27</b>	<b>45</b>	<b>54.21</b>
<b>Tumor de Warthin</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>19.28</b>
<b>Adenoma Monomórfico</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>8.44</b>
<b>otros</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>18.07</b>
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>40</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

## CUADRO VII

### *BAAFGS: NEOPLÁSIAS BENIGNAS*

**Distribución según Glándula Afectada**

Período. Marzo 1998-Marzo 2001

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>Gl. Parótida</b>	<b>%</b>	<b>Gl. Submaxilar</b>	<b>%</b>	<b>GL.Sublingual / Salival menor</b>	<b>%</b>	<b>total</b>	<b>%</b>
<b>Adenoma Pleomórfico</b>	40	48.19	5	6.02	0		45	54.21
<b>Tumor de Warthin</b>	13	15.66	3	3.62	0		16	19.28
<b>Adenoma Monomórfico</b>	0		5	6.02	2	2.42	7	8.44
<b>otros</b>	6	7.22	8	9.64	1	1.21	15	18.07
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>71.07</b>	<b>21</b>	<b>25.3</b>	<b>3</b>	<b>3.63</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

### CUADRO VIII

Biopsia por Aspiración con Aguja Fina de Glándulas Salivales:

#### NEOPLASIAS MALIGNAS

Período: Marzo 1998-Marzo 2001

DIAGNÓSTICO	Solo BAAFSGS	BAAFSGS / HIST.	TOTAL	%
Linfoma Maligno	5	4	9	39.13
Carcinoma Indiferenciado	0	4	4	17.4
Carcinoma Adenoide Quístico	2	1	3	13.04
Otros	4	3	7	30.43
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

### CUADROIX

#### BAAFSGS: NEOPLASIAS MALIGNAS

Distribución según Glándula Afectada  
Período. Marzo 1998-Marzo 2001

DIAGNÓSTICO	Gl. Parótida	Gl. Submaxilar	GL.Sublingual / Salival menor	total	%
Linfoma Maligno	5	4	0	9	39.13
Carcinoma Indiferenciado	3	1	0	4	17.4
Carcinoma Adenoide Quístico	0	1	2	3	13.04
Otros	7	0	0	7	30.43
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

## CUADRO X

### Biopsias por Aspiración con Aguja Fina de Glándulas Salivales

#### DIAGNÓSTICOS HISTOPATOLÓGICO (N=94)

Período: Marzo 1998-Marzo 2001

<b>Clasificación Morfológica</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>Lesiones No Neoplásicas</b>	29	30.85
<b>Neoplasias Benignas</b>	48	51.06
<b>Neoplasias Malignas</b>	17	18.09
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

## CUADRO XI

### BAAFGS DX Histopatológico

#### *LESIONES NO NEOPLÁSICAS.(n=29)*

Período: Marzo 1998-Marzo 2001

<b>Clasificación Morfológica</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>Inflamacion Crónica</b>	<b>21</b>	<b>22.33</b>
<b>Quística</b>	<b>2</b>	<b>2.13</b>
<b>Inflamación Aguda</b>	<b>2</b>	<b>2.13</b>
<b>granulomatosa</b>	<b>2</b>	<b>2.13</b>
<b>Linfoadenitis intraparotidea</b>	<b>2</b>	<b>2.13</b>
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>30.85</b>

## CUADRO XII

### BAAFGS DX Histopatológico

*NEOPLÁSIAS BENIGNAS (n=48)*

Marzo 1998-Marzo 2001

Clasificación Morfológica	TOTAL	%
Adenoma Pleomorfico	32	34.04
Tumor de Warthin	6	6.39
Fibrolipoma	3	3.19
Lipoma	3	3.19
Adenoma Monomórfico	2	2.13
Linfangioma	1	1.06
Hemangiofibroma	1	1.06
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>51.06</b>

## CUADRO XIII

### BAAFGS DX Histopatológico

*NEOPLÁSIAS BENIGNAS (n=48)*

Marzo 1998-Marzo 2001

Clasificación Morfológica	TOTAL	%
Linfoma No Hodking	8	8.52
Carcinoma Monomorfico	3	3.19
Carcinoma Adenoide Quístico	2	2.14
Carcinoma Epidermoide Primario	1	1.06
Carcinoma de Células Pequeñas	1	1.06
Tumor Mixto Maligno	1	1.06
Metastasicos	1	1.06
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>18.09</b>



## CUADRO XIV

### Biopsia por Aspiración con Aguja Fina de Glándula Salival

*FALSOS NEGATIVOS (N=4)*

Marzo 1998-Marzo 2001

<b>DIAGNOSTICO CITOLÓGICO</b>	<b>DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO</b>
1. Adenitis Crónica Granulomatosa	Linfoma de células B de alto grado asociado a mucosa (MALT) de GS
2. Tumor de Warthin	Linfoma No Hodgking de células marginales (Linfoma MALT), de bajo grado.
3. Sialoadenitis Crónica	Carcinoma Monomórfico de Glandula Salival. Sialoadenitis crónica.
4. Adenoma Pleomórfico	Carcinoma Adenoide Quístico con patrón cribiforme e invasión perineural.
<b>FALSO POSITIVO:</b>	
<b>DIAGNOSTICO CITOLÓGICO</b>	<b>DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO</b>
1. Hiperplasia de células epiteliales con discariosis severa.	Adenoma Pleomórfico de Glándula Salival.

### CUADRO XV

Biopsia por Aspiración con Aguja Fina de Glándulas Salivales

TABLA DE CONTINGENCIA 2X2

	<b>VERDADERO POSITIVO</b>	<b>VERDADERO NEGATIVO</b>
<b>TEST POSITIVO</b>	11	1
<b>TEST NEGATIVO</b>	4	71
VP = 11		
FP = 1		
VN = 71		
FN=4		

### CUADRO XVI

Biopsias por Aspiración con Aguja Fina de Glándulas Salivales

VALORES ENCONTRADOS EN EL ESTUDIO REALIZADO

Período: Marzo 1998-Marzo 2001

	<b>VALOR</b>
<b>SENSIBILIDAD</b>	73.33%
<b>ESPECIFICIDAD</b>	98.61%
<b>Valor Predictivo Positivo</b>	91.60%
<b>Valor Predictivo Negativo</b>	93.42%
<b>Eficiencia</b>	93.18%