FACTORES ASOCIADOS AL CANCER DE LA GLANDULA PAROTIDA EN BUCARAMANGA DURANTE LOS AÑOS 2001 AL 2005

DR. SERGIO ALFONSO SUAREZ ESTEVEZ

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
BUCARAMANGA
2010

FACTORES ASOCIADOS AL CANCER DE LA GLANDULA PAROTIDA EN BUCARAMANGA DURANTE LOS AÑOS 2001 AL 2005

DR. SERGIO ALFONSO SUAREZ ESTEVEZ
Residente IV AÑO Cirugía General

Trabajo con el propósito de optar al titulo de Cirujano General

Director: Dr. ALVARO ANTONIO HERRERA H.
Cirujano de Cabeza y Cuello
Profesor Departamento de Cirugía General

Dra.: Laura Rodríguez Villamizar
Medica Magister en Epidemiología
Departamento Salud Pública

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
BUCARAMANGA
2010

AGRADECIMIENTOS

- A todo el grupo de investigación GRICES por su apoyo en la realización de este trabajo.

- A todo el grupo de Residentes y estudiantes del departamento de cirugía con quienes compartí mi periodo de formación, quienes con su desempeño facilitaron el desarrollo de los programas.

- A los pacientes de quienes aprendí mis más grandes lecciones de vida, paciencia y tolerancia.

- Al grupo de Profesores del Departamento de Cirugía de UIS.

DEDICATORIA

- A mis padres Luis Alfonso, Griselda y Hermanas Sandra Rocío y María Margarita, por su incondicional apoyo, motivación de alegría y orgullo.

- A mi Abuelo Jesús, Ejemplo de Vida y entrega incondicional a la familia y la sociedad.

- A mi esposa Andrea por mis hijos Sergio Andrés y Ángela Sofía y, a ellos por su energía diaria, felicidad, esperanza y vida.

CONTENIDO

INTRODUCCION	1
1. MARCO TEÓRICO	3
1.1 INFORMACION GENERAL.	3
1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS.	3
1.3 DATOS EPIDEMIOLOGICOS	4
1.4 ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO.	5
2. PATOLOGIA	6
2.1 CLASIFICACION.	6
3. DIAGNOSTICO.	7
3.1. SIGNOS Y SINTOMAS.	7
3.1.1 AYUDAS DIAGNOSTICAS.	7
3.2. DIAGNOSTICO PATOLOGICO.	8
3.2.1. CLASIFICACION TNM.	8
3.2.2. DIAGNOSTICO PATOLOGICO Y TRATAMIENTO.	9
4. JUSTIFICACIÓN	11
5. OBJETIVOS	12
5.1. OBJETIVO GENERAL.	12
5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.	12
6. DISEÑO METODOLÓGICO	13
6.1 TIPO DE ESTUDIO	13
6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	13
7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	14
8. VARIABLES	15
9. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	26

10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO 27
11. ASPECTOS ÉTICOS 28
12. RESULTADOS 29
13. DISCUSIÓN 39
CONCLUSIONES 44
RECOMENDACIONES 46
BIBLIOGRAFIA 47

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemograficas de los pacientes con neoplasias primarias de parótida. 29
Tabla 2. Síntomas y signos clínicos de los pacientes con neoplasias primarias de la glándula parótida en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005. 32
Tabla 3. Las características imagenologicas de los pacientes con neoplasias primarias de parótida en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005.. 34
Tabla 4. Diferentes tipos de Lesiones Benignas primarias de parótida en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005.. 35
Tabla 5. Diferentes tipos de neoplasias Malignas primarias de parótida en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005.. 36
Tabla 6. Factores clínicos asociados con la identificación de neoplasias malignas de la glándula parótida en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005.. 37
Tabla 7. Características topográficas asociadas con la identificación de neoplasias malignas de la glándula parótida en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005.. 37
Tabla 8 . Modelo multivariado de los factores asociados a cáncer de la glándula parótida en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005.. 38

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 . Distribución por edad y sexo de lesiones tumorales de parótida en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005.. 31
Figura 2. Distribución de lesiones tumorales Malignas por edad y sexo en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005.. 36

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA DE RECOLECCION DE DATOS 52

RESUMEN

TITULO: Factores Asociados al Cáncer de la glándula parotida en Bucaramanga Durante los años 2001 al 2005.*

Autor: SUAREZ ESTEVEZ, Sergio Alfonso**

Palabras Clave: Glándula Parotida, Cáncer, Factores asociados, Glándulas Salivares, Estudio Transversal.

Introducción: La glándula parotida da lugar a una gran variedad enfermedades tumorales tanto benignas como malignas. Es una entidad relativamente infrecuente con una prevalencia Baja. A la fecha no se conocen factores asociados claramente que diferencien los tumores entre benignos y malignos en la evaluación prequirúrgica.

Objetivo: Determinar los factores asociados al cáncer de la glándula parotida en pacientes de 7 centros médicos en la Ciudad de Bucaramanga, Colombia.

Materiales y Métodos: Se desarrollo un estudio de corte transversal con pacientes quienes presentaban patología tumoral de la Glándula Parotida y fueran vistos por el servicio de Cirugía de Cabeza y cuello en el periodo de 2001 al 2005.

Resultados: se estudiaron 46 pacientes que presentaron lesiones tumorales de la glándula parotida, encontrándose un edad promedio de 51.78 años. Un total de 28.3% de los pacientes presentaron lesiones malignas, su edad fue de 56.92 años con predominio del sexo masculino.

El promedio de tamaño de la masa fue 40.43mm. Encontrándose 13 lesiones malignas con 9 patologías respectivamente siendo el carcinoma mucoepidermoide la variedad predominante. 22 pacientes manifestaron dolor como principal síntoma. (47.8%)

La presencia de trismos reporto una prevalecía de 1.26 con un nivel de confianza del 95 %. Ecografía y Tomografía fue practicada a todas las lesiones.

Conclusión: El estudio estableció un promedio de 9.2 pacientes atendidos por año. El factor clínico estadísticamente significativo asociado con cáncer de la glándula parotida fue el compromiso de la piel.

---

* Trabajo de Investigación

** Universidad Industrial de Santander, Facultad de Salud, Director: Dr. Alvaro Antonio Herrera

SUMMARY

TITLE : Associated Factors relating to Cancer of the Parotid Gland in Bucaramanga For the Period of 2001 to 2005*

Author: SUAREZ ESTEVEZ, Sergio Alfonso**

Keywords: Parotid Gland, Carcinoma, Associated Factors, Salivary Glands, Transverse Study.

Introduction: The parotid gland gives place to an amazing variety of tumor illnesses, whether benign or malign. Is an entity relatively infrequent with very low prevalence. To date no known factors allow to differentiate between benign or malign tumors in a preoperative evaluation.

Objective : To determine the associated factors relating to cancer of the parotid gland in patients seen in the main medical centers located within the city of Bucaramanga Colombia.

Methods and Materials: A transverse study was carried out taking into account patients who presented pathological tumors of the parotid gland and were seen in seven medical centers in the metropolitan area of Bucaramanga. These patients were seen by the head and neck specialist services in the period of 2001 to 2005.

Results: A sample of 46 patients presenting tumoral lesions of the parotid gland was studied with an age average of 51.78 years .A total of 28.3% Of the patients had malign tumors and their age average was 56.92 years with male predominance.

The average size of the mass was 40.43 mm. A total of 13 malign neoplastic lesions were found with 9 pathologies respectively, being mucoepidermoid carcinoma the predominant variety. 22 patients reported pain as the main symptom with a 47.8% prevalence. The presence of Trismus reported a prevalence rate of 1.26 and a level of confidence of 95%. Echogram and tomogram exams were performed to all the lesions.

Conclusion: The study established that every year an average of 9.2 patients presented tumor pathology in the metropolitan area of Bucaramanga. The Clinical Factor statistically significant associated with cancer of the parotid gland was the compromise of the skin.

---

* Trabajo de Investigación

** Universidad Industrial de Santander, Facultad de Salud, director: Dr. Alvaro Antonio Herrera

GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS.

- **ACAF**

  Aspiración con aguja fina. (Biopsia).
- **BX.**

  Biopsia
- **N.R.**

  No responde (formato de encuesta)
- **O.M.S**

  Organización mundial de la salud.
- **PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL**

  Parotidectomia parcial, supra facial, exofacial o parotidectomia con conservación del nervio Facial. Consiste en la exéresis del lóbulo superficial parotideo.
- **PAROTIDECTOMIA RADICAL**

  Resección de la glándula en bloque incluyendo el nervio facial.
- **REGION Y ESPACIO PARAFARINGEA**

  Espacio de tejido limitado anteriormente por la aponeurosis bucofaríngea, la glándula parótida y el músculo pterigoideo; posteriormente por la fascia pre vertebral; lateralmente por la vaina carotidea y medialmente por la pared lateral de la faringe.

  Se extiende desde la base del cráneo hasta la cobertura de los músculos estilohioideo y digástrico.

  Algunas veces está dividido en los compartimientos preestiloideo y postestiloideo o retroestiloideo.

  El compartimento postestiloideo contiene la arteria carótida interna; los nervios glosofaríngeo, vago, espinal, hipogloso y simpático, la vena yugular interna y los ganglios linfáticos asociados a los grandes vasos
- **R. H.**

  Factor Rhesus, proteína integral aglutinógena presente o no en la superficie de la membrana celular de los glóbulos rojos.
- **R.M.N.**

Resonancia nuclear magnética.

- **SIALOGRAFIA**

  Estudio radiológico que se realiza inyectando medio de contraste hidrosoluble yodado y radiopaco de manera retrograda a través del conducto de Stenon o Wharton con el fin de evaluar el sistema canalicular.

- **SINDROME DE FREY**

  (Síndrome auriculotemporal) caracterizado por la aparición de enrojecimiento, hiperhidrosis o ambos, en la zona inervada por el nervio auriculotemporal como respuesta a un estímulo gustativo desencadenado por la ingesta de distintos alimentos.

- **SINDROME DE SJÖGREN**

  Enfermedad sistémica crónica de carácter autoinmune, caracterizada por la infiltración linfoplasmocítica de las glándulas exocrinas, resultando en una hiperactividad de los linfocitos B con la consecuente producción de autoanticuerpos y complejos inmunes.

  Predominantemente afecta las glándulas salivares y lacrimales, cuya expresión clínica es el síndrome seco o sicca

- **T.C.**

  Tomografía computarizada.

- **T.N.M.**

  Sistema que describe el tamaño del cáncer en el cuerpo del paciente. La letra T se usa para describir el tamaño del tumor y si el tumor invadió el tejido cercano; la letra N se usa para describir cualquier ganglio linfático que esté comprometido y la letra M se usa para describir la metástasis (la diseminación del tumor desde una parte a otra del cuerpo).

- **TRISMUS**

  Contracción tónica de los músculos masticatorios manifestándose como inhabilidad para la apertura de la cavidad oral, síntoma de diferentes etiologías entre ellas tumores de la glándula parótida, tétanos entre otras.

- **V.I.H.**

  Virus de inmunodeficiencia adquirida.

INTRODUCCION

El manejo de los tumores de parótida es un reto para el cirujano general. La variedad de procesos patológicos que afectan la glándula y la íntima relación de esta con el nervio facial, exigen del cirujano tratante destreza, capacidad y un conocimiento amplio en la identificación del tipo de patología al cual se enfrenta, para así decidir una conducta quirúrgica más adecuada.

Los carcinomas de glándulas salivares constituyen entre el 1 y el 3% de todos los cánceres de cabeza y cuello, representando menos del 2 % de los tumores del ser humano. Entre ellos aproximadamente el 70 % se originan en la glándula parótida, pero solo del 15% al 30 % son malignos y entre ellos, el adenoma pleomórfico constituye la neoplasia benigna más frecuente; frente al casi 40% de tumores malignos de los localizados en las glándulas submandibulares. De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que la probabilidad de que un tumor de glándula salivar sea maligno es inversamente proporcional al tamaño de la glándula afectada.

Su conducta biológica es muy variable, lo cual dificulta establecer criterios pronósticos. Igualmente esta patología presenta frecuentes recurrencias locoregionales contrastando su baja incidencia con una alta morbilidad.

Aunque los tumores benignos están presentes por varios meses o años antes de que el paciente solicite atención medica, los malignos pueden manifestarse más prontamente. La presencia de un crecimiento rápido, de adenopatías regionales, dolor, dureza y fijación a estructuras adyacentes acompañadas de parálisis facial están íntimamente relacionados con el grado de malignidad. *Spitz*, describió una asociación de hasta un 11% de canceres de parótida con la exposición a la irradiación a baja dosis usada para enfermedad benigna entre otros factores.

De igual manera, debido a la baja incidencia de esta patología se plantean nuevos retos y se debaten nuevas opciones en su manejo. Sin embargo, a pesar que el diagnostico inicial es clínico, el compromiso del nervio facial, la piel y el espacio parafaríngeo han sido

considerados signos claros de mal pronóstico y puede recurrirse a exámenes complementarios como el uso de la biopsia aspirativa con aguja fina (ACAF), tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética nuclear (RMN) con el fin de optimizar el estudio tumoral y precisar con exactitud su localización.

El tratamiento de elección es siempre la parotidectomia e idealmente en los casos en que sea posible con preservación del nervio facial.

Los factores de riesgo asociados han sido poco comprendidos existiendo actualmente gran controversia en relación a esta patología. Por la cual se puede establecer que no existen criterios para identificar según la clínica las lesiones benignas de las malignas e igualmente es clara la literatura en afirmar que no existen factores asociados "establecidos claramente" al cáncer de parótida.

Hasta el momento no hay un estudio que describa los factores asociados al cáncer de la glándula parótida en el área metropolitana de Bucaramanga. Por tal motivo se realiza un estudio de tipo corte transversal con pacientes de los principales centros médicos de la ciudad y con patología tumoral de la glándula parótida durante los años 2001 al 2005 para su análisis cuyos resultados generaran una aproximación y orientación al cirujano al momento de abordar el manejo de estos pacientes.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 INFORMACION GENERAL.

Las lesiones tumorales de la glándula parótida hacen parte de un grupo de neoplasias de manifestaciones clínicas y morfológicas diversas, marcando un reto para el cirujano en cuanto a su diagnostico y tratamiento.[1] Al revisar la literatura mundial se puede afirmar que por su baja incidencia no se conocen ni han sido descritos claramente los factores asociados a estos tumores. [1] La única evidencia demostrada hasta el momento ha sido la exposición a radiación ionizante inclusive a bajas dosis.[2,3,4,5] Además se han relacionado esporádicamente las ocupaciones laborales como plomería, manufactura del caucho, carpintería y minería de asbestos.[6]

1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS.

Los tumores de la glándula parótida fueron inicialmente descritos en el año de 1863, por *Virchow*, recibiendo desde entonces gran variedad de denominaciones. *Virchow* creía que estas neoplasias se originaban del tejido conectivo mesoblástico por lo cual los denomino encondromas. Posteriormente, *T. Bilrroth* distinguido clínico de la época estuvo de acuerdo y compartió su concepto, el cual se mantuvo hasta el año 1879, cuando *Wartman* y más tarde *Volkman* propusieron en estos tumores el concepto de tener un origen endotelial, por lo cual posteriormente los llamaron endoteliomas y luego en 1908, basaliomas por *Krompecher*, el cual se baso para esta denominación en la conexión con las células básales del epitelio escamoso estratificado. En 1900, Cuneo y *Velpeau* plantearon una nueva teoría de su origen, la cual proponía que se debían a un defecto local a través del cual se desarrollaban, llamándolos enclavomas. Hasta que *Ehrlich* en 1906, observando los cambios histológicos en la glándula y sustentándose su teoría que persiste hasta los experimentos de *Fatava* que la soportan, atribuyen su origen, a través de los efectos de la saliva sobre las células epiteliales de estos tumores transformándolas

en un tejido similar al cartilaginoso y llamándose posteriormente tumores mixtos de origen epitelial.

1.3 DATOS EPIDEMIOLOGICOS

La incidencia reportada de esta patología es de aproximadamente 5 a 6 casos por millón de habitantes por año y del 2.5 a 3 casos / año en el mundo occidental; y aunque son poco frecuentes representan un importante porcentaje de mortalidad debido a su variedad celular y localización anatómica presentando en su evolución gran cantidad de recurrencias locales.[7, 8.] Estos tumores suelen aparecer en adultos, con un leve predominio por el sexo femenino, aunque casi el 5 % aparecen en niños menores de 16 años.[7,8,9] Por razones desconocidas el tumor de Warthin se presenta con mayor frecuencia en hombres y los tumores benignos aparecen predominantemente hacia la quinta y sexta década de la vida.[10]

Las lesiones tumorales de las glándulas salivares son reconocidas por su diversidad histológica, estas neoplasias incluyen tanto tumores benignos como malignos de origen epitelial, mesenquimal y linfoide. Solamente las neoplasias de origen epitelial conforman aproximadamente el 90% de los tumores de las glándulas salivares.[7,9] Las lesiones malignas más comúnmente reportadas en la literatura varían entre el carcinoma adenoide quístico en algunas series (Adekeye and Robertson, 1979; Onyango et al, 1995; Masanja et al, 2003), y el carcinoma mucoepidermoide (Ezeanolue, 1999; Kolude et al, 2001. Jansisyanont et al, 2002). Sin embardo en conjunto estas neoplasias son relativamente infrecuentes y representan menos del 2 % de los tumores en el ser humano, originando por su baja incidencia gran variedad en los porcentajes de presentación y variedad histopatológica predominante.[9]

Las neoplasias malignas de las glándulas salivares constituyen aproximadamente el 0.5% de todos los canceres y alrededor del 1% al 3 % de todos los canceres de la cabeza y el cuello. El 70% de estos tumores se originan en la glándula parótida y

representan aproximadamente un 25% a 30 % de malignidad del total de las glándulas salivares. [7,9]

1.4 ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO.

Los factores etiológicos relacionados con el cáncer de la glándula parótida no son definidos de forma clara e igualmente el manejo óptimo en cirugía para este tipo de lesiones es un motivo actual de controversia. [11]

A diferencia de la relación que existe entre el consumo de tabaco y el alcohol con las lesiones tumorales de cabeza y el cuello, a nivel de la glándula parótida, estas no causan un incremento en la incidencia con respecto a su desarrollo. Y si el consumo de tabaco ha sido relacionado con el desarrollo de tumores de Warthin de la glándula parótida.[10]

El único factor claramente relacionado ha sido descrito por hallazgos de lesiones encontradas en pacientes Japoneses sobrevivientes de la bomba atómica y en quienes han recibido irradiación en el área de la cabeza y el cuello durante la niñez.[2,3,4,5]

2. PATOLOGIA

La clasificación patológica de las lesiones tumorales de la glándula parótida es basada de acuerdo la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. (OMS.)

1. Adenomas
2. Carcinomas
3. Tumores no epiteliales
4. Linfomas malignos
5. Tumores secundarios
6. Tumores no clasificados
7. Lesiones Tumorales " like "

Aunque la clasificación histológica de los tumores de la glándula salivar es la más ampliamente aceptada puede ser causa de dificultades para algunos patólogos.

2.1 CLASIFICACION.

Para el carcinoma mucoepidermoide la OMS clasifica los tumores como de tipo, bajo grado o bien diferenciado, tumores de tipo grado intermedio o moderadamente diferenciados y alto grado o pobremente diferenciado. Su pronóstico va relacionado respectivamente de la misma manera con el subtipo.

En el caso de adenocarcinomas, el carcinoma de células acinares y el carcinoma de células escamosas de alto grado son de pobre pronóstico, sin embargo el pronóstico para los tumores de bajo grado es más favorable.

3. DIAGNOSTICO.

3.1. SIGNOS Y SINTOMAS.

En general los tumores de las glándulas salivares son de crecimiento lento y bien circunscritos.[5] Sin embargo, ante su diversidad clínica una presentación con dolor, parestesias y debilidad facial, la rapidez de su crecimiento, la presencia de trismos o adenopatías con masa firme sugieren una naturaleza maligna.[5] Las neoplasias de la glándula parótida producen tumefacciones características por delante y por debajo de la oreja. Generalmente cuando se diagnostican por primera vez, tanto las lesiones benignas como las malignas oscilan entre los 4 y 6 cm de diámetro. Sin embargo, clínicamente no hay criterios fiables para identificar las lesiones benignas de las malignas siendo siempre necesaria una evaluación morfológica de la lesión realizando así su diagnostico en forma postoperatoria.

3.1.1 AYUDAS DIAGNOSTICAS.

La principal herramienta en el diagnostico es el examen físico. Basándose en la regla de porcentajes, el 80 % son benignos y se ubican la glándula parótida el diagnostico diferencial debe incluir lesiones tales como hiperplasia, lesiones quísticas y procesos inflamatorios entre otros.

Se conoce en general que el 15 al 30 % de los tumores localizados en las glándula parótida son malignos, frente al casi 40 % de los localizados en las glándulas submandibulares, el 50 % de los tumores localizados en las glándulas salivares menores y el 70% al 90% de los tumores sublinguales. por tanto se establece que la probabilidad que un tumor de una glándula salival sea maligno es inversamente proporcional a su tamaño.

Estadísticamente al evaluar solo la característica de la presencia de una masa dura de crecimiento rápido, acompañada de adenopatías regionales, con dolor y firmemente adherida a estructuras vecinas, son las que presentan mayor porcentaje en relación al diagnostico de lesión maligna.[4]

A pesar de que su diagnostico inicial es clínico el reto para el cirujano radica en una rápida claridad y precisión de su diagnostico pudiéndose llegar a requerir exámenes complementarios como ACAF, ECOGRAFIA, TC o RMN.[12,13,14,15,16,17]

La aspiración con aguja fina es un método para el abordaje inicial el cual depende tanto de la experiencia del cirujano como del citopatólogo ofreciéndole una especificidad entre el 45% al 91% y una sensibilidad del 36% al 99 %. La cual permite principalmente diferenciar la benignidad de malignidad sin ser útil en una clasificación mas especifica del tumor .[12,13,14]

El uso de imágenes carece de especificidad en diferenciar lesiones benignas de malignas, igualmente son innecesarias en lesiones menores de 3 cm de la glándula parótida. Para lesiones de mayor tamaño o con compromiso del espacio parafaríngeo o estructuras vecinas, tanto la TC como la RMN ayudan a planear el procedimiento quirúrgico a seguir.[15,16,17]

3.2. DIAGNOSTICO PATOLOGICO.

La clasificación por estadios de acuerdo a la AJCC permite el establecimiento de protocolos de manejo según cada estadio clínico.[18]

3.2.1. CLASIFICACION TNM.

Para el tumor primario (T) se considera TX tumor no puede determinarse, T0 sin evidencia de tumor primario, T1 tumor menor de 2 cm sin extensión extra parenquimatosa, T2 tumor de 2 a 4 cm sin extensión extra parenquimatosa, T3 tumor de 4 a 6 cm con extensión extra parenquimatosa sin compromiso del nervio facial, y T4 tumor mayor de 6 cm,

extensión a base de cráneo o compromiso del nervio facial. La evaluación de los nódulos es igual a la de otros sitios de cabeza y cuello e incluye N0 sin metástasis ganglionar, N1 metástasis ganglionar única ipsilateral menor de 3 cm, N2a metástasis nodal única ipsilateral de 3 a 6 cm, N2b metástasis nodal múltiple ipsilateral menor de 6 cm, N2c metástasis nodal bilateral o contra lateral menor de 6 cm y N3 metástasis nodal mayor de 6cm. La enfermedad metastásica a distancia se clasifica como MX cuando no puede ser determinada, M0 cuando no está presente y M1 cuando está presente. Así pues el estado I incluye T1-T2N0M0. El estado II solo T3N0M0. El estado III incluye T1-2N1M0. El estado IV T4N0M0, T3-4N1M0, cualquier T, N2-3, M1.[18,19]

3.2.2. DIAGNOSTICO PATOLOGICO Y TRATAMIENTO.

La mayoría de las lesiones neoplásicas son operadas sin diagnostico patológico. La biopsia abierta de la parótida no es recomendada y en el caso de una lesión claramente maligna la realización de ACAF puede ser útil en la elaboración de un planeamiento quirúrgico.

El procedimiento ideal ante un diagnostico de lesión tumoral es como mínimo la parotidectomia superficial con preservación del nervio facial en cuanto sea posible, sin embargo cabe la posibilidad de realizar una biopsia insicional por congelación bajo anestesia general para determinar la naturaleza de la lesión y ofrecer una ampliación durante el procedimiento quirúrgico.[7,20]

El riesgo inherente al realizar una biopsia insicional es el del daño del nervio facial acompañado de una diseminación de la lesión aumentando el porcentaje de recurrencia tanto para lesiones benignas como malignas.[7,21]

La extensión de la parotidectomía está determinada por el grado de diferenciación. Para el mucoepidermoide de bajo grado de malignidad en estadios tempranos y menores de 4 cm, la principal indicación es la parotidectomía superficial o total con conservación del nervio facial siempre que sea posible. Para el carcinoma de alto grado de malignidad la parotidectomía total con suficiente margen de resección que deje bordes libres es

fundamental teniendo como principio que la radioterapia en niños debe ser evitada hasta donde sea posible.[20,22]

La resección del nervio facial o sus ramas es realizada si hay evidencia clínica o anatómica de compromiso del nervio en el momento de la cirugía. Cuando es necesario el sacrificio del nervio o sus ramas se prefieren la reconstrucción temprana con anastomosis primaria, injertos libres de nervio o transferencias musculares.[4,7,20,22]

4. JUSTIFICACIÓN

Debido a la baja incidencia de lesiones tumorales de la glándula parótida, la literatura mundial presenta retos significativos en cuanto a su diagnostico y tratamiento; igualmente los factores asociados no están claramente descritos y han sido poco comprendidos.

Hasta la fecha no existen criterios para diferenciar las lesiones benignas de las malignas en forma preoperatoria.

El propósito de este estudio es hacer una aproximación a los factores asociados a cáncer de la glándula parótida en el área metropolitana de Bucaramanga, Colombia.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar los factores asociados al cáncer de la glándula parótida en pacientes atendidos en los principales centros médicos de la ciudad de Bucaramanga, Colombia, durante los años 2001 a 2005.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Establecer la frecuencia de patología tumoral en la glándula parótida en el área metropolitana de Bucaramanga, Colombia durante los años 2001 a 2005.

- Describir las características sociodemográficas, clínicas, imagenológicas, de los pacientes con patología tumoral de la glándula parótida.

- Determinar los factores sociodemográficos, clínicos e imagenologicos asociados con la presencia de cáncer de la glándula parótida.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizo un estudio analítico de corte transversal.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objeto fueron los usuarios de 7 instituciones de salud del área metropolitana de Bucaramanga: Hospital Universitario de Santander antes Hospital Universitario Ramón González Valencia, Clínica Chicamocha, Clínica Comuneros, Clínica Carlos Ardila Lulle, Clínica Bucaramanga, Clínica de Saludcoop y Clínica Metropolitana. Durante los años 2001 a 2005.

Se estudiaron todos los pacientes con patología tumoral de la glándula parótida que consultaron al servicio de cirugía de cabeza y cuello en las Instituciones participantes.

7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se establecieron como criterios de inclusión: pacientes que consultaron al servicio de cirugía de cabeza y cuello con patología tumoral de la glándula parótida en cada una de estas instituciones y fueran operados en ellas. Se excluyeron los pacientes con tumores secundarios.

8. VARIABLES

Las variables independientes que fueron utilizadas se dividieron en 7 componentes: identificación (variables sociodemográficas), características clínicas de la masa, antecedentes, examen físico y hallazgos quirúrgicos, imágenes diagnósticas, resultado de patología y complicaciones. La siguiente tabla presenta las variables incluidas en cada componente con sus respectivas categorías y clasificación:

Componente	**Variable**	**Categorías**	**Tipo de Variable**
1. Identificación	Edad	No aplica	Cuantitativa – Continua
	Sexo	Femenino Masculino	Cualitativa – Nominal
	Lugar de procedencia	Municipios	Cualitativa – Nominal
	Escolaridad	Ninguna Primaria Secundaria Universidad Posgrado	Cualitativa – Nominal
	Estado civil	Soltero Casado Union libre Separado Viudo	Cualitativa – Nominal

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MASA	Masa	No Si	Cualitativa – Nominal
	Ubicación	Derecha Izquierda	Cualitativa – Nominal
	Tamaño de la lesion (mm)		Cuantitativa – continua
	Dolor	No Si	Cualitativa – Nominal
	Trismus	No Si	Cualitativa – Nominal
	Consistencia de la lesión	No Blanda o quística Cauchosa Firme	Cualitativa – Nominal
ANTECEDENTES Patológicos	Parótida	No Si - Parotiditis viral - Parotiditis supurativa - Litiasis - Neoplasica - Otra	Cualitativa – Nominal
	s. sjogren	No Si	Cualitativa – Nominal
	De la piel	No Si - Infecciosa - Neoplasica - Otra	Cualitativa – Nominal

	Organos sentidos	No Si - Infecciosa - Neoplasica - Otra	Cualitativa – Nominal
	Respiratoria	No Si - Infecciosa - Neoplasica - Otra	Cualitativa – Nominal
	Cardiovasculares	No Si - Infecciosa - Neoplasica - Otra	Cualitativa – Nominal
	Gastrointestinales	No Si - Infecciosa - Neoplasica - Otra	Cualitativa – Nominal
	Renales y vias urinarias	No Si - Infecciosa - Neoplasica - Otra	Cualitativa – Nominal
	Hematologicas	No Si - Infecciosa - Neoplasica - Otra	Cualitativa – Nominal
	Neurologicas	No	Cualitativa

		Si - Infecciosa - Neoplasica - Otra	– Nominal
	Osteomusculares	No Si - Infecciosa - Neoplasica - Otra	Cualitativa – Nominal
	VIH	Positivo Negativo	Cualitativa – Nominal
	Toxoplasmosis	Positivo Negativo	Cualitativa – Nominal
• Hospitalarios	Hospitalarios	No Si - Infecciosa - Neoplasica - Trauma - Cirugía - Otra	Cualitativa – Nominal
• Quirúrgicos	Quirúrgicos	No Si - Cual:?	Cualitativa – Nominal
• Trauma facial	Trauma facial	No Si - Contuso - Arma de fuego - Arma cortopunzante	Cualitativa – Nominal

		- Otro	
• Toxicologicos	Tabaquismo	No Si	Cualitativa – Nominal
	Farmacodependencia	No Si	Cualitativa – Nominal
	Alcoholismo	No Si	Cualitativa – Nominal
• Transfusionales	Transfusiones	No Si	Cualitativa – Nominal
• Hemoclasificacion	Grupo sanguineo	A B O AB	Cualitativa – Nominal
	R H	Negativo Positivo	Cualitativa – Nominal
• Inmunizaciones	Inmunizaciones	No Si	Cualitativa – Nominal
• Nutricionales	Desnutricion	No Si	Cualitativa – Nominal
	Anemia	No Si	Cualitativa – Nominal
• Tumores sincronicos	Tumores sincronicos	No Si	Cualitativa – Nominal
• Antecedentes Tumorales familiares	Primer grado	No Si Cual ?	Cualitativa – Nominal
	Segundo grado	No Si Cual ?	Cualitativa – Nominal

EXAMEN FISICO Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS	Tension arterial	No aplica	Cuantitativo – continua
	Frecuencia cardiaca	No aplica	Cuantitativo – continua
	Frecuencia respiratoria	No aplica	Cuantitativo – continua
- Antropometria	Talla	No aplica	Cuantitativa – continua
	Peso	No aplica	Cuantitativa – continua
	Compromiso de la piel	No Si	Cualitativa – Nominal
	Bilateralidad	No Si	Cualitativa – Nominal
	Compromiso del nervio facial	No Si	Cualitativa – Nominal
	Compromiso de oido	No Si	Cualitativa – Nominal
	Compromiso de base de craneo	No Si	Cualitativa – Nominal
	Invasion de arteria carótida	No Si	Cualitativa – Nominal
	Movilidad	Movil Fija	Cualitativa – Nominal
	Compromiso de ganglios linfaticos	No Si	Cualitativa – Nominal
	Compromiso de region parafaringea	No Si	Cualitativa – Nominal

RESULTADO DE PATOLOGIA – BIOPSIA	Biopsia	No Si - Bacaf - Trucut - Insicional	Cualitativa – Nominal
	Diagnostico bx	Beningno Maligno Indeterminado Inflamatorio	Cualitativa – Nominal
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Ecografia	No Si	Cualitativa – Nominal
	Lesión ecográfica	No Única Multicentrica	Cualitativa – Nominal
	Tipo de lesión ecográfica	No Quística Solida Mixta	Cualitativa – Nominal
	Lateralidad	Única Bilateral	Cualitativa – Nominal
	Compromiso de estructuras adyacentes	No Si	Cualitativa – Nominal
	Tomografia	No Si	Cualitativa – Nominal
	Lesión tomografica	No Única Multicentrica	Cualitativa – Nominal
	Tipo de lesión tomografica	No Quística	Cualitativa – Nominal

		Solida Mixta	
	Lateralidad	Única Bilateral	Cualitativa – Nominal
	Compromiso de estructuras adyacentes	No Si	Cualitativa – Nominal
	RMN	No Si	Cualitativa – Nominal
	Lesion	No Quistica Solida Mixta	Cualitativa – Nominal
	Lateralidad	Unica Bilateral	Cualitativa – Nominal
	Compromiso de estructuras adyacentes	No Si	Cualitativa – Nominal
	Gammagrafia	No Si	Cualitativa – Nominal
	Captacion	Hipocaptante Normocaptante Hipercaptante	Cualitativa – Nominal
	Sialografia	No Si	Cualitativa – Nominal
	Resultado	Estenosis Dilataciones Calculos	Cualitativa – Nominal

TRATAMIENTO	Quirurgico	No Si	Cualitativa – Nominal
	Otros	No Radioterapia Quimioterapia	Cualitativa – Nominal
	Tipo de cirugia	-Parotidectomia superficial -Parotidectomia total con conservacion del N. facial. -Parotidectomia radical con nervio facial. -Vaciamiento ganglionar del cuello - No - Si	Cualitativa – Nominal
RESULTADO FINAL DE PATOLOGÍA	Lesion	Unica Multiple	Cualitativa – Nominal
	Tamaño de lesion mm.	No aplica	Cuantitativa - continua
	Tipo de lesión	Solida Quistica Mixta	Cualitativa – Nominal
	Multicentricidad	No Si	Cualitativa – Nominal
	Compromiso extraglandular	No Si	Cualitativa – Nominal

	Compromiso ganglionar	No Si	Cualitativa – Nominal
	Numero de ganglios	No aplica	Cuantitativa – continua
	Nivel ganglionar	1 2 3 4 5	Cuantitativa – ordinal
	Otros dx	Negativo Positivo - Cual ?	Cualitativa – Nominal
COMPLICACIONES	Infeccion	No Si	Cualitativa – Nominal
	Dehiscencia	No Si	Cualitativa – Nominal
	Hematoma	No Si	Cualitativa – Nominal
	Isquemia en cierre primario	No Si	Cualitativa – Nominal
	Isquemia colgajo	No Si	Cualitativa – Nominal
	Reintervencion	No Si	Cualitativa – Nominal
	Paralisis facial	No Temporal Permanente	Cualitativa – Nominal
	Fistula salival	No Si	Cualitativa – Nominal
	Sindrome de frey	No	Cualitativa

		Si	– Nominal

Como variable dependiente se estableció la presencia o no de cáncer, el cual es definido como haber reportado en la patología alguna de las siguientes lesiones tumorales malignas: Carcinoma mucoepidermoide, carcinoma adenoideo quistico, lesiones linfoproliferativas, Carcinoma mioepitelial, adenocarcinoma, carcinoma de células acinares, carcinoma oncocítico, carcinoma exadenoma pleomorfico, carcinoma de los ductos salivares carcinoma de los ductos terminales, adenocarcinoma papilar, carcinoma de células escamosas, carcinoma de células pequeñas, linfoepitelioma like, carcinoma indiferenciado.

9. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El proceso de búsqueda de la información se realizo con la revisión de las historias clínicas, informes de patología e informes quirúrgicos. Se recogió la información utilizando un formato diseñado para este objetivo (Ver anexo1).

10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizo inicialmente un análisis univariado para describir las características de la población y la frecuencia del cáncer en la población estudiada. Las variables continuas se analizaron mediante el cálculo de medidas de tendencia central y sus respectivas medidas de dispersión y las variables nominales se analizaron calculando proporciones.

Para el análisis bivariado se tomaron como variables independientes las mencionadas anteriormente y como variable dependiente el diagnostico histopatológico de cáncer de la glándula parótida descrito previamente. Se utilizaron como pruebas estadísticas para establecer asociación: ji^2 y la prueba exacta de *Fisher* en las variables nominales, y *t* de *student* en las variables continúas. Se asumió un nivel de significancia de 0,05. Con los datos del análisis bivariado se calcularon Razones de Prevalencias (RP) y sus intervalos de confianza de 95%.

Para ajustar por el efecto de posibles variables de confusión se realizo un análisis multivariado usando un modelo de regresión binomial. Para el manejo estadístico de los datos se utilizo el programa Epi Info versión Abril 2004 (CDC, USA) y el programa STATA Versión 10.0.

11. ASPECTOS ÉTICOS

En cuanto a las consideraciones éticas, la presente investigación se realizo acorde con las disposiciones legales vigentes nacionales (Constitución política nacional de 1991 y las normas para la investigación en salud decreto 008430 de 1993), e internacionales (Declaración de Helsinki); para los efectos de riesgo se ha catalogado como una investigación sin riesgo; se garantizó la confidencialidad de los datos recolectados.

12. RESULTADOS

En el periodo de estudio, 2001 a 2005, se detectaron 46 pacientes atendidos por patología tumoral de la glándula parótida en el área metropolitana de Bucaramanga, que supone una frecuencia promedio de 9,2 pacientes atendidos por año. Del total de pacientes 32 eran residentes del AMB, por lo cual se calculo una prevalencia de periodo de 3,2 / 100.000 habitantes con lesiones tumorales de la glándula parótida. Las características socio demográficas de dichos pacientes se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemograficas de los pacientes con neoplasias primarias de parótida.

Variable	Numero	Porcentaje
1. Sexo		
Femenino	25	54,35 %
Masculino	21	45,65 %
2. Estado civil		
Soltero/a	4	9.52 %
Casado/a	32	76.19 %
Unión libre	2	4.76 %
Separado/a	3	7.14 %
Viudo/a	1	2.38 %
3. Residencia		
Arauca	2	4,44 %
Barrancabermeja	7	15,56%
Betulia	1	2,22 %
Bucaramanga	23	51,11 %
Floridablanca	5	11,11%
Giron	1	2,22%

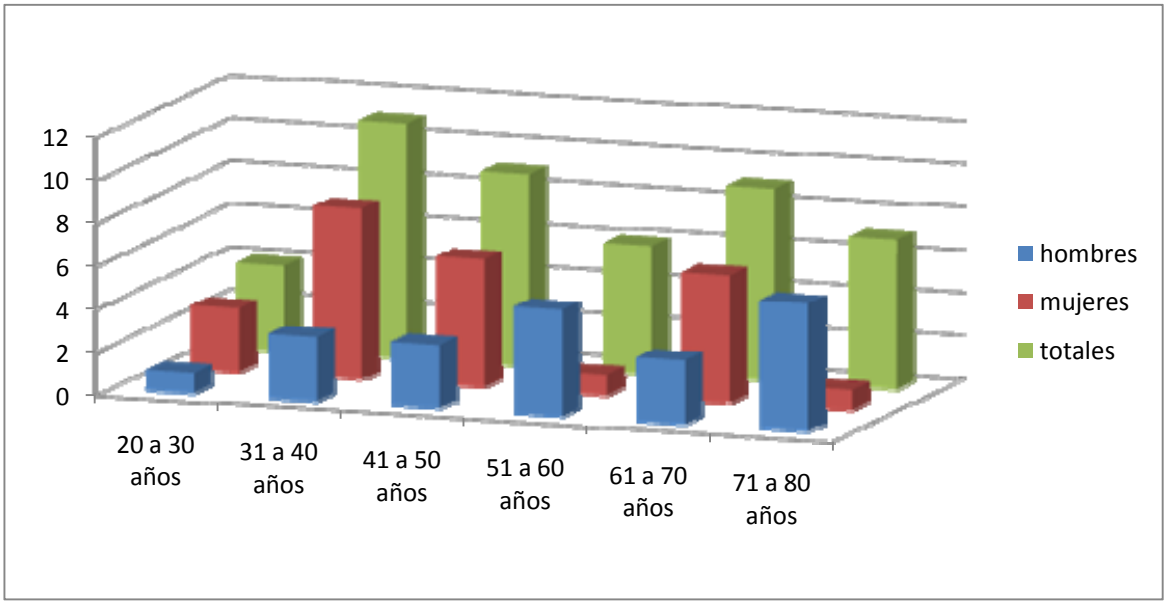
Piedecuesta	3	6,67 %
Saravena	1	2.22 %
Otros / N.R	3	6,67 %

4. Ocupación

Administrador	1	2.1 %
Agricultor	1	2.1 %
Comerciante	5	10.86%
Conductor	1	2.1 %
constructor	1	2.1 %
Desempleado/cesante	2	4.34 %
Ecopetrol	1	2.1 %
Estudiante	1	2.1 %
Gaseosas	1	2.1 %
Guarnición	1	2.1%
Hogar	13	28,2%
Independiente	1	2.1 %
Mecánico	1	2.1 %
Oficios varios	1	2.1 %
Servicio	1	2.1 %
Topógrafo	1	2.1 %
Vendedor	1	2.1 %
Auxiliar laboratorio	1	2.1 %
Otros/ N.R.	11	23.91%

De los 46 pacientes, el 54,3% (25 pacientes) fueron de sexo femenino, la edad de presentación varió entre los 22 y los 80 años con una edad media de 51.78 ± 16.32 años (Ver Figura 1).

Figura 1 . Distribución por edad y sexo de lesiones tumorales de parótida en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005..



En cuanto a los síntomas y signos clínicos se encontró que casi la mitad de las masas estudiadas eran de consistencias firme, el 44% eran móviles y fue muy baja la afectación a oído, base de cráneo y arteria carótida. Estas y otras características clínicas estratificados según diagnostico final se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Síntomas y signos clínicos de los pacientes con neoplasias primarias de la glándula parótida en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005.

.

Síntomas y Signos clínicos		Frecuencia en Neoplasias Benignas	Frecuencia en Neoplasias Malignas	Prevalencia Total
Masa a nivel parótídeo (diámetro en milímetros)		100% (33 Pacientes)	100% (13 Pacientes)	100% (46 Pacientes)
Media del Tamaño de la masa		35.81±18.1	52,15±29.9	40.43 ± 22.9 (7 a 100 milímetros)
Consistencia	Firme	39,39% (13 Pacientes)	72,73 % (8 Pacientes)	47.79% (21 Pacientes)
	Blanda	12.12% (4 Pacientes)	Ningún Paciente	9,1% (4 Pacientes)
	Cauchosa	27.27% (9 Pacientes)	18.18 % (2 Pacientes)	25% (11 Pacientes)
Bilaterales		6.25% (2 Pacientes)	Ningún Paciente	4.4% (2 Pacientes)
Móviles		34.37% (11 Pacientes)	69.23% (9 Pacientes)	44.4% (20 Pacientes)

Multicentricidad	0 %	36.36%	10.81%
	(0 Pacientes)	(4 Pacientes)	(4 Pacientes)
Dolor	46.87%	53.84%	47.8%
	(15 Pacientes)	(7 Pacientes)	(22 pacientes)
Trismos	6.25%	15.38%	8,9%
	(2 Pacientes)	(2 Pacientes)	(4 pacientes)
Compromiso de ganglios linfáticos	3.13%	30.77 %	11.1%
	(1 Pacientes)	(4 Pacientes)	(5 Pacientes)
Compromiso de la piel	3.12 %	38.46 %	13.3%
	(1 Paciente)	(5 Pacientes)	(6 Pacientes)
Compromiso del nervio facial	3.12 %	30.76 %	11.11%
	(1Paciente)	(4 Pacientes)	(5% Pacientes)
Compromiso del espacio parafaríngeo	3.12%	15.38%	6.7%.
	(1 Paciente)	(2 Pacientes)	(3 Pacientes)
Compromiso del oído	Ningún Paciente	7.69%	2,2%
		(1 Paciente)	(1 Paciente)
Compromiso de Estructuras adyacentes	Ningún Paciente	Ningún Paciente	Ningún Paciente

Base de cráneo	Ningún Paciente	7.69% (1 Paciente)	2,2% (1 Paciente)
Invasión de la arteria carótida	Ningún Paciente	7.69% (1 Paciente)	2.2% (1 Paciente)

No se realizó ninguna resonancia nuclear magnética ni gammagrafía. Las características imagenológicas se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Las características imagenologicas de los pacientes con neoplasias primarias de parótida en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005..

Estudio	Característica	Prevalencia en Neoplasias Benignas	Prevalencia en Neoplasias Malignas
Ecografía	lesión única	100% (33 Pacientes)	100% (13 Pacientes)
	quística en el 4.7%,	3.12% (1 Paciente)	7.69% (1 Paciente)
	sólida en el 2.3%	Ningún Paciente	7.69% (1 Paciente)
	mixta en el 2.3%	3.12% (1 Paciente)	Ningún Paciente
	compromiso adyacente	Ningún Paciente	Ningún Paciente
Tomografía Axial Computarizada	lesión única	100% (33 Pacientes)	100% (13 Pacientes)
	quística en el 4.5%	3.25% (2 Pacientes)	Ningún Paciente

	sólida en el 31.8%	28.12% (9 Pacientes)	38.46% (5 Pacientes)
	mixta en el 13,6%	15.62% (5 Pacientes)	7.69% (1 Paciente)
	compromiso adyacente	12.5% (4 Pacientes)	30.76% (4 Pacientes)

Se encontraron 33 lesiones benignas las cuales correspondieron a 11 patologías de diferentes orígenes, cuyas frecuencias se muestran en la tabla 4. y se detectaron 13 neoplasias malignas las cuales correspondieron a nueve (9) patologías cuya frecuencia se muestra en la tabla 5 y distribución según sexo y edad se presenta en la Figura 2.

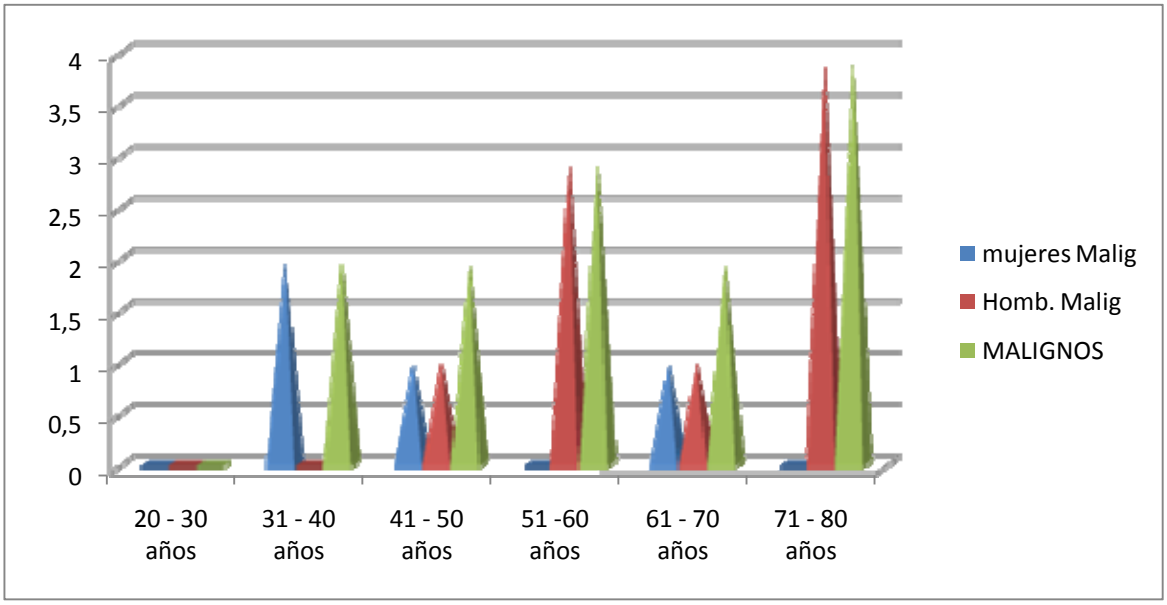
Tabla 4. Diferentes tipos de Lesiones Benignas primarias de parótida en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005..

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Adenoma plemorfico	17	51.51%
Oncocitoma	3	9.09%
T. de Wanthin	4	12.12%
Sialoadenitis crónica	2	6.06%
Hemangioma cavernoso	1	3.03%
Lesión linfoepitelial	1	3.03%
Lipoma Intraparotideo	1	3.03%
Mioepitelioma	1	3.03%
Fibromatosis	1	3.03%
Quiste linfoepitelial	1	3.03%
Tumor de células gigantes	1	3.03%
Total	**33**	**100.0%**

Tabla 5. Diferentes tipos de neoplasias Malignas primarias de parótida en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005..

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Ca. Mucoepidemoide	3	23.07%
Linfoma	2	15.38%
Adernocarcinoma	1	7.69%
Ca celulas acinares	1	7.69%
Carcinoma escamocelular	1	7.69%
Carcinoma Mioepitelial	2	15.38%
Carcinoma adenoideo	1	7.69%
Carcinoma ex-adenoma	1	7.69%
Carcinoma linfoepitelial	1	7.69%
Total	**13**	**100.0%**

Figura 2. Distribución de lesiones tumorales Malignas por edad y sexo en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005..



Al realizar el análisis estadístico bivariado se determinaron los siguientes factores clínicos e imagenologicos, que en forma independiente estuvieron asociados a la presencia de malignidad: la edad mayor de 75 años, el sexo masculino, masa no móvil, compromiso de piel y compromiso ganglionar (Ver tablas 6 y 7).

Tabla 6. Factores clínicos asociados con la identificación de neoplasias malignas de la glándula parótida en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005..

Variable	Razón de Prevalencia	Intervalo de Confianza 95%	Valor p
Edad mayor de 75 años	10,5	1,24 – 82,52	0,0065
Sexo	1,90	1,06 – 3,39	0,043
Dolor	1,11	0,60 – 2,05	0,74
Trismus	1,26	0,26 – 6,10	0,7673
Consistensia	1,03	0,82 – 1,29	0,7839
VIH	Indeterminado	Indeterminado	0,1072
Toxoplasmosis	Indeterminado	Indeterminado	0,50
Tabaquismo	0,98	0,21 – 4,44	0,98
Alcoholismo	0,61	0,07 – 4,99	0,641
Antecedente familiar	1,23	0,12 – 12,42	0,86

Tabla 7. Características topográficas asociadas con la identificación de neoplasias malignas de la glándula parótida en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005..

Variable	Razon de Prevalencia 95%	Intervalo de Confianza 95%	Valor p
Compromiso de la piel	6,15	1,36 – 27,79	0,006
Compromiso del nervio facial	2,46	0,66 – 10,64	0,22
Compromiso del oído	Indeterminado	Indeterminado	0,11
Compromiso de la base del cráneo	Indeterminado	Indeterminado	0,11
Compromiso de la arteria carótida	Indeterminado	Indeterminado	0,11
No móvil	2,01	1,1 – 3,67	0,0329
Compromiso ganglionar	9,84	1,21 – 79,93	0,0079
Compromiso parafaringeo	4,43	0,48 – 49,71	0,13

El análisis multivariado ajustó el efecto de las variables encontradas como asociadas con el cáncer de parótida en el análisis bivariado y se encontró que solamente tener compromiso de piel es la variable estadísticamente asociada con la presencia de cáncer de parótida en la población de estudio (Ver tabla 8).

Tabla 8 . Modelo multivariado de los factores asociados a cáncer de la glándula parótida en pacientes atendidos en el Area Metropolitana de Bucaramanga, 2001-2005..

Variable	Razón de prevalencia	IC 95%	Valor P
Edad mayor a 75 años	1,76	0,69 – 4,45	0,232
Comp. Piel	1,23	1.08 - 1.40	0.001
Masa No Móvil	1.68	0.52 – 5,44	0,384
Comp. Ganglionar	1,26	0,62 – 2,58	0,521
Sexo	2,35	0,73 – 7,53	0,150

13. DISCUSIÓN

Las neoplasias de la glándula parótida constituyen una enfermedad poco frecuente dentro de las cuales encontramos diversas lesiones benignas y malignas.[23] Las lesiones malignas corresponden solo al 1-3 % de las malignidades de la región de la cabeza y el cuello.[24] Estas lesiones presentan comportamientos diferentes con un espectro variable, es así como existen lesiones malignas relativamente indolentes, como neoplasias benignas bastante agresivas, esto sumado a la gran variedad morfológica que exhiben estas neoplasias dificultan su diagnostico no solo para el cirujano tratante sino también para el patólogo.[1] Por lo anterior se han discutido diferentes técnicas de diagnostico que pretenden diferenciar estas neoplasias entre las cuales encontramos algunas características clínicas como el gran tamaño, el dolor, el compromiso del nervio facial y del espacio retrofaringeo, así como también de características imagenologicas sugestivas de invasión a estructuras adyacentes.[4] Sin embargo, estas relaciones no son bien comprendidas y han sido poco estudiadas observándose solo en estudios de series de casos y en algunas comunicaciones por expertos, sin encontrarse en la literatura un estudio que abordara en forma concisa y clara este aspecto, con un análisis adecuado.[2,3,4,25,26.]

Por lo anterior se realizo este estudio donde se determinaron características generales de las neoplasias de la glándula parótida similares a las descritas por otros grupos con un predominio de la enfermedad hacia la tercera y sexta década con predominio de las lesiones benignas y un incremento en la edad de presentación en las lesiones malignas hacia el final de la séptima década. La edad de presentación en nuestro estudio constituye un rango muy amplio con una media descrita hacia la quinta década de la vida, éste hallazgo se correlaciona con la mayoría de las descripciones hechas por otros autores.[27] Es el caso de Harney et al, quienes reportan, en una serie de 108 pacientes, un rango de edad para el momento del diagnóstico y posterior cirugía, de 23 a 89 años con una media de 55. De forma similar la experiencia en la clínica Mayo evaluando tumores malignos informan un rango de 7 a 78 años con media de 51,9.[28,29.]

La distribución por género de ésta patología se inclinó moderadamente hacia el género femenino, contando con un porcentaje de 54,35. La literatura al respecto indica, al igual que la edad, un patrón de distribución similar y en general se muestra un pequeño predominio femenino en los tumores de parótida, especialmente en lo referido a tumores benignos, con algunas excepciones según el tipo de tumor. Otros autores sin embargo, han hallado en sus estudios patrones de distribución entre géneros donde el predominio de presentar masas benignas se reserva para el género masculino. No obstante la mayoría de los estudios coinciden en el hallazgo de un mayor predominio de patología maligna entre el sexo masculino y benigna para el femenino como ha sucedido en el area metropolitana de Bucaramanga.[9.]

Estas enfermedades se manifestaron en el 100% de los casos como masa de la región parotidea con diferentes características concomitantes como la bilateralidad, la movilidad, la multricenticidad, el dolor, el trismos, el compromiso de los ganglios linfáticos, el compromiso de la piel, del nervio facial, del espacio parafaringeo, del oído, de la base del cráneo, de estructuras adyacentes, y de la arteria carótida interna; características que se observaron mas frecuentemente en los pacientes con lesiones malignas pero que se observaron también en menor cantidad en pacientes con enfermedad benigna, en este estudio las variables asociadas encontradas pierden su poder al hacer el ajuste multivariado dando como resultado estadísticamente significativo solo el compromiso de la piel. Al igual que lo reportado globalmente, el principal motivo de consulta de los pacientes con tumores de parótida, es la masa en el espacio parotídeo,[9,30.] que en el estudio se destacó por la gran variedad en tamaño. Un componente importante de ésta característica es el hallazgo de dolor en el 47.8%, que se encuentra muy superior a las series descritas donde se reporta el dolor como síntoma asociado en un 25%.[30]

En una serie clásica de Spiro donde se revisaron 288 casos primarios malignos, el componente álgico asociado a la masa se ponderó en el 3.47% y como síntoma significativo en el 12%,[27] en otro estudio de 1968 que evalúa el carcinoma mucoepidermoide revela un 4% de componente doloroso concomitante. El hallazgo de éste síntoma en estudios con tumores mixtos de parótida en general se eleva hasta el

7.6% aun inferior a nuestro trabajo.[31.] Las series de hace 20 y 30 años poseen una mayor cantidad de reportes relacionados con dolor y aun así, en nuestro estudio, el porcentaje fue superior. Estos hallazgos nos permiten inferir la probable consulta tardía de los pacientes a instituciones de tercer nivel debido a componentes socioculturales, la mayoría de procedencia periférica y/o rural con escasos recursos económicos que limitan una manejo oportuno y no una atención y consulta que minimice el porcentaje de las complicaciones.

La media del tamaño de la masa parotídea se correlaciona en cierto grado con la literatura. Los hallazgos para tumores parotídeos benignos en general son reportados entre 10-120 mm.[31] Las series descritas para algunos estudios de tumores malignos dependientes de la parótida reportan rangos entre 6-32 mm,[32] otros describen un tamaño mayor de 30mm en carcinomas mucoepidermoides de alto grado;[30] Spiro, documenta una distribución en su estudio para los tumores malignos de la parótida como: 49% < 30mm, 34% entre 30 y 60 mm. Por lo anterior, inferimos que estos datos respaldan las características socioculturales de nuestra región y apoya la teoría de una consulta tardía. Sin embargo por los resultados documentados en el presente estudio no podemos discriminar si los datos de tamaño se relacionan con una mayor prevalencia de tumores malignos.

El compromiso de la piel constituye su fijación o ulceración por parte del tumor y en nuestra serie fue de 13.3%, referido por otras series desde 9% hasta un 43% en tumores malignos en general.[33] Éste fenómeno se encuentra poco relacionado con tumores malignos de bajo grado, 0.4%, en cambio, la fijación a la piel o estructuras profundas, como la ulceración se encuentran ligados a los carcinomas de alto grado, 38%.[30] En la experiencia de la clínica mayo con el carcinoma mucoepidermoide, siendo éste el tumor maligno más frecuente se documentó un 3% de compromiso de la piel.[9] Otras series han documentado éste tipo de compromiso evaluando la movilidad de la masa y su adherencia a la piel u otras estructuras vecinas y han descrito la presencia de una masa móvil en el 41%, disminución de la movilidad 15%, fija en 17%; que en el estudio se compara con 44.4% de masas móviles halladas; resultados muy similares a la literatura mundial.

Con respecto a la bilateralidad de las lesiones tumorales parotídeas es un hallazgo poco frecuente y está ligado generalmente al tumor de Warthin. Las series reportan hallazgos desde el 0.35% al 2.4%, datos representativamente inferiores al 4.4 % hallado en el estudio.

Teniendo en cuenta que la presentación de la mayoría de las lesiones benignas como malignas tienen manifestaciones clínicas similares, dos hallazgos muy sugestivos de diagnostico de cáncer son la paralisis del nervio facial y la presencia de adenopatía ipsilateral cervical en asociación con la presencia de masa parotidea. El estudio arrojo que el 11.1% de los pacientes presentaron al momento del examen físico algún grado de compromiso del nervio facial. Mientras unos artículos reportan porcentajes de copromiso desde 9% a 25 % , Otros artículos describen cifras tan bajas como de 1.7% hasta 2.6% de los tumores en general. Constituyendo así, una notable diferencia. sin embargo, la mayoría coincide en que éste hallazgo es casi sospechoso de malignidad y aunque los cirujanos conserven en lo posible su integridad su compromiso es de mal promostico y se relaciona con un estado avanzado de la enfermedad.[4]

El compromiso del espacio parafaríngeo, en el estudio de 6.7%, es un signo de compromiso del lóbulo profundo, sin embargo el hecho que no éste presente, no significa que el tumor se encuentre en el lóbulo superficial.[17] Así lo demuestra la literatura que reporta que solo en el 1.3% de los pacientes con tumores del lóbulo profundo, se encontró compromiso intraoral; o en otros donde el 20.8% de los tumores de parótida fueron tumores del lóbulo profundo y tan solo en el 1.7% de los pacientes se identificó alguna masa intraoral. El 9% de los tumores malignos suelen depender del lóbulo profundo según los varios estudios reportados por Spiro.[4,9,27,30,33.]

En muchas oportunidades, las masas intraorales son atribuidas a otras patologías o simplemente no son evidenciadas durante el examen físico. Nuestro porcentaje superior a otras series se puede correlacionar con un mayor tiempo de evolución previo a la consulta, suficiente para que el tumor alcance a desplazar las estructuras del espacio parafaríngeo; como también con un examen físico acucioso de la cavidad oral que permite hacer el diagnóstico, a la vez que un alto índice de sospecha.

Dentro de los hallazgos destacables en el estudio, el compromiso de los ganglios linfáticos locales o cervicales documentó el 11.1% al momento del examen físico o hallazgos intraoperatorios. Comparativamente con el estudio de Spiro en 288 casos de cáncer primario de parótida, los hallazgos son inferiores a su serie donde describe el 20% de lesiones con metástasis cervical documentada histopatológicamente.[27] En su estudio se documentó únicamente patología maligna mientras que en el presente estudio se tomaron los casos benignos y malignos que afectaron ésta glándula. En términos generales la incidencia de metástasis a distancia a partir de las lesiones parotídeas se ubica entre el 20-40% dependiendo del tipo histológico y el estadío de la lesión.[34]

Las características clínicas halladas, describen de forma general, un comportamiento similar a lo descrito en la literatura mundial; sin embargo, algunas condiciones encontradas compatibles con estados avanzados de la masa o de enfermedad maligna, sugieren una consulta tardía por parte del paciente y un llamado de atención hacia el mejor desempeño de las unidades de atención en salud de primer y segundo nivel al igual que una mejor participación y compromiso por parte del sistema de salud con nuestros pacientes procedentes de áreas distantes y con bajo nivel sociocultural para acceder más oportunamente al especialista.[35,36,37,38,39.]

CONCLUSIONES

Las neoplasias de la glándula parótida son enfermedades de presentación poco frecuente con prevalencias muy bajas y con características particulares que hacen su estudio un tema relevante. Tanto sus manifestaciones clínicas e histopatologías como las complicaciones postoperatorias, la tendencia a la recurrencia de algunas de estas enfermedades y la gran variedad de procedimientos para su abordaje terapéutico necesitan de un análisis particular para su comprensión y manejo tanto a nivel nacional como mundial.

Durante el periodo comprendido entre el 2001 y el 2005 se atendieron 46 pacientes con lesiones tumorales de la glándula parótida en la consulta de cirugía de cabeza y cuello en el area metropolitana de Bucaramanga. Se estableció una prevalencia de periodo 2001 – 2005 en el Area Metropolitana de Bucaramanga, de 3,2 lesiones tumorales de parótida / 100.000 habitantes y de 0,7 lesiones malignas primarias de parótida / 100.000 habitantes. Se estableció un promedio aproximado de 9,2 pacientes atendidos por año con patología tumoral de la glándula parótida en el área metropolitana de Bucaramanga.

En relación al sexo no se encontraron diferencias marcadas en cuando a porcentaje siendo las mujeres ligeramente superior con 54,3 % y los hombres con 45,65%. La edad promedio fue de 51.78 años con un rango amplio entre 22 – 80 años.

El 28,3% de los pacientes tenían tumores malignos y su promedio de edad era de 56,92 años con predominio del sexo masculino (69%). El 71.7% presentaron lesiones benignas con un promedio de edad de 49.75 años y predominio del sexo femenino (64%).

La presencia de masa fue constante en la totalidad de pacientes con un tamaño promedio de 40,43 mm , en un rango de 7 a 100 mm. De los cuales en promedio fueron 52.15 mm para las lesiones malignas y 35,81 mm para las benignas, respectivamente. Dichas

masas presentaron predominantemente una consistencia firme en 39,39% en lesiones benignas y 72,73 % en las Malignas. Se encontraron 33 lesiones benignas y 13 lesiones neoplasicas malignas. El tumor benigno predominante fue el adenoma pleomorfico con un 51,5% y en las malignas, fue el carcinoma mucoepidermoide con el 23.07%.

El factor clínico estadísticamente significativo asociado al cáncer de la glándula parótida fue el compromiso de la piel. (p 0.001) En este estudio igualmente se resaltan diferentes factores asociados a la presencia de lesiones tumorales de la glándula parótida (en el análisis bivariado) como lo son la edad mayor a 75 años(P 0.0065) , el género (sexo) (P 0,043), la presencia de masas no móviles (P 0,032) y el compromiso ganglionar (P 0,0079), que si bien no fueron estadísticamente representativas al finalizar el estudio sugieren un riesgo que no descarta su asociación, es necesario entonces un estudio con una mayor población y tiempo para definir realmente su verdadera asociación.

RECOMENDACIONES

Es indispensable continuar con estudios que permitan un mayor acercamiento a los factores asociados al cáncer de la glándula parótida con el fin de disminuir su incidencia, mejorar su diagnostico, su tratamiento y así mismo prevenir sus complicaciones planificando un mejor manejo.

BIBLIOGRAFIA

1. Tullio A, Marchetti C, Sesenna E, Brusati R, Cocchi R, Eusebi V.: Treatment of carcinoma of the parotid gland: results of a multicenter study. J oral Maxillofacial Surg 2001;59:263-70.
2. Kaste SC, Hedlund G, Pratt CB. Malignant parotid tumors in patients previously treated for childhood cancer : 1994;162:655-659.
3. Deret Kofi O. Boahene M.D. et al, Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland. Arch. Otolaryngol Head and Neck surg. 2004;130:849-856.
4. Spiro JD, Spiro R H.: Cancer of the parotid Gland: Role of 7th nerve preservation. World J. Surg. 2003;27:863-867
5. Spitz MR, Batsakis JG. Major salivary gland carcinoma: descriptive epidemiology and survival of 498 patients. Arc Otolaryngol. 1984;110:45-49.
6. Ellis GL, Auclair P.L.: Tumors of the salivary Glands. Washington DC: Armed Forces institute of pathology, 1996. Atlas of tumor pathology,3.
7. Witt Robert L.: Mayor salivary gland cancer. Surg Oncol Clin N Am 2004;13:113-127.
8. Davis WE, Zitsh RP. Statistics of head and neck cancer en Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Lindberg RD: Comprehensive management of head and neck tumors. WB Saunders Company, 2nd ed. Philadelphia, 1999; 283- 95.
9. Spiro RH. Salivary neoplasms: overview of a 35-year experience with 2807. Head Neck Surg 1986;8:177-184.
10. Yu GY, Liu XB, Li ZL, Peng X.: Smoking and the development of Warthin´s tumour of the parotid gland. Br J Oral Maxilofac Surg. 1998 Jun;36(3): 183-185.
11. Pohar S, Gay H, Rosenbaum P, Klish D, Bogart J, Sagerman R, Hsu J, Kellman R.: Malignant parotid tumors: presentation, clinical-pathologic prognostic factors, and treatment outcomes. Int J Radiat Oncol Biol phys. 2005 jan 1;61(1):112-118.
12. Zapata P.: Salivry Glands, fine – needle aspiration. Emedicine. June 2006.
13. Zbären p, Schär C, Hotz M, Loosli H.: Value of fine-needle aspiration cytology of parotid gland masses. The Laryngoscope. 2001;111:1989-1992.

14. Gal Rivka. Fine needle Aspiration of the salivary Glands: a review. Operative techniques in otolaryngology head and neck surgery. 1996;7(4):323-326.
15. Yerli H. Aydin E. Coskun M. Geyik E. Ozlouglu L. Haberal N. Kaskati T.: Dynamic multislice Computed tomography Finfings for parotid Gland tumors. J comput Assist Tomogr. 2007; 31(2):309-316.
16. Teresi L. Lufkin R. Wortham D. Abemayor E. Hanafee W.: parotid masses: MR Imaging. Head and Neck Radiology. 1987;163:405-409.
17. Som P, Biller H.: High-grade Malignancies of the parotid Gland: identification with MR imaging. Head and Neck Radiology. 1989;173:823-826.
18. AJCC Cancer staging Manual, American Joint Committee on Cancer, 6th edition. Springer-Verlag:2002.
19. McGuirt WF, Reyes JW Jr,Greven KM, Williams DW III, Watson NE Jr. Cappellari JO. Preoperative identification of benign Versus Malignant parotid masses: a comparative study including positron emission tomography. Laringoscope 1995;105(6):579-584.
20. Sungur N, Akan IM, Ulusoy MG, Ozdemir R, Kilinc H, ortak T.: Clinicopathological Evaluation of Parotid Gland Tumors: A retrospective study. The journal of craniofacial surg. 2002; 13 (1):26-30.
21. Bell R. B, Dierks EJ, Hommer L, Potter BE.: Management and outcome of patients with Malignant Salivary Gland tumors. J Oral Maxilofac Surg 2005;63:917-918.
22. Harish K.: Mamagement of primary Malignant epithelial parotid tumors. Surgical Ongology. 2004;13:7-16.
23. Nagler R.M. Laufer D: Tumors of the major and minor salivary glands: review of 25 years of experience. Anticancer Res 1997;17:701.
24. Kane W, McCaffrey T, Olsen K, et al. Primary parotid malignancies. A clinical and pathologic review. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1991;117:307–15.
25. Scout J. Burns J. Flower E. A.: Histological analysis of parotid and submandibular glands in chronic alcohol abuse: a necropsy satudy. J. Clini pathol 1988; 41: 837 – 40.

26. Licitra L, Grandi C, Prott FJ, Schornagel JH, Bruzzi P, Molinari R.: Major and minor Salivary glands tumours. Critical Reviews in oncology/Hematology 2003;45:215-225.
27. Spiro RH, Huvos AG, Strong EW. Cancer of the parotid gland. A clinicopathologic study of 288 primary cases. Am J Surg 1975;130:452–9.
28. Harney M, Walsh P, Conlon B, Hone S, Timon C. Parotid gland surgery: a retrospective review of 108 cases. J Laryngol Otol. 2002;116(4):285-7.
29. Boahene DK, Olsen KD, Lewis JE, Pinheiro AD, Pankratz VS, Bagniewski SM. Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland: the Mayo clinic experience. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2004;130(7):849-56.
30. Spiro RH, Huvos AG, Berk R, Strong EW. Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin. A clinicopathologic study of 367 cases. Am J Surg. 1978 Oct;136(4):461-8.
31. Toraya AA, Berens J, Hale HW Jr, Wagener J. Parotid gland tumors. Am J Surg. 1970;120(5):629-33.
32. Kim SA, Mathog RH. Acinic cell carcinoma of the parotid gland: a 15 year review limited to a single surgeon at a single institution. Ear Nose Throat J. 2005;84(9):597-602.
33. Spiro RH, Huvos AG, Strong EW. Adenocarcinoma of salivary origin. Clinicopathologic study of 204 patients. Am J Surg. 1982 Oct;144(4):423-31.
34. Schwentner I, Obrist P, Thumfart W, Sprinzl G. Distant metastasis of parotid gland tumors. Acta Otolaryngol. 2006;126:340-5.
35. Byrne MN, Spector JG, Louis st.: Parotid masses: Evaluation, analysis, and current management. Laryngoscope 1988;98: 99-105.
36. **Pinkstone J, Cole P.** Incidence rates of salivary gland tumors: results from a population-based study. Otolaryngol Head Neck Surg. 1999;120:834-40.
37. Hawkins EP.: Nasopharyngeal carcinoma in children- a retrospective review and demonstration of Epstein-Barr viral genomes in tumor cell cytoplasm: a report of the pediatric oncology group. Hum pathol.1989; 21:805..

38. Thorvaldsson SE, Beahrs OH, Woolner LB, Simons JN. Mucoepidermoid tumors of the mayor salivary glands. Am J Surg. 1970 Oct;120(4):432-8.
39. Satko I, Stanko P, Longauerova I. Salivary gland tumors treated in the stomatological clinics in Bratislava. J Cranio Maxillofac Surg 2000, 28:56–61.

ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA DE RECOLECCION DE DATOS

PATOLOGIA NOPLASICA DE PAROTIDA ESTUDIO EN BUCARAMANGA, COLOMBIA.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Formato Nº:_____
2. Historia clínica _____
3. Nombre [1] : _____
4. Edad: _____ años
5. Fecha de nacimiento: ___/____/_____ día/mes/año
6. Lugar de procedencia:_____
7. Escolaridad: ☐ 0. No, 1. Primaria 2. Secundaria 3. Universidad Pregrado 4. Universidad Postgrado
8. Estado civil: ☐ 1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Unión libre 3. Separado/a 4. Viudo/a
9. Ocupación: _____
10. Teléfono [1] : _____
11. Dirección de residencia [1] .:_____
12. Doc. No. _____
13. Fecha de ingreso: ___/____/_____ día/mes/año

. Se garantiza confidencialidad completa de estos datos.

ANAMNESIS

15. Inicio de manifestaciones Clínicas ___/____/_____ día/mes/año
16. Inicio de seguimiento ___/____/_____ día/mes/año
17. Masa ☐ 0. No 1. Si
18. Ubicación ☐ 0 Derecha 1 Izquierda
19. Tamaño de la lesión _____ mm
20. Dolor ☐ 0. No 1. Si
21. Trismus ☐ 0. No 1. Si
22. Consistencia de la lesión ☐ 0. No , 1. Blanda o quística , 2. Cauchosa , 3. Firme

ANTECEDENTES

22. **Patológicos:**
Parotida: ☐ 0. No 1. Si; cual ☐ 1. Parotiditis Viral 2. Parotiditis Supurativa 3. Litiasis 4. Neoplásica 5. Otra.
S. Sjogren: ☐ 0. No 1. Si
De la piel: ☐ 0. No 1. Si; cual ☐ 1. Infecciosa 2. Neoplásica 3. Otra.
De los órganos de los sentidos: ☐ 0. No 1. Si; cual ☐ 1. Infecciosa 2. Neoplásica 3. Otra.
Respiratorias: ☐ 0. No 1. Si; cual ☐ 1. Infecciosa 2. Neoplásica 3. Otra.
Cardiovasculares: ☐ 0. No 1. Si; cual ☐ 1. Infecciosa 2. Neoplásica 3. Otra.
Gastrointestinales: ☐ 0. No 1. Si; cual ☐ 1. Infecciosa 2. Neoplásica 3. Otra.
Renales y vías urinarias: ☐ 0. No 1. Si; cual ☐ 1. Infecciosa 2. Neoplásica 3. Otra.
Hematológicas: ☐ 0. No 1. Si; cual ☐ 1. Infecciosa 2. Neoplásica 3. Otra.
Neurológicas: ☐ 0. No 1. Si; cual ☐ 1. Infecciosa 2. Neoplásica 3. Otra.
Osteo-musculares: ☐ 0. No 1. Si; cual ☐ 1. Infecciosa 2. Neoplásica 3. Otra.
VIH: ☐ 0. Positivo 1. Negativo
Toxoplasmosis: ☐ 0. Positivo 1. Negativo
23. **Hospitalarios:** ☐ 0. No 1. Si; porque ☐ 1. Infecciosa 2. Neoplásica 3. Trauma 4. Cirugía 4. Otra.
24. **Quirúrgicos:** ☐ 0. No 1. Si.; Cual_____
25. **Trauma Facial:** ☐ 0. No 1. Si; porque ☐ 1. Contuso 2. Arma de fuego 3. Arma corto punzante 3. Otro
26. **Toxicológicos:** Tabaquismo ☐ 0. No 1. Si; Fármaco dependencia ☐ 0. No 1. Si; Alcoholismo ☐ 0. No 1. Si.
27. **Transfusionales:** ☐ 0. No 1. Si.
28. **Grupo sanguíneo:** ☐ 0. A 1. B 2.O 3. AB; Rh ☐ 0. Negativo 1. Positivo.
29. **Inmunizaciones:** ☐ 0. No 1. Si.
30. **Nutricionales:** desnutrición ☐ 0. No 1. Si; Anemia ☐ 0. No 1. Si.
31. **Tumores Sincrónicos**: ☐ 0. No 1. Si
32. **Ant. Tumorales Familia de primer grado[1]:** ☐ 0. No 1. Si. ¿Cual? _____

33. **Ant. Tumorales Familia de segundo grado[1]:** ☐ 0. No 1. Si. ¿Cual? _____

1. Patología neoplásica y/o parotidea.

EXAMEN FÍSICO MAS HALLAZGOS QUIRURGICOS

34. **Signos vitales**: TA: _____/_____ mmHg, FC: _____ LPM, FR: _____ RPM
35. **Antropometría:** Talla: _____ cmts, Peso: _____Kg.
36. **Compromiso de la piel:** ☐ 0. No 1. Si
37. **Bilateral:** ☐ 0. No 1. Si
38. **Compromiso del facial:** ☐ 0. No 1. Si
39. **Compromiso oído:** ☐ 0. No 1. Si
40. **Compromiso base de cráneo:** ☐ 0. No 1. Si
41. **Invasión arteria carótida:** ☐ 0. No 1. Si
42. **Movilidad:** ☐ 0. Móvil 1. Fija
43. **Compromiso de ganglios linfáticos:** ☐ 0. No 1. Si
44. **Compromiso región parafaringea:** ☐ 0. No 1. Si

BIOPSIA ☐ O NO, 1, SÌ C UAL ☐ O, BACAF; 1, TRUCUT; 2, INCISIONAL

45. Fecha de toma: día _____ mes _____ año _____
46. No.: _____
47. Patólogo: _____

Diagnóstico:

48. ☐ 0. Benigno 1. Maligno 2. Indeterminado 3. Inflamatorio
49. ☐ Otros 0. Negativo 1. Positivo ¿Cual?_____

Imágenes

50. Ecografía: ☐ 0. No 1. Si

Lesión: ☐ 0. No, 1. Única 2. Multicentrica

Tipo: ☐ 0. No 1. Quistica, 2. Sólida, 3. Mixta

Lateralidad: ☐ 0. Única, 2. Bilateral

Compromiso estructuras Adyacentes: ☐ 0. No 1. Si

51. Tomografía: ☐ 0. No 1. Si
Lesión: ☐ 0. No, 1. Única 2. Multicentrica
Tipo: ☐ 0. No 1. Quistica, 2. Sólida, 3. Mixta
Lateralidad: ☐ 0. Única, 2. Bilateral
Compromiso estructuras Adyacentes: ☐ 0. No 1. Si

52. RMN: ☐ 0. No 1. Si
Lesión: ☐ 0. No, 1. Única 2. Multicentrica
Tipo: ☐ 0. No 1. Quistica, 2. Sólida, 3. Mixta
Lateralidad: ☐ 0. Única, 2. Bilateral
Compromiso estructuras Adyacentes: ☐ 0. No 1. Si

53. Gamagrafia: ☐ 0. No 1. Si
Captación: ☐ 0. Hipocaptante, 1. Normocaptante, 2. Hipercaptante

54. Sialografia: ☐ 0. No 1. Si
Resultado: ☐ 0. Estenosis 1. Dilataciones 2. Cálculos

Tratamiento

55. Quirúrgico: ☐ 0. No 1. Si, Si es no ¿porque? _____

56. Cirujano: _____

57. Otros: ☐ 0. No, 1. Radioterapia, 2. Quimioterapia

58. Fecha de Cirugía: Tipo de Cirugía: ☐ 0. Parotidectomia Superficial,
1. Parotidectomia total con conservación del facial, 2. Parotidectomia radical con nervio facial,
Vaciamiento ganglionar del Cuello ☐ : O, No; 1, Sì

RESULTADO DE PATOLOGIA

59. NO.: _____
60. Fecha de lectura: día _____ mes _____ año _____
61. Patólogo: _____

62. Lesión: ☐ 1. Única o 2. Múltiple
63. Tamaño de la lesión: _____ mm
64. Tipo de lesión: ☐ 1. Sólida, 2. Quistica, 3. Mixta
65. Multicentricidad: ☐ 0. No 1. Si
66. Compromiso extraglandular: ☐ 0. No 1. Si

67. Diagnostico: ¿Cuál?_____
68. Compromiso Ganglionar: ☐ 0. No 1. Si
69. Numero de Ganglios: ☐
70. Nivel ganglionar ☐ 1, 2, 3, 4, 5
71 ☐ Otros 0. Negativo 1. Positivo
¿Cuál?_____

72. **COMPLICACIONES**
Infección: ☐ 0. No 1. Si
Dehiscencia: ☐ 0. No 1. Si
Hematomas: ☐ 0. No 1. Si
Isquemia en cierre primario: ☐ 0. No 1. Si
Isquemia Colgajo: ☐ 0. No 1. Si
Reintervención: ☐ 0. No 1. Si
Parálisis Facial: ☐ 0. No 1. Temporal 2. Permanente
Fístula Salival ☐ 0. No 1. Si
Síndrome de Frey ☐ 0. No 1. Si

73. Recurrencia: ☐ 0. No 1. Si, Tiempo _____ meses

74 **SUPERVIVENCIA** _____ meses