



BUAP

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de medicina.

Dirección de Estudios de Posgrado del Área de la Salud.

Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Especialidades de Puebla.

Centro Médico Nacional General de División "Manuel Ávila Camacho"

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Características epidemiológicas de los pacientes con tumores de glándulas salivales atendidos en el HEP del periodo 2015-2022

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en
Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

Presenta:

Dra. Yarezi Flores Marín

Directores:

Dr. Arturo García Galicia.

Dr. Luis Miguel Téllez Bernés



Registro SIRELSIS: R-2023-2101-009

H. Puebla Z. Febrero 2024

CVU: 2020977



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2101**.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL GRAL. DIV. MANUEL AVILA CAMACHO

Registro COFEPRIIS 17 CI 21 114 055
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 21 CEI 002 2018073

FECHA Lunes, 13 de febrero de 2023

M.C. Arturo García Galicia

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES ATENDIDOS EN EL HEP DEL PERIODO 2015 -2022** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2023-2101-009

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. JOSE ALVARO PARRA SALAZAR
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2101

Impresor:

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE
ALTA ESPECIALIDAD



CENTRO MÉDICO NACIONAL
"GRAL. DE DIV. MANUEL ÁVILA CAMACHO"
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

PUEBLA, PUE., A 03 DE NOVIEMBRE 2023

AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES: ARTURO GARCIA GALICIA, LUIS MIGUEL TELLEZ BERNES

DE LA TESIS TITULADA: CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES CON TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES ATENDIDOS EN EL HEP DEL PERIODO 2015-2022

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE: YARETZI FLORES MARIN

DE LA ESPECIALIDAD: OTORRINOLARINGOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTIFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCIS
CON NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL: R-2023-2101-009

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN


(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)
Dr. Arturo Garcia Galicia
10/31/23.


(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)
Dr. Luis M. Tellez Bernes
otorrinolaringólogo
PUEBLA

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)



CARTA COMPROMISO

Puebla, Puebla, a 03 de noviembre de 2023.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PRESENTE

El (la) suscrito (a) Yaretzi Flores Marín, en mi calidad de estudiante y habiendo sido beneficiario de la especialización médica en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello de fecha 01 de marzo de 2020 al 29 de febrero de 2024 manifiesto bajo protesta de decir verdad que soy autor del trabajo de Tesis titulado Características epidemiológicas de los pacientes con tumores de glándulas salivales atendidos en el HEP del periodo 2015-2022, el cual ha sido asesorado por el (los) doctor (es) Arturo García Galicia y Luis Miguel Téllez Bernés en las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social. Por tanto, para fines de divulgación y publicación sobre la metodología, resultados y/o otra información desarrollada durante el proyecto, reconozco que deberé contar con la autorización escrita de todos los autores.

Asimismo, manifiesto que en caso de que el presente trabajo implique derechos de propiedad industrial e intelectual como resultado de su desarrollo, tomando en consideración que será producto de una investigación practicada en las instalaciones del Instituto y con pacientes, equipos, materiales y diversos instrumentos de su propiedad, se reconoce como legítimo propietario de dicha novedad al Instituto Mexicano del Seguro Social; en donde el suscrito participa en colaboración con mi (los) asesor (es), por lo que mi colaboración y derechos estará sujeta al porcentaje de autoría que corresponda a mi participación en relación con los demás autores en colaboración.

Atentamente


Yaretzi Flores Marín

Nombre y firma



GOBIERNO DE
MÉXICO



Fecha: _____31 de enero de 2023_____

SOLICITUD DE EXCEPCION DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación de **Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional General de Div. "Manuel Ávila Camacho"** que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación **"Características epidemiológicas de los pacientes con tumores de glándulas salivales atendidos en el HEP del periodo 2015-2022"** es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en los expedientes clínicos:

- a) Reporte histopatológico confirmatorio de lesión tumoral de glándulas salivales
- b) Historia Clínica
- c) Notas de evolución

MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo **"Características epidemiológicas de los pacientes con tumores de glándulas salivales atendidos en el HEP del periodo 2015-2022"** cuyo propósito es producto de tesis.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.

Atentamente
Nombre: Dr. Arturo García Galicia
Categoría contractual: Médico no familiar
Investigador(a) Responsable



AGRADECIMIENTOS

“Nunca fue suerte, siempre fue Dios”

Gracias Dios por darme la oportunidad de estar aquí, por nunca dejarme sola en este camino y por ser mi fortaleza para seguir adelante.

A mis padres, sabiendo que no existirá una forma de agradecer toda una vida de sacrificios y esfuerzos, quiero que sientan que el objetivo logrado también es suyo, y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su apoyo.

A mi familia, a mis abuelitos, mis tíos, mis tías y mis primos que me han brindado su apoyo desde pequeña y han sido muy importantes para poder alcanzar esta meta.

A mi novio y prometido Miguel Ángel, por siempre darme ánimo para continuar, por darme amor, apoyo, paz y comprensión; y regalarme muchos de los momentos más felices de mi vida.

A todos mis maestros de la especialidad por su dedicación, empeño y sacrificio, por compartir su conocimiento conmigo, por la atención y tiempo que me dedicaron y por ser grandes ejemplos en mi vida.

A mis amigos y compañeros, a cada persona que me ayudo en este camino, a toda la gente que hizo posible este sueño y que me brindo su apoyo quiero agradecerles de todo corazón.

Yaretzi Flores Marín

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN	7
1. ANTECEDENTES	9
2.1. ANTECEDENTES GENERALES	9
2.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	20
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
3. JUSTIFICACION	24
4. MATERIAL Y MÉTODOS	25
4.1. TIPO DE ESTUDIO	25
4.2. PACIENTES	25
4.3. INSTRUMENTOS	26
4.4. PROCEDIMIENTOS	26
4.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	26
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	26
5. RESULTADOS	27
6. DISCUSIÓN	43
7. CONCLUSIONES	45
7.1 LIMITACIONES.	45
8. BIBLIOGRAFÍA	46
9. ANEXOS	48
9.1 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48

1.- RESUMEN

Título: Características epidemiológicas de los pacientes con tumores de glándulas salivales atendidos en el HEP del periodo 2015-2022

Autores: Dra. Yaretzi Flores Marín, Dr. Arturo Galicia García, Dr. Luis Miguel Telléz Bénes.

Hospital de especialidades Centro Médico Nacional "Gral. Div. Manuel Ávila Camacho", IMSS Puebla; *Médico residente de Otorrinolaringología, *Asesores expertos y metodológicos.

Introducción: Los tumores de glándulas salivares son infrecuentes con una gran variedad histológica. Su etiología precisa no se conoce, aunque tiene mayor predilección por ciertos grupos raciales y expuestos a radiación. La edad promedio de tumores de glándulas salivales es de 45 años, siendo poco frecuentes en niños. La mayoría de los tumores son de estirpe benigna y la mayoría se localizan en la glándula parótida. El tratamiento de elección consiste en la extirpación completa de la lesión, y en casos de malignidad se valora tratamiento complementario.

Objetivo General: Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con tumores de glándulas salivales atendidos del periodo 2015-2022 en el HEP.

Material y métodos: Se realizará un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, unicéntrico y homodémico. El muestreo será no probabilístico, se seleccionarán aquellos pacientes derechohabientes atendidos en Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Gral. de Div. "Manuel Ávila Camacho", que cuenten con diagnóstico clínico de lesión tumoral de glándulas salivales y con reporte histopatológico de tumor en glándulas salivales atendidos en el periodo del 1 de enero 2015 al 31 de diciembre 2022. Se aplicará una hoja de recolección de datos para obtener las variables de población y tumores de glándulas salivales de acuerdo a la clasificación de la OMS. La información será capturada en una hoja de cálculo electrónica para la realización del apartado de estadística descriptiva; y se usará un programa estadístico para someter los datos a un análisis estadístico para establecer relaciones entre las variables en estudio.

Resultados:

Se realizó la revisión de 81,208 reportes de histopatología de las biopsias obtenidas, se obtuvieron 323 casos, de los cuales 225 casos (69.65%) corresponden a neoplasias de estirpe benigno y 98 casos (30.34%) corresponden a neoplasias de estirpe maligno, de los cuales 111 (34.36%) afectaron a hombres y 212 (65.63%) afectaron a mujeres. La incidencia anual es de 1.44 casos por cada 100, 000 habitantes.

El promedio de edad en los pacientes con reporte de neoplasias de glándulas salivales es 47.04 años. El promedio de edad para neoplasias benignas de glándulas salivales es 42.48 años y para neoplasias malignas de glándulas salivales es 57.52 años.

La década de presentación más frecuente en neoplasias malignas de glándulas salivales es la sexta década de la vida con 23 casos (23.46%), y en neoplasias de glándulas salivales benignas, la década de presentación más frecuente es la quinta década de la vida con 52 casos (23.11%).

La neoplasia benigna de glándulas salivales más frecuente es el adenoma pleomorfo con 95 casos (42.2%), se estableció una relación H:M de 1:2.06 casos, y el promedio de edad fue 44.33 años. En segundo lugar, se encuentra el mucocele con un total de 49 casos (21.77 %), se estableció una relación H:M 1:1.04, con un promedio de edad de 22.83 años.

La neoplasia maligna más frecuente es el carcinoma mucoepidermoide con 30 casos (30.61%), se estableció una relación H:M de 1:1.14 casos, y el promedio de edad es 55.7 años. En segundo lugar, se encuentra el carcinoma adenoide quístico con un total de 19 casos (19.38 %), se estableció una relación H:M 1:2.16, con un promedio de edad de 50.42 años. La glándula salival más afectada fue la glándula parótida.

Conclusión:

Las neoplasias de glándulas salivales tienen una amplia variedad de estirpes histológicas, son relativamente infrecuentes y sus formas de presentación son muy variables. Se encontró una mayor proporción de neoplasias benignas en comparación a neoplasias malignas, con predominio en el género femenino. Con una incidencia anual de 1.44 casos por cada 100, 000 habitantes, el tumor benigno de glándula salival más frecuente es el adenoma pleomorfo y el maligno más frecuente el carcinoma mucoepidermoide, mientras que la glándula salival más afectada es la glándula parótida, datos que son congruentes con lo descrito en la literatura.

Es importante el conocimiento de la epidemiología de nuestra región en cuanto a las estirpes histológicas más frecuentes con el fin de establecer un correcto diagnóstico epidemiológico y promover estrategias de prevención primaria y diagnóstico oportuno que ayude a mejorar la calidad de vida de nuestra población.

Es necesario realizar más investigaciones en nuestro país para conocer un panorama representativo de este tipo de neoplasias y realizar diagnósticos de manera oportuna.

Palabras clave: Tumores de glándulas salivales, incidencia, epidemiología.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES GENERALES

ANATOMIA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

La cavidad oral recoge la secreción de glándulas salivales, que de acuerdo con su volumen se dividen en dos categorías: glándulas salivales menores y glándulas salivales mayores. (2)

Glándulas salivales mayores

Las glándulas salivales menores son: glándulas labiales, bucales, molares, palatinas y linguales. Las glándulas salivales mayores constituyen órganos autónomos pares, y son la glándula parótida, glándula sublingual y glándula submandibular. Las glándulas segregan saliva, que actúa sobre el bolo alimenticio y posee poder enzimático. (1)

Glándula parótida

La glándula parótida es la más voluminosa, se sitúa en la región parotidomaseeterina, y segrega saliva a través del conducto parotídeo. Es una glándula cuya superficie es lobulada, firme, con un peso promedio de 25 – 30 gramos. El conducto parotídeo o de Stenon, es el conducto excretor de la glándula, su diámetro es de 3 mm y su longitud de 15 a 44 mm, terminando en un orificio puntiforme situado lateralmente al cuello del segundo molar superior. (1)

La glándula parótida tiene inervación secretora del nervio auriculotemporal, por impulsos que proceden del núcleo salivatorio inferior. (2)

Glándula submandibular

La glándula submandibular o submaxilar se sitúa medial y debajo del cuerpo de la mandíbula, por detrás del músculo milohioideo. Es una glándula firme, color gris, con cápsula propia, que emite dos prolongaciones, una extramilohioidea e intramilohioidea. La glándula pesa en promedio 7 g, tiene una coloración ligeramente rosada. El conducto submandibular o conducto excretor de la glándula submandibular, es un conducto de delgadas paredes con una longitud promedio de 4 a 5 cm y 2 a 3 mm de diámetro. (1)

Los nervios proceden del ganglio submandibular y nervio lingual. (2)

Glándula sublingual

La glándula sublingual está situada en el piso de la boca, entre la lengua y la cara medial de la mandíbula. Se peso es menor a 3 gramos, forma de oliva aplastada. El conducto sublingual mayor o de Rivinus desemboca sobre la carúncula sublingual.

Es irrigada por arterias que provienen de la arteria lingual y submentoniana. El drenaje venoso va a la vena profunda de la lengua. Los nervios provienen del ganglio submandibular. (1)

Los vasos linfáticos drenan en los nódulos linfáticos submandibulares y sus nervios proceden del ganglio sublingual por medio del nervio sublingual al nervio cuerda del tímpano. Las glándulas sublingual y submandibular reciben inervación secretora del nervio lingual, sus impulsos proceden del núcleo salivatorio superior. (2)

Glándulas salivales menores.

Diseminadas por la extensión de la mucosa bucal, divididas en cuatro grupos principales: palatinas, labiales, bucales y linguales. Las glándulas palatinas se encuentran en el paladar duro, las glándulas labiales se encuentran en la cara posterior de los labios y las glándulas bucales se encuentran anexas a la mucosa de las mejillas. (2)

Las glándulas salivales están compuestas por unidades secretoras que incluyen un acino y una unidad ductal. La saliva es generada en las células acinares arracimadas y está compuesta por enzimas como ptialina y maltasa, electrólitos, carbohidratos, sales inorgánicas, proteínas y factores antimicrobianos. Se producen de 500 a 1 500 ml de saliva al día por las células acinares y es transportada a través de elementos ductales a una tasa promedio de 1 ml/min, la cual es alcalina. (3)

NEOPLASIAS DE GLÁNDULAS SALIVALES

Los tumores de las glándulas salivales son relativamente raros y constituyen del 3% al 4% de todas las neoplasias de cabeza y cuello. La mayoría (70%) de los tumores de las glándulas salivales surgen en la glándula parótida. Aunque la mayoría de los tumores menores de las glándulas salivales son malignos, tres cuartos de los tumores parótidos son benignos. (4)

El adenoma pleomorfo es abrumadoramente el tumor más común (50% a 77% de todos los casos en la glándula parótida). Los tumores de Warthin también son bastante comunes; representan del 5% al 22% de los casos. El carcinoma mucoepidermoide es la neoplasia maligna más frecuente en general. Del 8% al 11% de todos los tumores salivales ocurren en la glándula submandibular, pero la frecuencia de malignidad en esta glándula es mucho mayor que la de la glándula parótida, que van del 26% al 45%. (5)

La incidencia de las masas originadas en alguna de las glándulas salivares ha sido estimada anualmente entre 0.4 y 13.5 casos por 100.000 habitantes en Estados Unidos, con una variabilidad importante entre diferentes poblaciones. La información disponible sobre la incidencia de tumores benignos es limitada, pero ha encontrado una mayor frecuencia en mujeres. En Inglaterra se ha reportado una

incidencia de 0.7 a 0.8 por 1.000.000 de habitantes por año, entre 1990 y 2006, para los tumores malignos de glándula salivar mayor. (6)

El adenoma pleomorfo representa el 85% de todos los tumores de glándulas salivares, y el 70% de los tumores de parótida, 50% de los tumores de glándula submandibular y el 50% de los tumores de localización palatina. El tumor de Warthin representa el 5 al 15% de los tumores de glándula salival y es el segundo tumor más frecuente de la parótida. El tumor salival maligno más frecuente es el carcinoma mucoepidermoide, que es el 10% de todos los tumores y el 35% de los malignos. (7)

ETIOLOGIA

El origen de este tipo de tumores es desconocido. Estudios muestran una elevada incidencia en Escocia, Malasia, esquimales de Groenlandia y Malasia. La pérdida alélica genética, la monosomía y trisomía se han relacionado con el desarrollo de tumores de glándulas salivales. Así mismo, el tumor de Warthin se relaciona el tabaquismo, en cuanto al abuso del alcohol los datos no son concluyentes. El desarrollo de neoplasias malignas salivales tiene como factores de riesgo específico el haber padecido un cáncer previo, exposición ocupacional (radiación o materiales radioactivos, Ni, caucho, polvo de madera, sílice), los factores dietéticos (bajo consumo de vitamina C y fibra dietética, exceso de colesterol), e infección por el virus de Epstein-Barr (carcinoma indiferenciado). (7)

En 1996, la Rama de Epidemiología de Radiación de la National Cancer Institute publicó un estudio sobre el riesgo de desarrollar tumores de las glándulas salivales entre los sobrevivientes de la bomba atómica. La radioterapia dirigida a la cabeza y el cuello, puede ser un factor de riesgo en el desarrollo de tumores de las glándulas salivales. (4)

Respecto a la etiología viral, el virus de Epstein-Barr (VEB) se ha asociado constantemente con el carcinoma linfoepitelial de la glándula salival en la población asiática. En cuanto, a factores genéticos las aberraciones genéticas asociadas con la neoplasia de la glándula salival incluyen pérdida alélica y mutación puntual, reordenamiento estructural de las unidades cromosómicas (translocaciones más comunes), la ausencia de un cromosoma (monosomía) y la presencia de un cromosoma extra (polisomía). (4)

Como factores de riesgo específico para el desarrollo de neoplasias malignas salivales se ha descrito haber padecido un cáncer previo. (8)

CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA

Existen numerosas clasificaciones, pero las más reconocidas son la de la OMS de Seifert y Sobin de 1991, y la de la "Armed Forces Institute of Pathology" (AFIP) de Ellis y Auclair de 1996. En ambas se clasifican los tumores según su apariencia microscópica. (7)

La clasificación de tumores respecto a las glándulas salivares de acuerdo a la OMS

ADENOMAS

Adenoma pleomorfo

Mioepitelioma (adenoma mioepitelial)

Adenoma de células basales

Tumor de Warthin

Oncocitoma

Adenoma canalicular

Adenoma sebáceo

Papiloma ductal

 Papiloma ductal invertido

 Papiloma intraductal

 Sialadenoma papilífero

Cistadenoma

 Cistadenoma papilar

 Cistadenoma mucinoso

CARCINOMAS

Carcinoma de células acinares

Carcinoma mucoepidermoide

Carcinoma adenoide quístico

Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado

Carcinoma epitelial-mioepitelial

Adenocarcinoma de células basal

Carcinoma sebáceo

Cistadenocarcinoma papilar

Adenocarcinoma mucinoso
Carcinoma oncocítico
Carcinoma de ducto salival
Adenocarcinoma
Mioepitelioma maligno
Carcinoma en adenoma pleomorfo
Carcinoma de células escamosas
Carcinoma de células pequeñas
Carcinoma indiferenciado
Otros carcinomas

TUMORES NO EPITELIALES

LINFOMAS MALIGNOS

TUMORES SECUNDARIOS

TUMORES NO CLASIFICADOS

LESIONES PSEUDOTUMORALES

Sialadenosis

Oncocytosis

Sialometaplasia necrotizante (infarto de glándula salival)

Lesión linfoepitelial benigna

Quiste de glándula salival

Y Sialadenitis esclerosante crónica de la glándula submandibular (tumor de Hiperplasia linfoide quística)

CLÍNICA

La presentación clínica de una neoplasia de estirpe benigna de glándula salival es una masa asintomática de lento crecimiento. Los tumores de estirpe benigna de la glándula parótida tienen una localización frecuente en la cola de la glándula, móviles y la función preservada del nervio facial. La presentación clínica de las neoplasias de la glándula submandibular se presenta como una masa asintomática de lento crecimiento, y los tumores de la glándula sublingual como una masa en el suelo de la boca asociada a algún grado de molestia. La afectación de la piel supra yacente o la fijación a la mandíbula generalmente indican extensión local de un tumor maligno. (7)

El dolor nos dirige a un proceso benigno como sialoadenitis y sialolitiasis. La parálisis del nervio lingual, hipogloso o marginal orienta a malignidad. (9)

Las neoplasias de glándulas salivares menores se presentan generalmente como una tumoración de lento crecimiento e indoloro, no ulcerada que afecta cavidad oral, por lo general afectando en la región de paladar duro o blando. Las neoplasias localizadas en el espacio parafaríngeo generalmente son asintomáticos y se diagnostican como un crecimiento a nivel cervical o en exploraciones de rutina. (7)

La presencia de dolor, paresia o parálisis de los nervios faciales, la fijación de la masa a la piel suprayacente o las estructuras subyacentes y la adenopatía cervical asociada generalmente indican la presencia de malignidad. Debilidad ipsolateral de la lengua indica diseminación perineural de malignidad a lo largo de los nervios hipogloso o lingual, respectivamente. (4)

Biopsia por aspiración de aguja fina

La biopsia por aspiración con aguja fina (FNAB) ha sido ampliamente reconocida y bien establecida como una técnica precisa en el diagnóstico de neoplasias de las glándulas salivales. La sensibilidad general varía de 85.5% a 99%, y la especificidad general varía de 96,3% a 100%. (4)

Su efectividad en interpretar lesiones neoplásicas es controvertida debido a la gran variedad de patrones morfológicos, diversidad celular y la superposición de resultados histopatológicos entre lesiones malignas y benignas de las glándulas salivales. (10)

La PAAF es un método diagnóstico muy útil en tumores de parótida, sobre todo por su valor predictivo negativo, lo que permite afirmar con alta probabilidad la benignidad del proceso. En un paciente con alta sospecha clínica de malignidad y con citología negativa, es recomendable realizar una anatomía patológica extemporánea, dado que son relativamente frecuentes los falsos negativos. (11)

Diferentes estudios coinciden en que las variedades histopatológicas son muy numerosas y la más frecuente es el adenoma pleomórfico, el cual representa 2/3 del total de neoplasias. Entre los tipos más raros se encuentra las variantes como adenoma monomorfo, tumor mucoepidermoide y tumor de células acinosas, estos dos últimos considerados como malignos, pero de bajo grado. (12)

Estudios de imagen

Tomografía computarizada y resonancia magnética

Al evaluar a pacientes con tumores de las glándulas salivales, tanto la tomografía computarizada (TC) como la resonancia magnética (MRI) proporcionan información superior a la proporcionada por otras técnicas de imagen o por examen físico. (4)

La resonancia magnética posibilita un mayor contraste tisular y una buena valoración de los espacios cervicales y planos grasos existentes, incluidos los espacios parafaríngeo y retromandibular, con óptima visión del parénquima glandular y mejor delimitación de la extensión extraglandular (invasión ósea, meníngea, diseminación perineural). (13)

La señal de resonancia magnética característica de las masas parótidas puede sugerir ciertos diagnósticos. Por ejemplo, si una masa de la glándula parótida es bilateral, es más probable que sea un tumor de Warthin. Si la masa es unilateral, muestra un realce posterior al contraste, tiene una señal de T2 alta y no invade los planos tisulares circundantes, es más probable que sea un adenoma pleomórfico. Una masa de señal intermedia a baja en T2, con o sin invasión de los planos tisulares circundantes, es más probable que sea una masa maligna, como el carcinoma adenoide quístico o mucoepidermoide. La destrucción ósea de la mandíbula o la base del cráneo se visualiza mejor en la TC, mientras que la afectación de la médula ósea se demuestra mejor en la RM. (4)

Ultrasonido

La ecografía tiene la ventaja de ser económica, no invasiva, fácil de realizar y prácticamente libre de complicaciones. Se puede usar para diferenciar masas sólidas de masas quísticas en las glándulas salivales, y la mayoría de las enfermedades de las glándulas salivales se pueden diagnosticar. La guía de ultrasonido también puede mejorar la precisión de FNAB en tumores no palpables y en masas con una arquitectura altamente heterogénea. (4)

Tomografía de emisión de positrones

Las tomografías por emisión de positrones (PET) no han tenido una amplia aplicación, ya que los tumores de las glándulas salivales tienen una absorción variable e inconsistente de la fluorodeoxiglucosa. (4)

NEOPLASIAS BENIGNAS DE GLANDULAS SALIVALES

ADENOMA PLEOMORFO

Es más común en mujeres, sobre todo durante la quinta década de la vida, se presentan más como neoplasias unilaterales. (14)

Son las neoplasias más comunes de la glándula salival. Los adenomas pleomórficos ocurren con mayor frecuencia en las glándulas salivales mayores, pero también pueden surgir de las glándulas salivales menores de las vías respiratorias superiores y del tracto respiratorio. Constituye aproximadamente el 75% de todos los tumores benignos de las glándulas salivales mayores. (4)

Su tratamiento se basa en una escisión quirúrgica por parotidectomía superficial o total con preservación del nervio facial superficial o total. Recurre en 0.5 a 10% de los casos, relacionada con ruptura de la cápsula del tumor durante la cirugía, resección de la lesión sólo por enucleación y tumor multicéntrico. La mayor parte de las recurrencias ocurre en los primeros 10 años tras la operación. En la resección de malformaciones recurrentes de la parótida es mayor la frecuencia de lesiones de alguna de las ramas del nervio facial, en particular la mandibular y la bucal. (14)

TUMOR DE WARTHIN (CISTOADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO)

El tumor de Warthin es la segunda neoplasia benigna más frecuente de las glándulas salivares. Se localiza sobre todo en la glándula parótida, constituyendo el 6-10% de todos los tumores parotídeos. Se presenta en hombres mayores, probablemente relacionado con el aumento del tabaquismo en este grupo. Frecuentemente aparece como una masa de crecimiento lento en la cola de la parótida. Son bilaterales en el 10%. Macroscópicamente es una masa lisa con una cápsula bien definida. La transformación maligna es excepcional, y la recidiva tras la extirpación es del 5%. (7)

MIOEPITELIOMA

Los mioepiteliomas son tumores salivales benignos poco frecuentes y poco comunes (1,5% de todos los tumores salivales), y los sitios afectados más comunes son el paladar y la parótida. Clínicamente, estos tumores son difíciles de distinguir de los adenomas pleomórficos debido a su naturaleza indolora y de crecimiento lento. No se ha observado predilección de género, y ocurren en las glándulas salivales mayores y menores. La mayoría de estos tumores se comportan de manera benigna, aunque se ha informado de agresividad local. El tratamiento es la escisión quirúrgica. (4)

ADENOMA CANALICULAR

Es un tumor formado por células epiteliales en columna con un estroma limitado y una vascularización profusa. El tumor se localiza sobre todo en el labio superior (90% de los casos) y suele aparecer en pacientes mayores de 50 años. (15)

ADENOMA MONOMORFO

Es una variante del adenoma pleomorfo que carece de componentes mixomatosos y condroides. Se divide en tres diferentes tipos: el canalicular, tumor de células basales (basocelular) y el trabeculotubular. Representa menos del 1% de las neoplasias salivales; predomina en el labio superior, la mucosa bucal y el paladar, y es raro en la glándula parótida. Es un tumor de lento crecimiento, indoloro y móvil, predomina en el sexo femenino, entre la quinta y sexta décadas de la vida y en la

raza caucásica, y surge de las células de la luz ductal. El tratamiento es quirúrgico, no se han notificado casos de degeneración maligna y puede ser multifocal. (14)

ADENOMA ONCOCÍTICO (ONCOCITOMA)

Es una neoplasia poco frecuente formada por células oncocíticas que se identifican con facilidad. La OMS ha definido tres tipos de lesiones oncocíticas. La forma diseminada y no encapsulada (hiperplasia oncocítica difusa) invade zonas extensas de la glándula parótida hasta ocuparla en su totalidad. La hiperplasia oncocítica nodular multifocal presenta varios nódulos sin cápsula en el seno de un parénquima normal. Y el oncocitoma, es un tumor único y encapsulado, que a veces se localiza en el seno de una forma multinodular. Estas lesiones no experimentan malignización. (15)

ADENOMA DE CELULAS BASALES

Los adenomas de células basales comprenden 2% de todas las neoplasias epiteliales de glándulas salivales. Las variantes comprenden: tubulares, trabeculares, cilindroma y sólido; siendo esta última la variante más habitual. Los adenomas de células basales afectan por igual a varones y mujeres, y casi siempre entre el cuarto y el noveno decenios de edad. La glándula parótida es el sitio más comúnmente afectado. El adenoma de células basales debe diferenciarse del carcinoma quístico adenoide, el adenocarcinoma de células basales y el ameloblastoma. (3)

LIPOMA

Es un tumor poco frecuente de la glándula parótida, pudiendo ser intraparotídeo o paraparotídeo. Se observa como una tumoración asintomática, redonda, blanda y bien delimitada. En la TC muestra características similares a la grasa que en caso de localización submandibular pudiéndose confundir con grasa normal. El tratamiento es la extirpación. (7)

PAPILOMA CANALICULAR

Este tumor de las glándulas salivales es muy infrecuente y sus formas anatomopatológicas pueden ser variadas: papiloma invertido canalicular (excepcional) o papiloma intracanalicular (muy infrecuente). (15)

HEMANGIOMA Y LINFANGIOMA

Son tumores benignos no epiteliales de las glándulas salivales. Tienen mayor incidencia en la infancia, y se presentan generalmente desde el nacimiento o en los primeros meses de vida, como una masa en la región parotídea, blanda, no dolorosa. Tienen una red de capilares revestidos de epitelio o espacios linfáticos, respectivamente. En los estudios de imagen se demuestra la presencia de múltiples

flebolitos dentro. El tratamiento recomendado es conservador, ya que tienden a desaparecer con el paso del tiempo, planteándose la intervención quirúrgica en casos de persistencia tumoral. (7)

TUMORES MALIGNOS DE GLÁNDULAS SALIVALES

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

El carcinoma mucoepidermoide es el tumor maligno más frecuente de glándulas salivares, representando el 5% de las neoplasias salivares y el 44% de los tumores malignos. Siendo la edad media a los 47 años, con un rango de edad (8-92 años). Algunas series muestran predominio del sexo femenino. Su localización más frecuente es la parótida. El tratamiento se basa en el grado y el estadio. En tumores de alto grado el abordaje quirúrgico se considera más agresivo, considerando la realización de un vaciamiento cervical asociado a la resección tumoral, incluso en cuellos N0. La radioterapia se considera en los de alto grado, ya que aumenta la supervivencia. En cuanto al pronóstico, el estadio del tumor se considera lo más relevante. (7)

ADENOMA ADENOIDEO QUÍSTICO

De las neoplasias de glándulas salivales, 10% corresponde a carcinoma quístico adenoide. Más de dos tercios de ellos surgen de glándulas salivales menores. El carcinoma quístico adenoide es el tipo más común de padecimiento maligno que emerge de las glándulas salivales submandibulares, sublinguales y menores. Se presenta en varones y mujeres con la misma frecuencia y es habitual que se presente como una masa asintomática. El subtipo histológico más frecuente (44%) es el tipo cribiforme, el subtipo tubular (35%) y el subtipo sólido (21%). Los factores pronóstico incluyen sitio de origen, estadificación TNM, diseminación local, estatus ganglionar, metástasis a distancia y recurrencia. La tasa de supervivencia es mayor si la neoplasia proviene de la glándula parótida que cuando surgen de las glándulas salivales menores. (3)

ADENOCARCINOMA

Es un tumor que se presenta entre el 5 y 15% de los tumores malignos de la parótida, del 9 al 12% de la glándula submandibular y del 30 al 35% de los de las glándulas salivales menores. Es más frecuente entre la quinta y la séptima décadas de la vida y afecta mayormente a los varones. En 30% de los pacientes, el adenocarcinoma es de bajo grado y en un 70% de alto grado. El tratamiento incluye resección radical con radioterapia. Y la supervivencia a cinco años es del 40 al 60%. (14)

CARCINOMA EPIDERMÓIDE

Representan menos del 1% de todas las neoplasias malignas en este sitio. La mayoría de los pacientes están en su sexta a octava décadas y algunas veces tienen antecedentes de RT previa. El 80% a 90% surgen en la glándula parótida, y 10% a 20% se encuentran en la glándula submandibular. Estos tumores suelen estar en estadio avanzado en el momento del diagnóstico. Los SCC primarios son tumores agresivos, y la supervivencia a 5 años es aproximadamente del 20% al 50%. El tratamiento implica cirugía radical, disección de cuello y RT. (4)

CARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES

Es poco frecuente y comprende del 1% al 3% de todos los tumores y aproximadamente el 10% de todos los tumores malignos. Más del 90% ocurren en la parótida. Ocurriendo con un pico en la tercera década. Es de destacar que estos tumores son la segunda neoplasia maligna de glándulas salivales más común; como una masa que crece lentamente, lo que ocasionalmente es doloroso y rara vez se asocia con parálisis facial. La resección quirúrgica con márgenes negativos es la terapia más importante; aun así, los tumores recurrirán en aproximadamente un tercio de los casos. (4)

CARCINOMA DE CONDUCTO SALIVAL

El carcinoma del conducto salival es un tumor que se separó de la categoría genérica de adenocarcinoma salival. Es uno de los tumores primarios más agresivos de la glándula salival y tiene un aspecto histológico similar al carcinoma ductal de mama de alto grado. Representa menos del 10% de los tumores de las glándulas salivales, y los hombres se ven más comúnmente afectados a una tasa de 4:1. Se presenta como una masa de rápido crecimiento. Es el carcinoma de glándulas salivales más agresivo; 30% a 40% de los pacientes desarrollan recurrencia local, y entre 50% y 75% desarrollan metástasis a distancia. El tratamiento es la escisión local amplia con disección del cuello y RT postoperatoria (4)

ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS BASALES

Es un tumor epitelial con características citológicas de un adenoma basocelular, pero con evolución similar la malignidad. Es infrecuente y representa un 4% de los carcinomas de la glándula parótida. Es menos frecuente en la glándula submandibular y en las salivales accesorias. Este se divide en cuatro subtipos: sólido, trabecular, tubular y membranoso. Las recidivas locales son frecuentes, a veces con adenopatías metastásicas, pero las metástasis viscerales son poco comunes (15)

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Hablando sobre las neoplasias de glándulas salivales, alrededor del mundo se han realizado diversos estudios para determinar la incidencia de las mismas:

En México, en el periodo de enero de 1979 a julio de 2012, se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, para revisar 9725 biopsias del Laboratorio de Histopatología Bucal de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. En el estudio se seleccionaron las correspondientes a tumores de glándulas salivales y se aplicaron los criterios de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. Las neoplasias benignas fueron las más frecuentes con un 68.8% (66 pacientes), mientras que las neoplasias malignas representaron un 31.2% (30 pacientes). Siendo el adenoma pleomorfo la lesión benigna más frecuente con 93.9%, y el carcinoma mucoepidermoide fue la neoplasia maligna con mayor frecuencia con un 46.7%. El rango de edad de los pacientes fue de 11 a 90 años, con mediana de 40 años. El grupo de 21-30 fue el de mayor frecuencia para las neoplasias benignas, mientras que para las malignas fue el de 61 a 70 años. También se pudo observar con una asociación entre género femenino y tumores benignos. Pudiendo concluir con el estudio que de los tumores de glándulas salivales (TGS), las neoplasias benignas fueron las más frecuentes; los pacientes de la tercera década de vida y de género femenino se encontraron con mayor frecuencia; el tamaño más frecuente fue de 3 a 6 cm. Y la neoplasia benigna más frecuente fue el adenoma pleomorfo y la maligna el carcinoma mucoepidermoide. (16)

En Veracruz, en el periodo de enero de 2009 a diciembre de 2014 se realizó un estudio transversal retrospectivo, con información de 49,635 biopsias de dos hospitales de referencia, ubicados en el Puerto de Veracruz, México, el Hospital General de Veracruz y la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades No. 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social. De este estudio se obtuvieron 79 pacientes con diagnóstico de tumor de glándula salival correspondiendo al 0.16% del total de los estudios histopatológicos. Se obtuvieron 61 pacientes (77%) de neoplasias benignas y 18 pacientes (23%) de neoplasias 4 malignas. En cuanto a la relación por género, 40 pacientes (51%) correspondieron a mujeres y los restantes 39 pacientes (49%) a hombres, una proporción hombre y mujer de 1:1. La edad promedio de los pacientes fue de 52.13 años y el rango fue de 4 a 87 años, la distribución en la edad de aparición fue bimodal de 49 y 68 años (4 pacientes). En las neoplasias benignas tuvieron un promedio de edad de 49.7 años y en las neoplasias malignas fue de 60.3 años. La glándula parótida fue el sitio primario de afección más frecuente con un 72% (57 pacientes), seguido por la glándula submaxilar con un 18% (14 pacientes); y las glándulas salivales menores con un 10% (8 pacientes). (17)

La glándula parótida es la localización con mayor grado de afección por neoplasias, en nuestro país va desde 82% al 78%. Según la OMS es el sitio más frecuentemente afectado, en un 80% de los casos. En cuanto al comportamiento biológico de las neoplasias de glándulas salivales es, principalmente, benigno en todo el mundo, del 75% al 86%; en nuestro país se encuentra entre el 55% hasta el 86%. Mientras que las afecciones de las neoplasias malignas son ligeramente más frecuentes en hombres. En el presente estudio, en el 31% los hombres con neoplasia en glándula salival resultaron maligna, mientras las mujeres fue un 15%. Los tumores benignos más frecuentes son el adenoma pleomorfo (70%) y al tumor de Warthin (10%). Y en nuestro país las neoplasias malignas más frecuentes corresponden al carcinoma adenoideo quístico y el carcinoma mucoepidermoide según las diversas series publicadas, representado estos un 25.8% y 28.3% respectivamente; por lo cual en nuestro país el más frecuentes es el carcinoma mucoepidermoide según la OMS. Y la edad promedio para las neoplasias malignas es de 60 años; siendo la población muestra, la edad media del carcinoma adenoideo quístico de 57 años. (17)

En Argentina, en el periodo de enero de 2001 a diciembre de 2013, en el Hospital de Oncología Marie Curie. Buenos Aires. Argentina, se realizó un estudio con 415 pacientes portadores de tumores de glándulas salivales, fueron tratados y evaluados 126 pacientes. De ellos 55.5% (70 pacientes) eran femeninos con una relación 1.25/1. La edad media de la muestra de 53 años con un intervalo de los (16-86 años) y una mediana de 54. El 54.3% con 50 años o más. Y el pico de edad se encontró en la sexta década de la vida. Se obtuvo una mayor frecuencia de lesiones comprometidas a las glándulas salivales menores en un 52.3% (66 pacientes), de los cuales 52 de ellos correspondía a la boca y 14 a senos paranasales, el otro 42%(53 pacientes) fueron de la glándula parótida y finalmente 5.5 % (7 pacientes) a glándulas submaxilares. En el estudio se encontró una mayor frecuencia para carcinomas mucoepidermoide y adenoquístico en un 34.9% (44 pacientes) cada uno, y los últimos siendo más presentes para glándulas submaxilares y menores y los primeros para la glándula parótida, seguidos de estos se encontraron los acinares con un 10.3%, el adenocarcinoma con 9.5%, el adenoma pleomorfo malino con un 5.6% y otros (carcinoma polimorfo, epidermoide, mioepitelial e indiferenciado) con un 4.8%. (18)

En España, en el periodo del 2008 al 2018 se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y monocéntrico sobre los tumores malignos de glándulas salivales en el Hospital Universitario La Paz. Madrid, España. Analizaron las historias clínicas de los pacientes desde una base de datos de la herramienta HCIS y el Programa PATWIN de Anatomía Patológica. Con una base de datos de 105 pacientes. Tomando en cuenta los criterios diagnósticos de inclusión se obtuvieron 105 casos. 102 pacientes con tumores primarios de las glándulas salivales y los 3 pacientes restantes se clasificaron como tumores secundarios. Del total de casos,

59 pacientes eran mujeres y 46 pacientes eran hombres. La edad media fue de 56.3 años. Según el sexo 55.5 años para los hombres y 57 años para las mujeres. La mediana fue de 60 años para los hombres y 59 años para las mujeres. La glándula parótida fue la localización más frecuente con un 47.6 %, seguida de las glándulas salivales menores con un 36.1 %, la glándula submaxilar con un 15.2 % y finalmente la glándula sublingual con un 0.9 %. El tumor más frecuente fue el carcinoma adenoide quístico con un 22.9 %, el carcinoma mucoepidermoide con un 20.9 %. Según el estudio, el tumor más frecuente en la glándula parótida es el carcinoma de células acinares, después encontramos al carcinoma mucoepidermoide y al carcinoma adenoide quístico. En la glándula submaxilar, el más frecuente es el carcinoma adenoide quístico. En las glándulas salivales menores, el tipo histológico más frecuente es el carcinoma mucoepidermoide. (19)

En Chile, en el periodo del mayo de 2006 a mayo de 2016 se realizó un estudio epidemiológico transversal descriptivo de revisión de informes anatomo-patológicos de 590 biopsias de glándulas salivales, realizado en el Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. De los 286 casos de neoplasias epiteliales primarias de las glándulas salivales, 230 casos (80.4%) correspondieron a neoplasias benignas, 56 casos (19.5%) fueron neoplasias malignas. La relación entre tumores benignos y malignos fue de 4,1:1. La neoplasia benigna más frecuente fue el adenoma pleomorfo representando con un 74.7% (172 casos), el cistadenoma papilar linfomatoso con 14.3% (33 casos). Adenoma de células basales y mioepitelioma 3.9% (9 casos) y 3.0% (7 casos) respectivamente. De las neoplasias malignas de glándulas salivales, el más frecuente correspondió a carcinoma mucoepidermoide con 25% de los casos (14 casos), el carcinoma de células acinares y carcinoma adenoide quístico los cuales tienen 9 casos cada uno, correspondió al 16.0%. (20)

En Cuba, en el periodo del 1ro. de enero de 1967 y el 1ro. de enero de 1997 se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, cuya muestra estuvo constituida por los pacientes portadores de lesiones de glándulas salivales operadas y/o con biopsia en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR), Cuba. Del total de reportes de biopsias, se concluyó 1111 lesiones, coexistiendo dos lesiones sincrónicas de glándula salival en siete casos. Los tumores representan 91.4% del total de lesiones, lo cual refleja claramente el carácter oncológico de la institución; sin embargo, a pesar de ser un centro que concentra pacientes con cáncer, la frecuencia de los tumores malignos primarios de glándulas salivales es menor, en comparación con los benignos (36.5 a 63.5%). Teniendo en cuenta que la gran mayoría de los pacientes con cáncer de glándula salival no inician con los síntomas y signos clásicos de tumor maligno (parálisis facial, ulceración de la piel, adenopatías, etcétera). A pesar de esto, 59 casos (5.8%) ya habían sido operados en otros centros y se trataron en nuestro servicio por la recidiva. (21)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Hospital CMN Manuel Ávila Camacho, como el resto del país se reportan numerosos casos de pacientes con tumores en glándulas salivales, desconociendo realmente la incidencia de este tipo de tumores.

Los tumores de glándulas salivales de estirpe benigna y maligna tienen una presentación muy variable en relación a género, edad y características epidemiológicas que pueden fluctuar de acuerdo a las diversas zonas geográficas, por ello es importante conocer cuales son las neoplasias benignas y malignas más frecuentes en nuestra población, ya que constituye una herramienta esencial para desarrollar un adecuado diagnóstico epidemiológico.

El Centro Médico Nacional “Manuel Ávila Camacho” es un hospital de alta concentración de brinda atención médica a la población derechohabiente procedente de los estados de Puebla, Oaxaca y Tlaxcala recibiendo una gran cantidad de pacientes con tumoraciones de glándulas salivales en estudio con una base de información bien estructurada, no obstante, no se cuenta con una base de datos epidemiológicos actualizados que nos revelen la incidencia de neoplasias de glándulas salivales y su relación conforme a edad, género y estirpe histológica.

Es por ello que se plantea el presente estudio con el objetivo de determinar las características epidemiológicas de tumores de las glándulas salivales diagnosticados en el HEP, durante el periodo enero 2015 a enero 2022.

Trascendencia: esta investigación permite conocer la frecuencia de patología tumoral en glándulas salivales.

Factibilidad: este estudio es viable debido a que es un hospital con alta captura de pacientes con patología tumoral y cuenta con la infraestructura y los medios óptimos para la realización de la investigación.

PREGUNTA CIENTIFICA.

¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes con tumores de glándulas salivales atendidos en el HEP de 2015 a 2022?

3. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la literatura internacional, las neoplasias de glándulas salivales constituyen del 3% al 4% de las neoplasias de cabeza y cuello, en México existen escasos artículos que desarrollen una adecuada base de datos epidemiológicos referente a las neoplasias benignas y malignas de glándulas salivales.

La importancia de realizar este estudio de investigación sobre la incidencia y frecuencia de las neoplasias de glándulas salivales, radica en la posibilidad de determinar, clasificar y cuantificar las neoplasias de glándulas salivales con el fin de realizar una actualización de los datos epidemiológicos de nuestra población y comparar con las estadísticas epidemiológicas nacionales e internacionales, permitiendo a futuro promover estrategias de prevención primaria y diagnóstico oportuno que ayude a mejorar la calidad de vida de la población.

Se establecerá un estudio estadístico con muestra adecuada y significativa que permita un estudio adecuado con estadística certera en nuestro Centro Médico.

4.- MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de estudio: Descriptivo

Características del estudio:

- Por el objeto de la investigación: Descriptivo
- Por la temporalidad del estudio: Transversal
- Por la direccionalidad: Retrolectivo
- Por la institucionalidad: Unicéntrico
- Por el tipo de población: Homodémico

4.2 Pacientes

Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social atendidos en Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Gral. de Div. “Manuel Ávila Camacho”, que cuenten con diagnóstico clínico de lesión tumoral de glándulas salivales y con reporte histopatológico confirmatorio de lesión tumoral en glándulas salivales especificado por la nomenclatura de clasificación de la OMS, y de edad comprendida entre 0 y 99 años de cualquier género, atendidos en el periodo del 1 de enero de 2015 a 31 de diciembre de 2022.

4.3 Instrumentos

Reporte histopatológico confirmatorio de lesión tumoral de glándulas salivales solicitados al Departamento de Anatomía patológica (Los resultados de las biopsias de diagnóstico histológico de tumor de glándula salival debe ser especificado por la nomenclatura de la clasificación de la OMS).

Expedientes clínicos electrónicos y físicos de pacientes

Software SPSS (Paquete Estadístico para las ciencias sociales) (Chicago, Illinois, Estados Unidos) versión 24.0.

4.4 Procedimientos

Se acude al Departamento de Anatomía patológica del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional General de División Manuel Ávila Camacho para efectuar la revisión del archivo de reportes de histopatología y se recaban los datos que corresponden a los pacientes con diagnóstico de tumor o pseudotumor de glándulas salivales que cumplieran los criterios de inclusion. Los datos obtenidos se registraron en las hojas de recolección de datos y se hicieron los calculos estadísticos pertinentes.

4.5 Análisis estadístico

Se realizó la medición de las variables epidemiológicas de los tumores de glándulas salivales mediante el cálculo de tasas de acuerdo a la población y periodo de estudio en un programa estadístico para establecer relaciones entre las variables en estudio. Para la medida de variables cualitativas se aplica el cálculo de porcentajes y proporciones.

4.6 Aspectos éticos

El presente protocolo está diseñado de acuerdo a los lineamientos mostrados en los siguientes códigos:

- Reglamento de la ley General de Salud. De acuerdo a la norma de la Ley general de Salud en materia de investigación en salud vigente y de acuerdo a los artículos 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 24 el presente estudio no produce ningún riesgo para la salud del paciente.
- De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, para la salud, Títulos del 1° al 6° y 9° de 1987. Noma Técnica No. 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de Atención a la Salud.
- Reglamento federal: título 45, sección 46 y en consideración con las buenas prácticas clínicas.
- Declaración de Helsinki: Principios éticos en las investigaciones médicas en seres humanos, con última revisión en Escocia, octubre 2000.
- Esta investigación toma en cuenta: el principio de beneficencia, benevolencia y confidencialidad; además de incluir el principio de universalización, de igualdad en dignidad y valor de la persona humana y el principio de justicia y equidad a favor de los menos favorecidos
- Este estudio se clasifica como investigación sin riesgo.

5.- RESULTADOS

Se realizó la revisión de 81,208 reportes de histopatología de las biopsias obtenidas de los procedimientos quirúrgicos realizados de todas las especialidades del Centro Médico Nacional “General de División Manuel Ávila Camacho” que fueron analizados por el servicio de Anatomía patológica durante el periodo 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2022, realizando la identificación de 323 casos (0.39%) de las neoplasias de glándulas salivales.

De los 323 casos reportados, 111 casos (34.36%) corresponden al género masculino y 212 (65.63%) corresponden al género femenino, en los cuales se establece una relación H:M 1:1.90, y se esquematiza en la tabla y gráfica 1.

Del total de 323 neoplasias 111 (34.36%) afectaron a hombres y 212 (65.63%) afectaron a mujeres, se establece por lo tanto una relación H:M 1:1.90 Se esquematiza lo anterior en la gráfica y tabla 1.

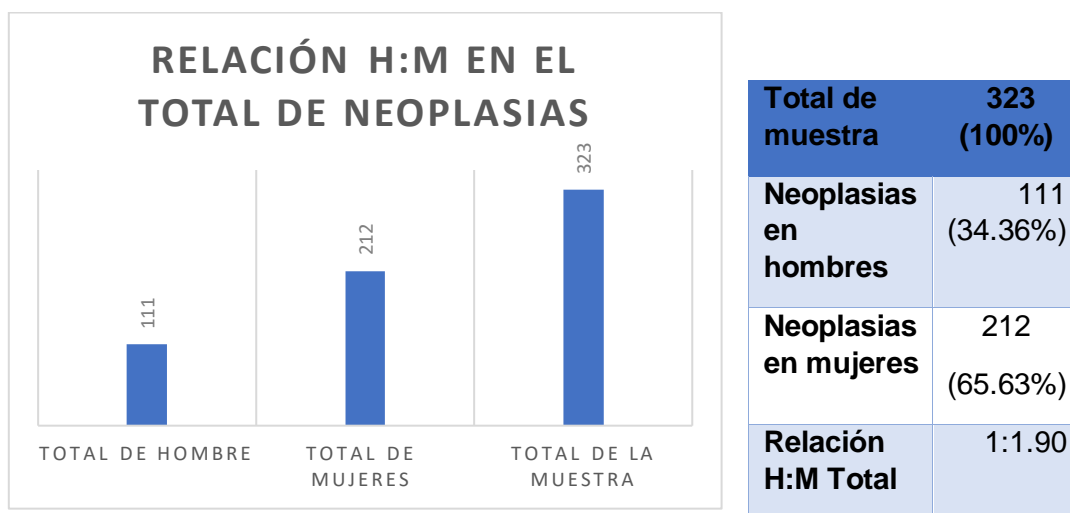
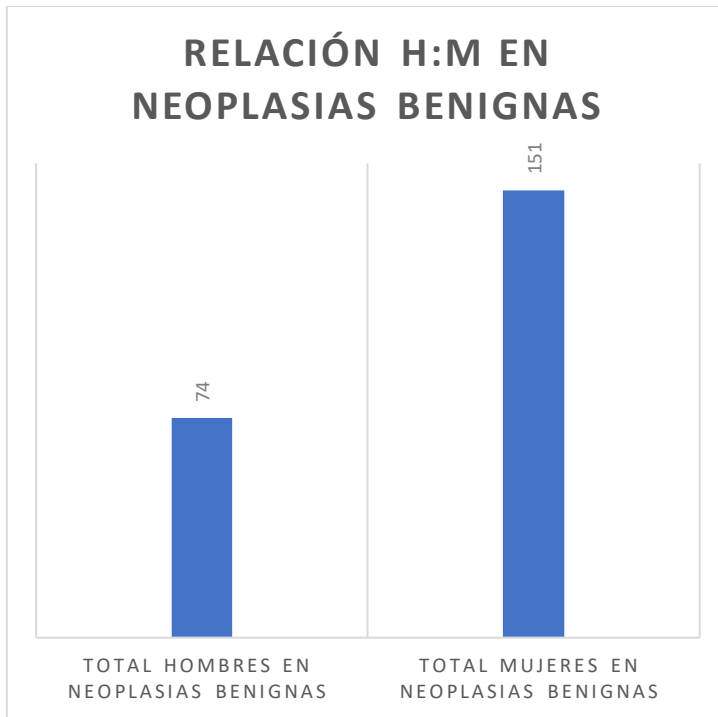


Tabla y grafica 1

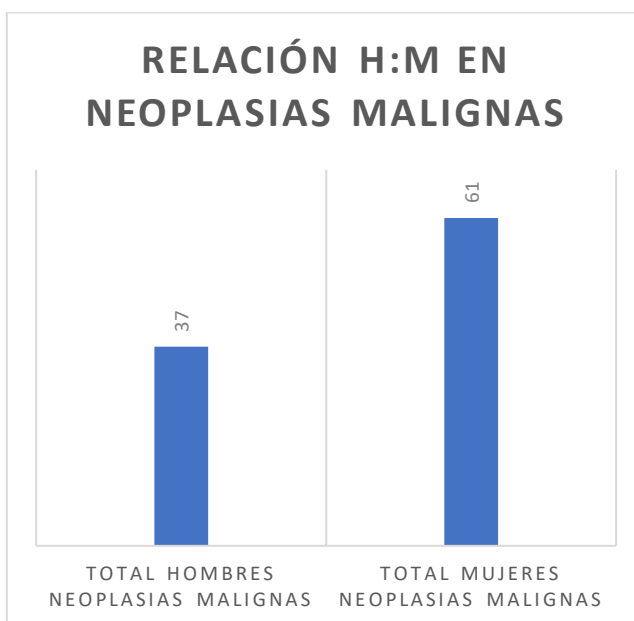
De los reportes evaluados con reporte benigno, se obtuvieron 225 casos de neoplasias benignas (100%), de los cuales 74 casos (32.88%) corresponden al género masculino y 151 (67.11%) corresponden al género femenino, se establece por lo tanto una relación H:M 1:2.04, lo cual se esquematiza en la tabla y gráfica 2.



Total de neoplasias benignas	225 (100%)
Neoplasias benignas en hombres	74 (32.88%)
Neoplasias benignas en mujeres	151 (67.11%)
Relación H:M Total	1:2.04

Gráfica y tabla 2

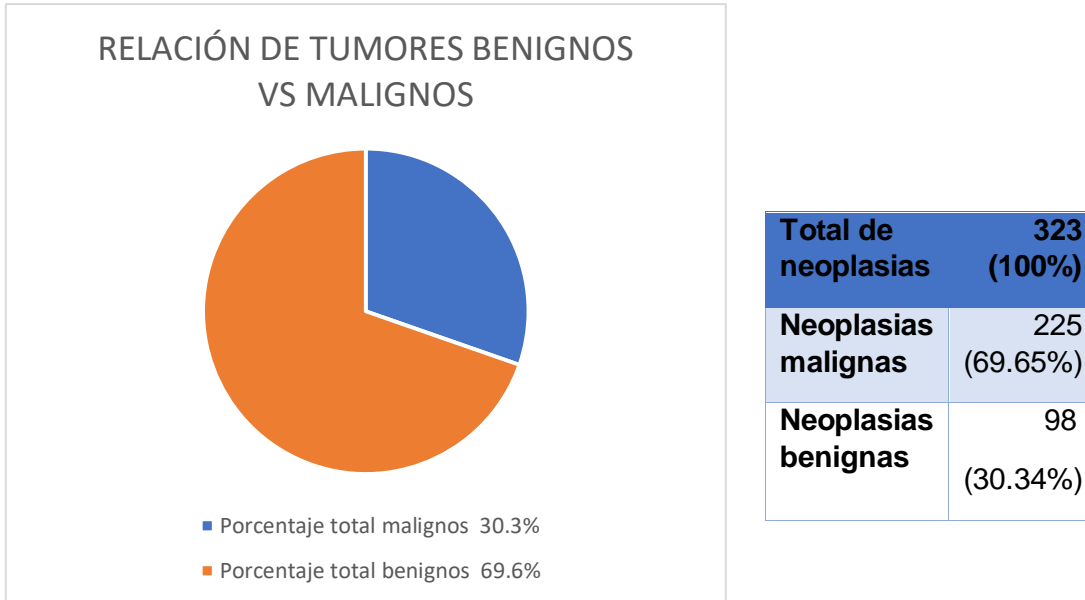
De los reportes evaluados con reporte maligno, se obtuvieron 98 casos de neoplasias malignas (100%), de los cuales 37 casos (37.75%) corresponden al género masculino y 61 (62.24%) corresponden al género femenino, se establece por lo tanto una relación H:M 1:1.64, lo cual se esquematiza en la tabla y gráfica 3.



Total de neoplasias malignas	98 (100%)
Neoplasias malignas en hombres	37 (37.75%)
Neoplasias malignas en mujeres	61 (62.24%)
Relación H:M Total	1:1.64

Gráfica y tabla 3

El total de las neoplasias de glándulas salivales son 323 casos, de los cuales 225 casos (69.65%) corresponden a neoplasias de estirpe benigno y 98 casos (30.34%) correponden a neoplasias de estirpe maligno, esquematizado en la tabla y gráfica 4.

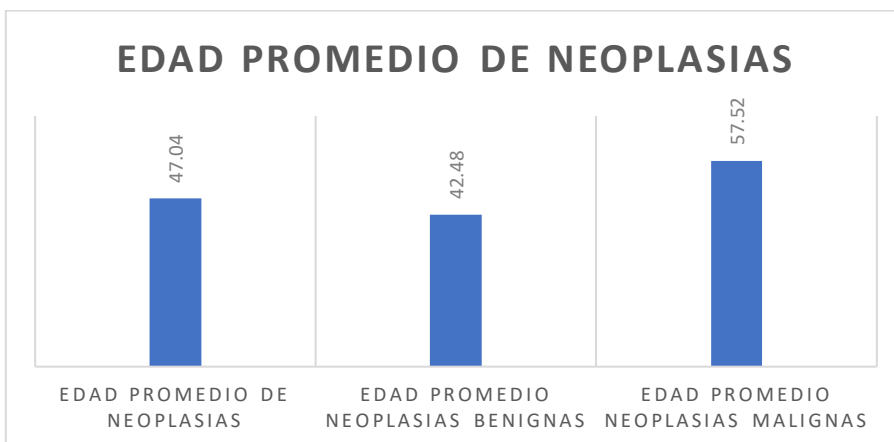


Gráfica y tabla 4

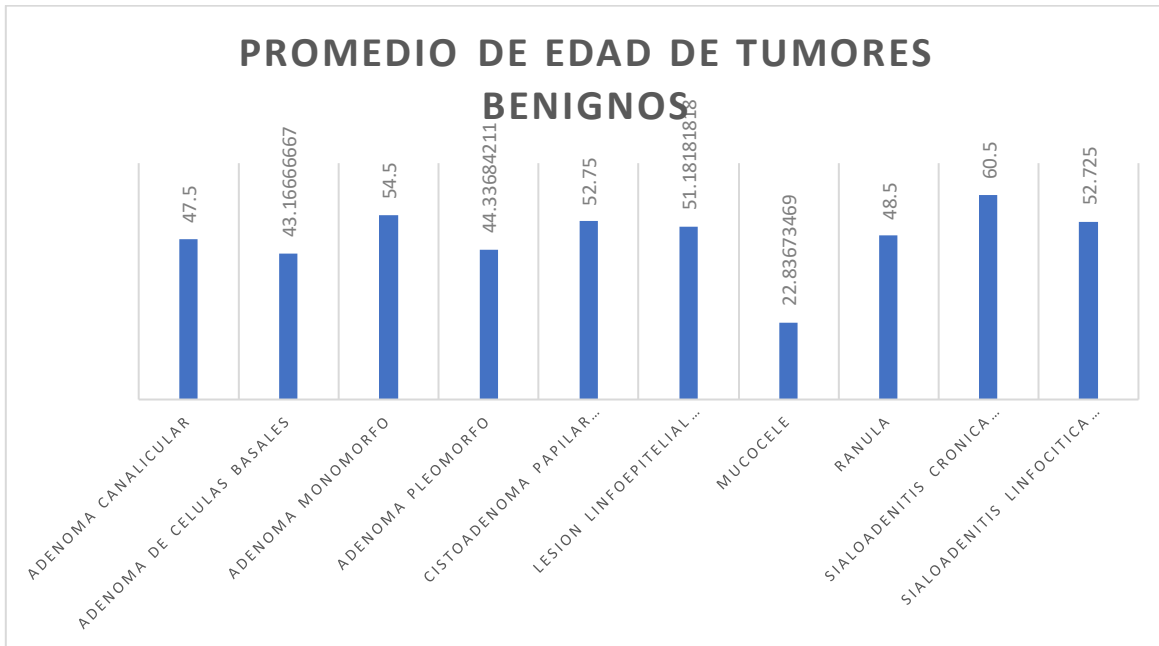
El promedio de edad en los pacientes con reporte de neoplasias de glándulas salivales es 47.04 años.

El promedio de edad en los pacientes con reporte de neoplasias benignas de glándulas salivales es 42.48 años.

El promedio de edad en los pacientes con reporte de neoplasias malignas de glándulas salivales es 57.52 años, los cuales se esquematizan en la gráfica 5.

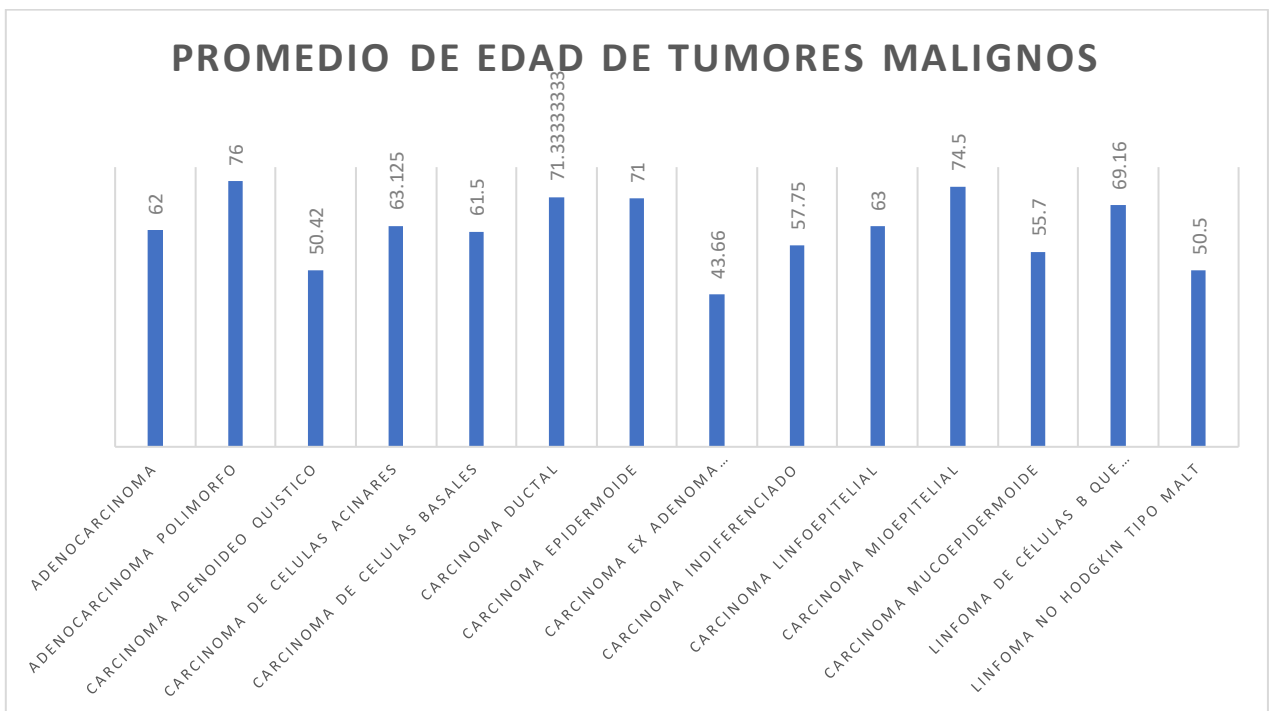


Para las neoplasias benignas de glándulas salivales, se determinó la edad promedio por neoplasia y se esquematizo en la gráfica 6.



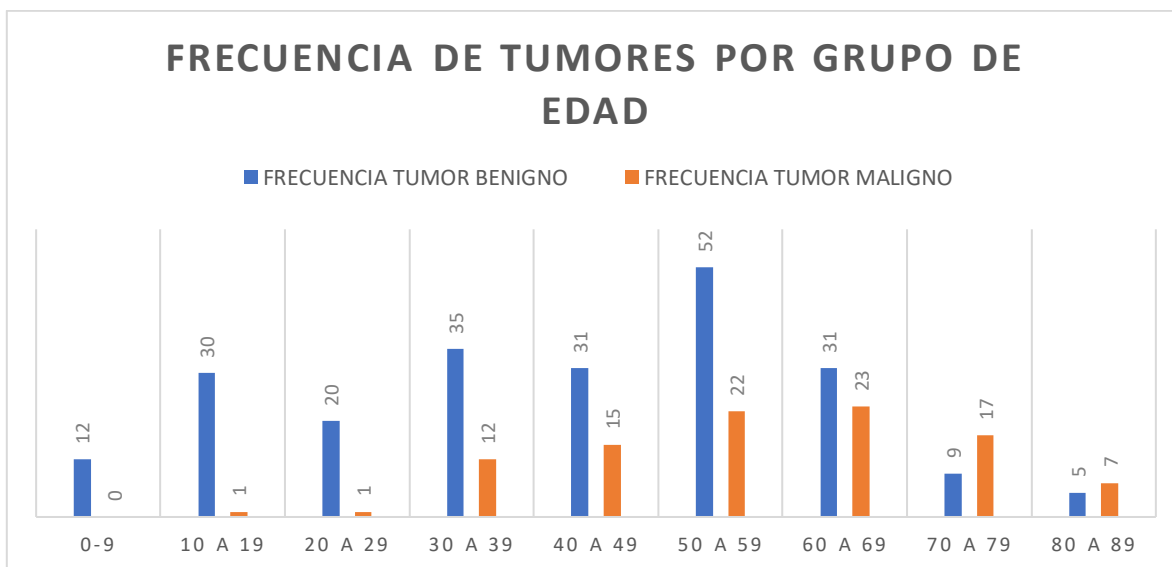
Gráfica 6. Promedio de edad de tumores benignos

Para las neoplasias malignas de glándulas salivales, se determinó la edad promedio por neoplasia y se esquematizo en la gráfica 7.



Gráfica 7. Promedio de edad de tumores malignos

La década de presentación más frecuente en neoplasias malignas de glándulas salivales es la sexta década de la vida con 23 casos (23.46%), y en relación a los tumores de glándulas salivales benignos, la década de presentación más frecuente es la quinta década de la vida con 52 casos (23.11%). Se esquematiza la frecuencia por grupo de edad de las neoplasias benignas y malignas en la gráfica 8 y tabla 5.



Gráfica 8. Grupos de edad de tumores de glándulas salivales

EDAD	0-9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89
FRECUENCIA TUMOR BENIGNO	12	30	20	35	31	52	31	9	5
FRECUENCIA TUMOR MALIGNO	0	1	1	12	15	22	23	17	7

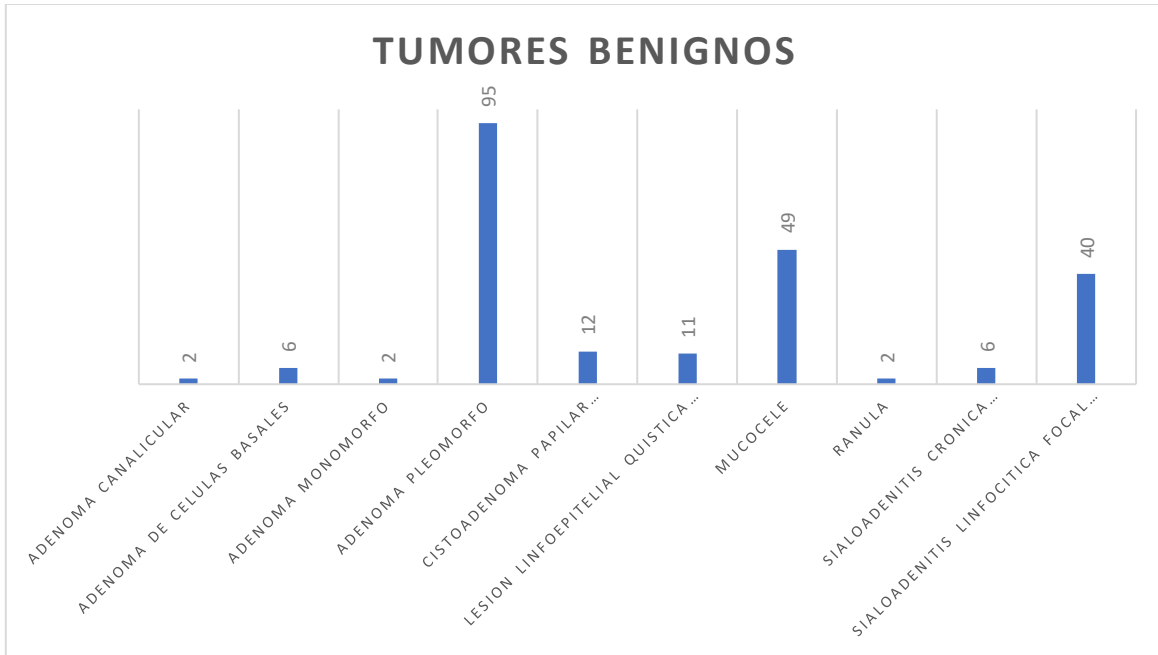
Tabla 5. Grupos de edad de tumores de glándulas salivales

Se revisaron 225 casos de neoplasias benignas de glándulas salivales, siendo la más frecuente el adenoma pleomorfo con 95 casos (42.2%), se estableció una relación H:M de 1:2.06 casos, y el promedio de edad fue 44.33 años.

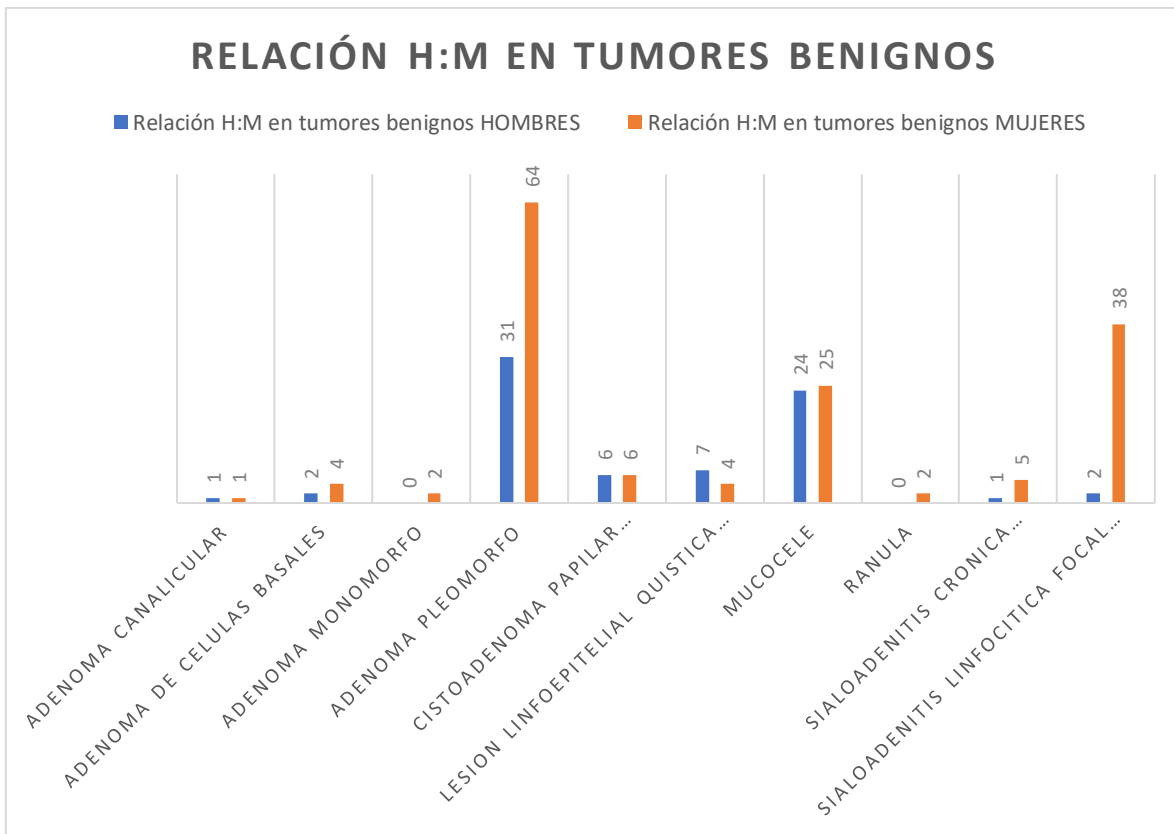
En segundo lugar, se encuentra el mucocele con un total de 49 casos (21.77 %), se estableció una relación H:M 1:1.04, con un promedio de edad de 22.83 años. Se realizó un análisis de cada neoplasia benigna en la tabla 6, se esquematiza el número de casos por neoplasia benigna en la gráfica 9 y la relación Hombre-Mujer en la gráfica 10.

Tumores benignos N=225	N(%)	H	M	H:M	Media de edad	Porcentaje del total de las neoplasias
Adenoma canalicular	2(0.88%)	1	1	1 a 1	47.5	0.61%
Adenoma de células basales	6(2.66%)	2	4	1 a 2	43.16	1.85%
Adenoma monoforno	2(0.88%)	0	2	M	54.5	0.61%
Adenoma pleomorfo	95(42.2%)	31	64	1 a 2.06	44.33	29.41%
Cistoadenoma papilar linfomatoso benigno (Warthin)	12(5.33%)	6	6	1 a 1	52.75	3.71%
Lesion linfoepitelial quística benigna	11(4.88%)	7	4	1.75 a 1	51.18	3.40%
Mucocele	49(21.77%)	24	25	1 a 1.04	22.83	15.17%
Ranula	2(0.88%)	0	2	M	48.5	0.61%
Sialoadenitis crónica esclerosante (Tumor de Kuttner)	6(2.66%)	1	5	1 a 5	60.5	1.85%
Sialoadenitis linfocítica focal (Síndrome de Sjogren)	40(17.77%)	2	38	1 a 19	52.72	12.38%

Tabla 6



Gráfica 9. Número de casos de tumores benignos de glándulas salivales por estirpe histológica

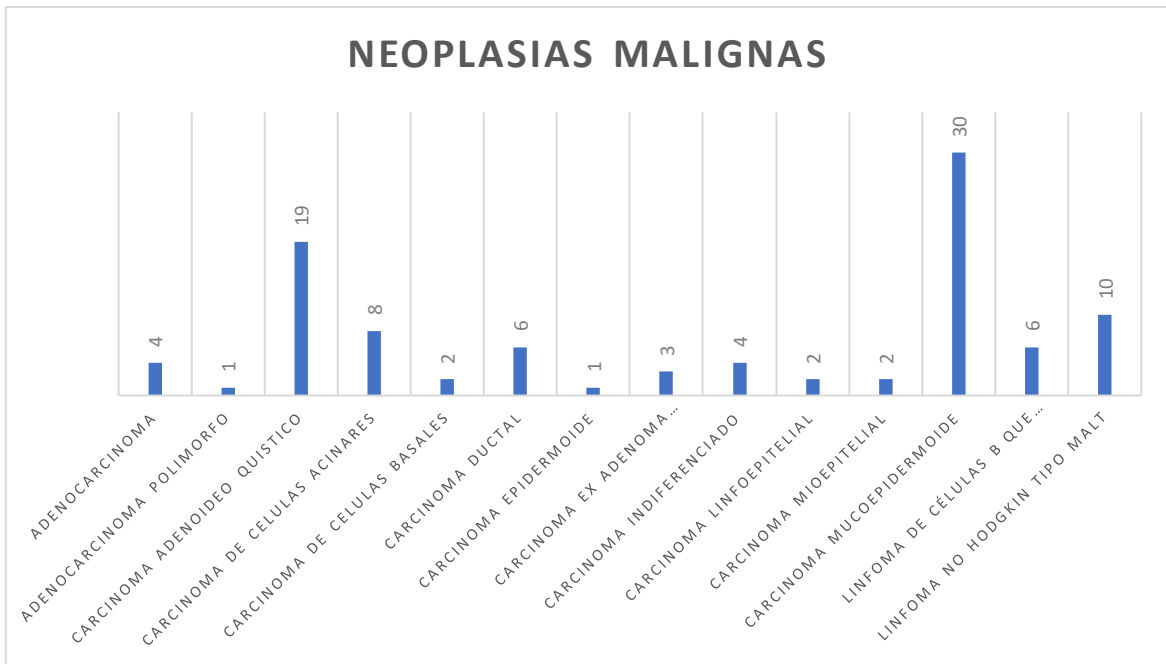


Gráfica 10. Relación Hombre-Mujer en tumores benignos de glándulas salivales por estirpe histológica

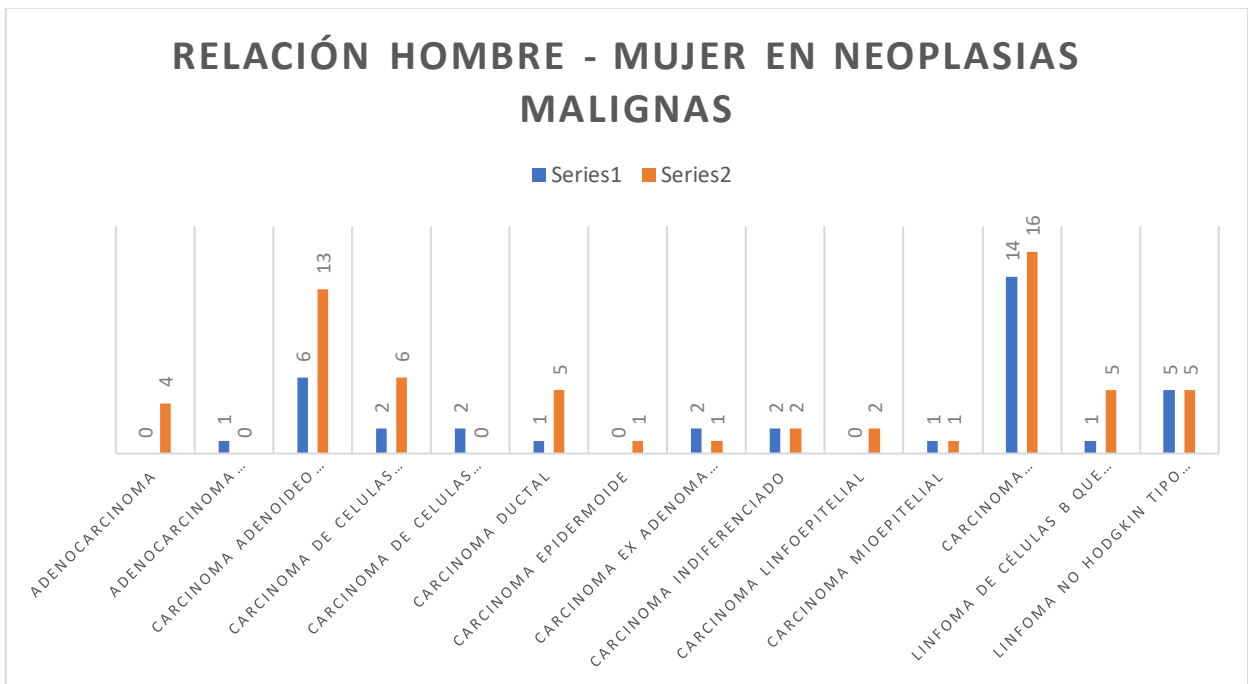
Se revisaron 98 casos de neoplasias malignas de glándulas salivales, siendo la más frecuente el carcinoma mucoepidermoide con 30 casos (30.61%), se estableció una relación H:M de 1:1.14 casos, y el promedio de edad es 55.7 años. En segundo lugar, se encuentra el carcinoma adenoide quístico con un total de 19 casos (19.38 %), se estableció una relación H:M 1:2.16, con un promedio de edad de 50.42 años. Se realizó un análisis de cada neoplasia maligna de glándulas salival en la tabla 7 y se esquematiza el número de casos por neoplasia maligna en la gráfica 11 y la relación Hombre-Mujer en la gráfica 12.

Tumores malignos N=98	N(%)	H	M	H:M	Media de edad	Porcentaje del total de las neoplasias
Adenocarcinoma	4(4.08%)	0	4	M	62	1.23%
Adenocarcinoma polimorfo	1(1.02%)	1	0	1 a 1	76	0.30%
Carcinoma Adenoide Quístico	19(19.38%)	6	13	1 a 2.16	50.42	5.88%
Carcinoma de Células Acinares	8(8.16%)	2	6	1 a 3	63.12	2.47%
Carcinoma de células basales	2(2.04%)	2	0	H	61.5	0.61%
Carcinoma ductal	6(6.12%)	1	5	1 a 5	71.33	1.85%
Carcinoma epidermoide	1(1.02%)	0	1	M	71	0.30%
Carcinoma ex adenoma pleomorfo	3(3.06%)	2	1	2 a 1	43.66	0.92%
Carcinoma indiferenciado	4(4.08%)	2	2	1 a 1	57.75	1.23%
Carcinoma linfoepitelial	2(2.04%)	0	2	M	63	0.61%
Carcinoma mioepitelial	2(2.04%)	1	1	1 a 1	74.5	0.61%
Carcinoma mucoepidermoide	30(30.61%)	14	16	1 a 1.14	55.7	9.28%
Linfoma de células B que infiltra (Metástasis)	6(6.12%)	1	5	1 a 5	69.16	1.85%
Linfoma no Hodgkin tipo MALT	10(10.20%)	5	5	1 a 1	50.5	3.09%

tabla 7



Grafica 11 Número de casos de neoplasias benignas por estirpe histológica

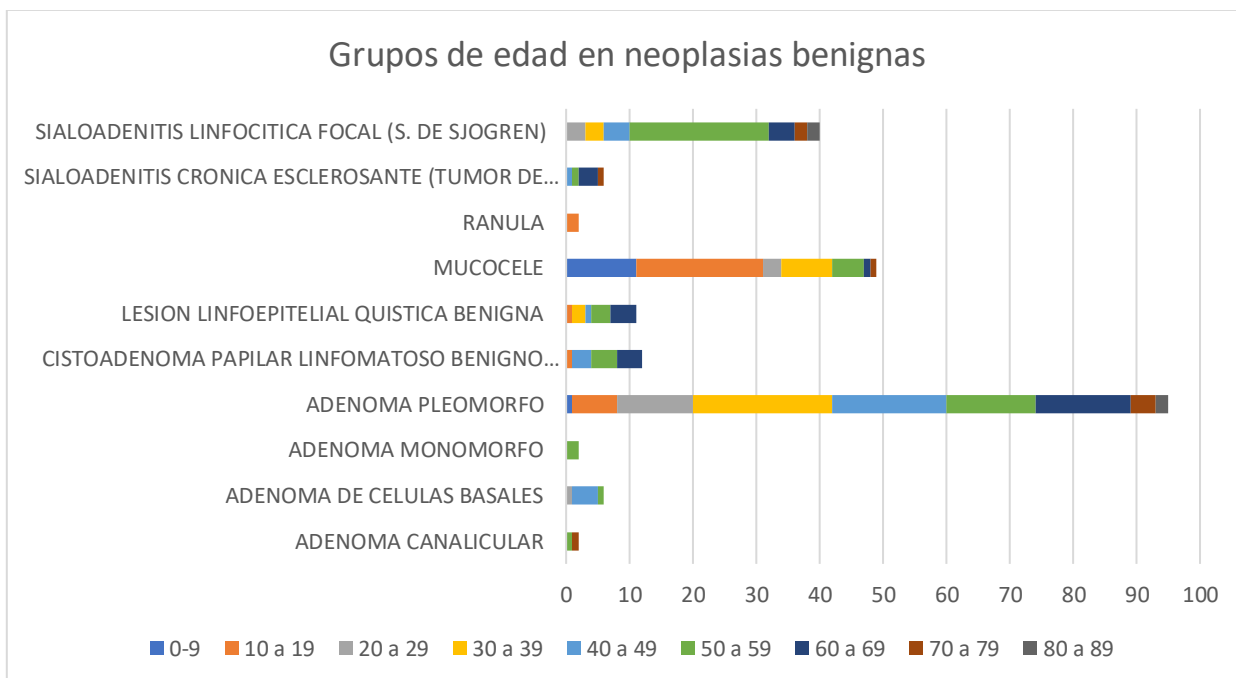


Grafica 12 Relación hombre/mujer de tumores malignos por estirpe histológica

Se realizó un análisis detallado de los grupos de edad en cuanto a neoplasias benignas de glándulas salivales de forma individual, y se encontro que en el caso del adenoma pleomorfo se aprecia un pico el grupo de edad en la cuarta década de la vida, mientras que en el mucocele se observo principalmente en la segunda década de la vida. Se muestra el grupo de edad afectado de todas las neoplasias de glándulas salivales de estirpe benigno en la tabla 8 y en la gráfica número 13

NEOPLASIA BENIGNA	0-9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89
ADENOMA CANALICULAR	0	0	0	0	0	1 (50%)	0	1 (50%)	0
ADENOMA DE CELULAS BASALES	0	0	1 (16.6%)	0	4 (66.6%)	1 (16.6%)	0	0	0
ADENOMA MONOMORFO	0	0	0	0	0	2 (100%)	0	0	0
ADENOMA PLEOMORFO	1 (1.05%)	7 (7.36%)	12 (12.63%)	22 (23.15%)	18 (18.94%)	14 (14.73%)	15 (15.78%)	4 (4.21%)	2 (2.10%)
CISTOADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO BENIGNO (WARTHIN)	0	1 (8.3%)	0	0	3 (25%)	4 (33.3%)	4 (33.3%)	0	0
LESION LINFOEPITELIAL QUISTICA BENIGNA	0	1 (9.09%)	0	2 (18.18%)	1 (9.09%)	3 (27.27%)	4 (36.36%)	0	0
MUCOCELE	11 (22.44%)	20 (40.81%)	3 (6.12%)	8 (16.32%)	0	5 (10.20%)	1 (2.04%)	1 (2.04%)	0
RANULA	0	2 (100%)	0	0	0	0	0	0	0
SIALOADENITIS CRONICA ESCLEROSANTE (TUMOR DE KUTTNER)	0	0	0	0	1 (16.6%)	1 (16.6%)	3 (50%)	1 (16.6%)	0
SIALOADENITIS LINFOCITICA FOCAL (S. DE SJOGREN)	0	0	3 (7.5%)	3 (7.5%)	4 (10%)	22 (55%)	4 (10%)	2 (5%)	2 (5%)

Tabla 8



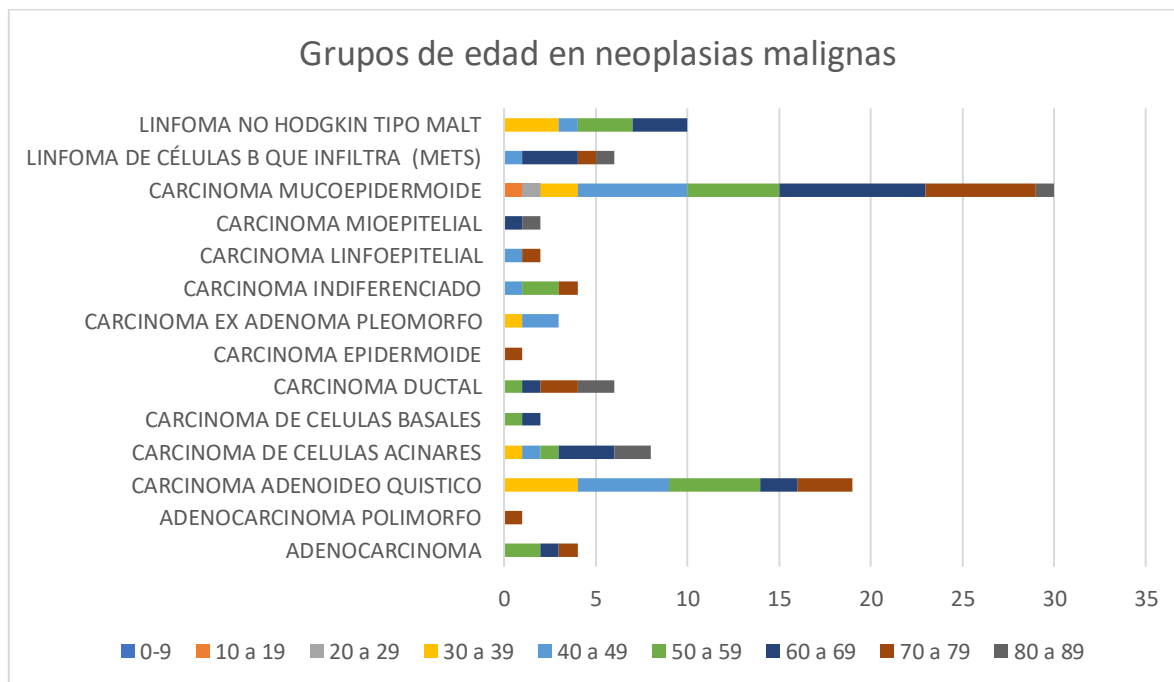
Gráfica 13. Grupos de edad en neoplasias benignas por estirpe histológica

Se realizó un análisis de los grupos de edad de las neoplasias malignas de glándulas salivales de forma individual, y se encontró que en el caso del carcinoma mucoepidermoide presentó un pico bimodal hacia la quinta y séptima década de la vida, el carcinoma adenoide quístico con mayor afectación en la quinta y sexta década de la vida. Los grupos de edad afectados en cada neoplasia se muestran en la tabla 9 y gráfica 14.

NEOPLASIA MALIGNA	0-9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89
ADENOCARCINOMA	0	0	0	0	0	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	0
ADENOCARCINOMA POLIMORFO	0	0	0	0	0	0	0	1 (100%)	0
CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO	0	0	0	4 (21.05%)	5 (26.31%)	5 (26.31%)	2 (10.52%)	3 (15.78%)	0
CARCINOMA DE CELULAS ACINARES	0	0	0	1 (12.5%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	3 (37.5%)	0	2 (25%)
CARCINOMA DE CELULAS BASALES	0	0	0	0	0	1 (50%)	1 (50%)	0	0
CARCINOMA DUCTAL	0	0	0	0	0	1 (16.6%)	1 (16.6%)	2 (33.3%)	2 (33.3%)

CARCINOMA EPIDERMOIDE	0	0	0	0	0	0	0	1 (100%)	0
CARCINOMA EX ADENOMA PLEOMORFO	0	0	0	1 (33.3%)	2 (66.6%)	0	0	0	0
CARCINOMA INDIFERENCIADO	0	0	0	0	1 (25%)	2 (50%)	0	1 (25%)	0
CARCINOMA LINFOEPITELIAL	0	0	0	0	1 (50%)	0	0	1 (50%)	0
CARCINOMA MIOEPITELIAL	0	0	0	0	0	0	1 (50%)	0	1 (50%)
CARCINOMA MUCOEPIDERMOIDE	0	1 (3.33%)	1 (3.33%)	2 (6.6%)	6 (20%)	5 (16.6%)	8 (26.6%)	6 (20%)	1 (3.33%)
LINFOMA DE CÉLULAS B QUE INFILTRA (METS)	0	0	0	0	1 (16.6%)	0	3 (50%)	1 (16.6%)	1 (16.6%)
LINFOMA NO HODGKIN TIPO MALT	0	0	0	3 (30%)	1 (10%)	3 (30%)	3 (30%)	0	0

Tabla 9



Gráfica 14. Grupos de edad en neoplasias malignas por estirpe histológica

Se realizó el cálculo de la incidencia por año de neoplasias benignas y malignas de glándulas salivales del año 2015 al 2022 utilizando la fórmula de número de casos nuevos por año entre la población de riesgo anual, la población de riesgo fue considerada como el total población de derechohabientes IMSS de los estados de Puebla, Oaxaca y Tlaxcala, que se observan en la tabla 10.

Se realizó el calculo en base al número de casos por cada cien mil habitantes, con un desglose de la indicencia para las neoplasias malignas que se muestra en la tabla 10. El desglose de la incidencia de las neoplasias benignas se muestra en la tabla 11 y de las neoplasias malignas en la tabla 12.

La incidencia anual de neoplasias malignas y benignas de glándulas salivales en datos expresados por cada 100,000 habitantes se muestra en la tabla 13 y gráfica 15.

Año	Población total
2015	1,893,454
2016	1,815,377
2017	1,896,407
2018	1,955,698
2019	2,030,085
2020	1,953,239
2021	2,031,172
2022	2,100,544

Tabla 10. Población total del Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho

NEOPLASIA BENIGNA	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ADENOMA CANALICULAR	0.05281354	0	0	0.05113264	0	0	0	0
ADENOMA DE CELULAS BASALES	0	0	0.15819389	0	0	0	0.09846532	0.04760672
ADENOMA MONOMORFO	0	0.05508498	0	0.05113264	0	0	0	0
ADENOMA PLEOMORFO	0.7393895	0.77118968	0.79096945	0.46019375	0.64036728	0.25598506	0.64002458	0.57128058
CISTOADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO BENIGNO (WARTHIN)	0.15844061	0	0.15819389	0	0.14777706	0	0.09846532	0.04760672
LESION LINFOEPITELIAL QUISTICA BENIGNA	0.21125414	0	0.0527313	0	0.14777706	0	0.09846532	0.04760672
MUCOCELE	0.31688121	0.33050986	0.47458167	0.56245903	0.49259021	0.05119701	0.09846532	0.19042686
RANULA	0	0.05508498	0	0.05113264	0	0	0	0
SIALOADENITIS CRONICA ESCLEROSANTE (TUMOR DE KUTTNER)	0.10562707	0	0.0527313	0	0.04925902	0	0.04923266	0.04760672
SIALOADENITIS LINFOCITICA FOCAL (S. DE SJOGREN)	0.26406768	0.33050986	0.42185037	0.2556632	0.19703608	0.25598506	0.2461633	0.09521343

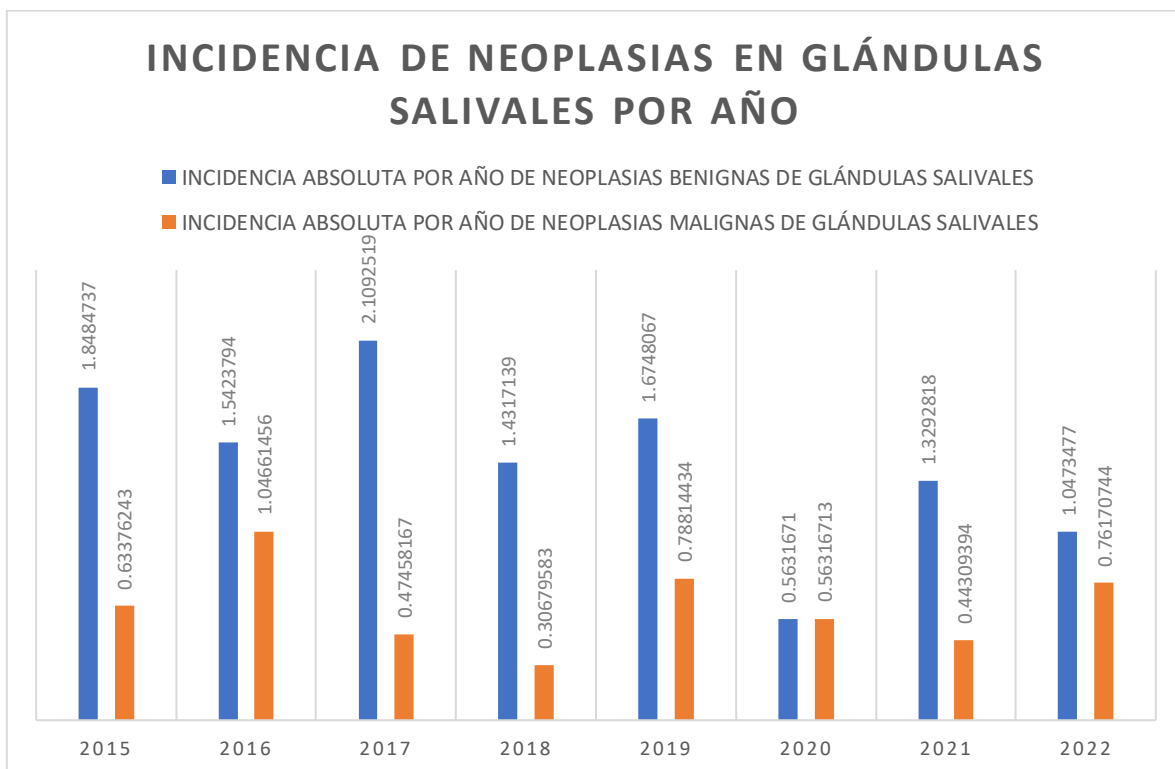
Tabla 11. Incidencia de tumores benignos de glándulas salivales (datos expresados por cada 100,000 habitantes)

NEOPLASIA MALIGNA	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ADENOCARCINOMA	0.05281354	0.05508498	0	0.05113264	0	0	0	0.04760672
ADENOCARCINOMA POLIMORFO	0	0	0.0527313	0	0	0	0	0
CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO	0.10562707	0.05508498	0.15819389	0	0.19703608	0.20478805	0.04923266	0.19042686
CARCINOMA DE CELULAS ACINARES	0.10562707	0.11016995	0	0.05113264	0.04925902	0	0	0.09521343
CARCINOMA DE CELULAS BASALES	0	0	0.0527313	0	0	0	0.04923266	0
CARCINOMA DUCTAL	0	0	0.0527313	0.05113264	0	0	0.04923266	0.14282015
CARCINOMA EPIDERMOIDE	0.05281354	0	0	0	0	0	0	0
CARCINOMA EX ADENOMA PLEOMORFO	0.05281354	0	0.0527313	0	0.04925902	0	0	0
CARCINOMA INDIFERENCIADO	0	0.05508498	0	0	0.04925902	0.05119701	0	0.04760672
CARCINOMA LINFOEPITELIAL	0	0	0	0	0	0	0.09846532	0
CARCINOMA MIOEPITELIAL	0	0	0	0	0	0	0	0.09521343
CARCINOMA MUCOEPIDERMOIDE	0.15844061	0.55084977	0.10546259	0.05113264	0.29555413	0.30718207	0.09846532	0
LINFOMA DE CÉLULAS B QUE INFILTRA (METS)	0.05281354	0.11016995	0	0	0	0	0	0.14282015
LINFOMA NO HODGKIN TIPO MALT	0.05281354	0.11016995	0	0.10226528	0.14777706	0	0.09846532	0

Tabla 12. Incidencia de tumores malignos de glándulas salivales (datos expresados por cada 100,000 habitantes)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
INCIDENCIA ABSOLUTA POR AÑO DE NEOPLASIAS BENIGNAS DE GLÁNDULAS SALIVALES	1.8484737	1.5423794	2.1092519	1.4317139	1.6748067	0.5631671	1.3292818	1.0473477
INCIDENCIA ABSOLUTA POR AÑO DE NEOPLASIAS MALIGNAS DE GLÁNDULAS SALIVALES	0.63376243	1.04661456	0.47458167	0.30679583	0.78814434	0.56316713	0.44309394	0.76170744

Tabla 13 Incidencia anual de neoplasias malignas y benignas de glándulas salivales (datos expresados por cada 100,000 habitantes)



Grafica 15 Incidencia de tumores de glándulas salivales (expresado en casos por cada 100,000 habitantes)

6. DISCUSIÓN

Los tumores de glándulas salivales de acuerdo a la literatura internacional son relativamente raros y constituyen del 3% al 4% de todas las neoplasias de cabeza y cuello.

La incidencia global de las neoplasias originadas en alguna de las glándulas salivares según la OMS ha sido estimada anualmente entre 0.4 y 13.5 casos por 100.000 habitantes, con una variabilidad importante entre diferentes poblaciones. En Inglaterra se ha reportado una incidencia de 0.7 a 0.8 por 1.000.000 de habitantes por año. En relación a nuestro estudio se encuentra una incidencia anual de 1.44 casos por cada 100, 000 habitantes.

En cuanto al comportamiento biológico de las neoplasias de glándulas salivales es, principalmente, benigno en todo el mundo, del 75% al 86%; en nuestro país se encuentra entre el 55% hasta el 86%, los tumores malignos constituyen menos del 5% de los cánceres en general. De acuerdo a nuestro estudio, existe una predominancia de las neoplasias benignas en un 69.65% (225 casos) de neoplasias benignas contra un 30.34% (98 casos) de neoplasias malignas.

De acuerdo a la literatura revisada los datos disponibles sobre la incidencia de tumores benignos son limitados pero se ha sugerido una mayor incidencia en mujeres en países como Argentina, España y Chile. En cuanto a neoplasias malignas de glándulas salivales predominan en el género masculino acorde a lo reportado en población china de acuerdo a Fonseca y colaboradores, en contraparte de lo reportado por Oliveira y colaboradores en Brasil en donde se encontro mayor prevalencia en mujeres. En nuestro estudio se aprecia una preponderancia en el género femenino tanto en neoplasias benignas como malignas, siendo en las neoplasias benignas la relación H:M 1:2.04 y en los malignos la relación H:M es de 1:1.64.

Esta relación, en cuanto a tumores benignos de glándulas salivales si existe una concordancia, ya que se encontrará mayor afectacion en el sexo femenino por dichos tumores, sin embargo, las neoplasias malignas son ligeramente más frecuentes en hombres en nuestro estudio, en donde se contrapone con lo reportado en población China y a favor de lo reportado en población de Brasil.

La probabilidad de presentar neoplasias malignas de glándulas salivales aumenta conforme aumenta la edad del paciente según la literatura internacional con un amplio rango de edad, con una mayor presentación entre la cuarta y séptima década de la vida. En nuestro estudio se encuentra una concordancia con dicha información en neoplasias malignas encontrando mayor afección en la cuarta y sexta década de la vida.

La edad promedio para neoplasias de glándulas salivales de estirpe benigno fue 42.4 años, y la edad promedio de neoplasias de glándulas salivales de estirpe maligno fue de 57.52 años, resultados acordes a la literatura que reporta una edad promedio de presentación de 45 años, según Sotelo y colaboradores en la población de Veracruz es de 49 años en neoplasias benignas y 52 años en neoplasias malignas representando ligeras variaciones en la edad promedio,

La glándula parótida es la localización con mayor grado de afección por neoplasias, en nuestro país va desde 82% al 78%. Según la OMS es el sitio más frecuentemente afectado, en un 80% de los casos. Nuestro estudio concuerda que la principal glándula afectada tanto en patología benigna como maligna en la glándula parótida.

El adenoma pleomorfo representa el 75-85% de todos los tumores de glándulas salivares y es abrumadoramente el tumor más común (50% a 77% de todos los casos en el glándula parótida),

En el presente estudio, la neoplasia benigna más frecuente encontrada es el adenoma pleomorfo y represento el 42.2% de las neoplasias benignas, cifra que se encontró por debajo de lo reportado en la literatura, sin embargo, en el presente estudio se contemplo lesiones pseudotumorales de estirpe benigna lo que pudo disminuir el porcentaje. La edad de presentación promedio habitual tiende a ser cuarta y quinta década de la vida, con edad promedio a los 44.3 años de edad, congruente con nuestro estudio epidemiológico, con una predominancia en el genero femenino con relación H:M 1:2.06.

En segundo lugar, se encuentra el mucocele con un total de 49 casos (21.77 %), se estableció una relación H:M 1:1.04, con un promedio de edad de 22.83 años, con una incidencia mayor en la segunda década de la vida, datos de concuerdan con lo reportado en la literatura.

El carcinoma epidermoide es la principal neoplasia maligna en glándulas salivales, reportada como la neoplasia más frecuente de glándulas salivales según la OMS, en el presente estudio el carcinoma mucoepidermoide representó 30 casos (30.61%), se estableció una relación H:M de 1:1.14 casos, y el promedio de edad es 55.7 años, con un pico bimodal en la quinta y séptima década de la vida, datos que son congruentes con la literatura internacional.

En segundo lugar, se encuentra el carcinoma adenoide quístico con un total de 19 casos (19.38 %), se estableció una relación H:M 1:2.16, con un promedio de edad de 50.42 años, con mayor afectación en la quinta y sexta década de la vida, reportado en la literatura como un tumor que representa del 3 al 6% de la neoplasias de glándulas salivales y como el segundo tumor maligno más frecuente de parótida y el tumor más frecuente de glándula submandibular y glándulas salivales menores.

7. CONCLUSIÓN

Las neoplasias de glándulas salivales tienen una amplia variedad de estirpes histológicas, son relativamente infrecuentes y sus formas de presentación son muy variables. Se encontró una mayor proporción de neoplasias benignas en comparación a neoplasias malignas, con predominio en el género femenino. Con una incidencia anual de 1.44 casos por cada 100, 000 habitantes, el tumor benigno de glándula salival más frecuente es el adenoma pleomorfo y el maligno más frecuente el carcinoma mucoepidermoide, mientras que la glándula salival más afectada es la glándula parótida, datos que son congruentes con lo descrito en la literatura.

Es necesario realizar más investigaciones en nuestro país para conocer un panorama representativo de este tipo de neoplasias y realizar diagnósticos de manera oportuna.

7.1. LIMITACIONES

En la literatura nacional e internacional, existen escasos artículos que desarrollen una adecuada base de datos epidemiológicos referente a las neoplasias benignas y malignas de glándulas salivales.

A nivel Nacional hay pocos estudios que nos impiden realizar un comparativo adecuado de los resultados epidemiológicos encontrados en nuestra investigación, de igual manera las estadísticas son poco actualizadas, por lo que no nos permite reflejar la situación actual de nuestro país en cuanto a neoplasias de glándulas salivales.

7.2 .RECOMENDACIONES

Es indispensable aumentar el número de estudios epidemiológicos de neoplasias de glándulas salivales en otros estados del país que nos permitan la determinación de la magnitud real de este tipo de neoplasias a nivel nacional y que nos permitan conocer la magnitud real de la situación, ya que significan un problema importante de salud pública y promover estrategias de prevención primaria y diagnóstico temprano en la población.

7.3 PERSPECTIVAS

Es importante el conocimiento de la epidemiología de nuestra región en cuanto a las estirpes histológicas más frecuentes con el fin de establecer un correcto diagnóstico epidemiológico y promover estrategias de prevención primaria y diagnóstico oportuno que ayude a mejorar la calidad de vida de nuestra población.

8.- BIBLIOGRAFÍA

1. Latarjet M, Ruiz A. Anatomía Humana. 5a Ed. España: Médica Panamericana; 2019
2. Rouvière H. Anatomía humana descriptiva, topográfica y funcional. 11ª ed. Francia: Elsevier; 2006.
3. Lalwani AK. Diagnóstico y tratamiento en otorrinolaringología Cirugía de cabeza y cuello. 2ª ed. Estados Unidos: Mc Graw Hill; 2009.
4. Flin PW, Haughe BH, Lund V, Lund V, Niparko J, Robbins K, et al. Cummings otolaryngology–head and neck surgery. 6ª ed. Canada: Elsevier Inc; 2015.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and Maxillofacial Pathology. 4ª ed. Canada: Elsevier; 2016.
6. Jaramillo JC, Esquivel AM, Cuello G. Caracterización de un grupo de pacientes atendidos por masa parotídea en una institución de tercer nivel. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello. 2018; 46(2): 144-149.
7. Cisternas MJ, Saa MR. Patología tumoral de las glándulas salivares. Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 1 ed. España: SEORL; 2018.
8. Resendiz JM, Contreras PJ, Iznaga NL, Tumores de glándulas salivales. Revista Cubana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2022;6(1): 1-18.
9. Fredes F, Tapia M, Collao J. Tumores de glándula submandibular: Experiencia clínica del Hospital Guillermo Grant Benavente. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2018; 78(1): 392-398.
10. Morales G, Durán E. Eficacia de la biopsia por aspiración con aguja fina en enfermedad de las glándulas salivales. An Orl Mex. 2020; 65(1): 15-19.
11. Cavo J, Cancela F, Munyo A. Correlación cito-histológica en tumores de glándula parótida. An Facultad Med (Univ Repúb Urug). 2019; 6(1):28-34.
12. Rubio MM, Hernández Y, Sanchez LM, Martínez JP. Estudio biopsico de tumores en glándulas salivares. Revista Cubana de Reumatología. 2015; 17(3): 187-192.
13. Hernández MC, Martín MA, Marín JM, Blanco R. Resonancia magnética de las glándulas salivales parótida y submaxilar. Rev ORL. 2017; 8(4): 227-236.
14. Escajadillo JR. Oído, nariz, gargante y cirugía de cabeza y cuello. 4 Ed: México: Manuel Moderno; 2014.
15. Bonfils P. Tumores de glándulas salivales. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Otorrinolaringology. 2007; 20(10):1-20.

16. González MB, Linares C, Rivera S. Frecuencia de tumores de glándulas salivales: Estudio retrospectivo en un centro de diagnóstico histopatológico universitario. *Revista ADM*. 2013; 70 (5): 239-245.
17. Sotelo JJ, Pérez M, Alderete G, Capetillo G. Tumores de glándulas salivales en Veracruz. Experiencia de dos instituciones. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2018;56(2):154-7.
18. Marteletti C, Lerner D, González O. Carcinoma de las glándulas salivales. Revisión narrativa y análisis de serie propia. *Rev Argent Cirug*. 2017;109(2):68-72.
19. Machío N, Pozo JJ, Barajas M. Tumores malignos de las glándulas salivales: estudio retrospectivo de los pacientes tratados en el Hospital La Paz entre 2008 y 2018. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2021;43(3):90-95.
20. Campolo A, Ramírez H, Vargas A, León A. Perfil epidemiológico de neoplasias epiteliales de glándulas salivales. *Rev Med Chile*. 2018; 146(1): 1159-1166.
21. Ferbeyre L, Cruz P, Fernández A, Sánchez G. Tumores de glándulas salivales: Experiencia en Cuba, en comparación con otros países. *Gamo*. 2006; 5(5): 154-160.

9.- ANEXOS.

9.1 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GENERAL DE DIVISION "MANUEL AVILA CAMACHO"	
INCIDENCIA DE TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GENERAL DE DIVISION "MANUEL AVILA CAMACHO"	
	Folio _____
	Fecha _____
Nombre del paciente	_____
Número de Seguridad Social	_____
Folio de resultado histopatológico	_____
Edad del paciente	_____
Género	Femenino () Masculino ()
Tumor	Benigno () Maligno ()
Año de diagnóstico histopatológico	_____
Glándula salival afectada	
Mayor:	submaxilar () sublingual () parotida ()
Menor:	palatina () lingual () molar () labial () bucal ()
Diagnóstico:	_____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GENERAL DE DIVISION "MANUEL AVILA CAMACHO"
**INCIDENCIA DE TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
GENERAL DE DIVISION "MANUEL AVILA CAMACHO"**

Diagnóstico histopatológico (según la clasificación de la OMS 2017)

Tumores benignos:

Adenoma pleomorfo ()	Mioepitelioma ()
Adenoma de células basales ()	Cistoadenoma papilar linfomatoso ()
Oncocitoma ()	Adenoma canalicular ()
Linfadenoma sebáceo ()	Linfadenoma no sebáceo ()

Tumores malignos:

Carcinoma de células acinares ()	Carcinoma mucoepidermoide ()
Carcinoma adenoideo quístico ()	Adenocarcinoma polimorfo bajo grado ()
Carcinoma epitelial mioepitelial ()	Carcinoma sebáceo ()
Carcinoma oncocítico ()	Carcinoma ductal salival ()
Adenocarcinoma NOS ()	Carcinoma mioepitelial ()
Carcinoma ex adenoma pleomorfo ()	Carcinoma de células escamosas ()
Carcinoma de células grandes ()	Carcinoma linfoepitelial ()

Lesiones pseudotumorales

Sialadenosis ()	Oncocitosis ()
Sialometaplasia necrotizante ()	Lesión linfoepitelial benigna ()
Quiste de glándula salival ()	
Sialadenitis esclerosante crónica de la glándula submandibular ()	