

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES DE GLÁNDULA SALIVAL

NESTOR GUTIÉRREZ M, VERÓNICA MORA, ALDO REIGOSA, EDUARDO CALEIRAS, EORIS BAEZ, ALEJANDRO BRICEÑO, SILVIA RAMOS

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA, DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO. VALENCIA, ESTADO CARABOBO

RESUMEN

OBJETIVOS: Las patologías benignas y malignas de la glándula salival están ligadas a sus características anatomopatológicas, estas se encuentran en permanente revisión y su clasificación es controversial. La citología por punción con aguja fina ha surgido como una técnica mínimamente invasiva de diagnóstico en estas lesiones. La punción con aguja fina ha demostrado ser un método sencillo, barato, sensible y específico para el diagnóstico de neoplasias y lesiones no neoplásicas y permite distinguir casos quirúrgicos de no quirúrgicos. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional. Se revisaron 47 historias con diagnóstico clínico de lesión en glándula salival, se revisaron los hallazgos histológicos disponibles en 33 casos para establecer la correlación cito histológicas. **RESULTADOS:** De 47 pacientes a los cuales se les realizó aspirados 11 fueron inadecuados y 36 suficientes o adecuados, inflamatorios 3 casos, neoplasia primaria benigna fueron 23 pacientes de los cuales 17 correspondieron a adenoma pleomórfico. 6 casos fueron neoplasia epitelial maligna, 1 neoplasia linfoide y 2 neoplasias metastásica. **CONCLUSIONES:** La punción con aguja fina de glándula salival es un método que ayuda a distinguir lesiones benignas de malignas, primarias de metastásicas; en este sentido persigue, y permite, establecer si se trata o no de un proceso tumoral, y en este último caso, determinar la naturaleza benigna o maligna del mismo, su carácter primario o secundario, posibilitando así una selección adecuada de tratamiento en esta patología salival entre un tratamiento médico o uno quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: Glándula salival, neoplasia, punción y aspiración con aguja fina.

Recibido: 08/06/2006

Revisado: 03/08/2006

Aceptado para Publicación: 14/12/2006

SUMMARY

OBJETIVOS: The benign and wicked pathologies of the salivary gland are bound to the characteristic anatomopatologic, which are in permanent revision and whose classification is controversial. The cytology for puncture with fine needle it has arisen minimally as a technique invasive of diagnose tumorous lesions. The utility of the fine needle aspiration puncture has demonstrated to be a method, cheap, sensitive, specify for diagnose of tumour and lesions non tumours and it allows distinguishing surgical cases of not surgical. **METHODS:** One carries out a descriptive, retrospective, traverse and observational study. 47 histories were revised with diagnose clinical of lesion in salivary gland; the available histological discoveries were revised in 33 cases to establish the correlation cithistologic. **RESULTS:** Of 47 patients to which are carried out aspired 11 were inadequate and 36 enough or appropriate, inflammatory 3 cases. Benign primary neoplasms was 23 patients of which 17 corresponded to adenoma pleomorphic. 6 cases were wicked epithelial neoplasms, 1 neoplasms lymphoid and 2 neoplasms metastatic. **CONCLUSIONS:** Fine needle aspiration of salivary gland is a method that helps distinguish benign lesions of wicked, primary of metastatic, in this sense pursues, and often allows, to settle down if it is or not of a tumors process, and in this last case, to determine the benign or wicked nature of the same one, its primary or secondary character, facilitating this way an appropriate selection of this salivary pathology in a sense medical o surgery.

KEY WORDS: Salivary gland, neoplasms, puncture and aspiration with fine needle.

Correspondencia: Dr. Néstor Gutiérrez M.
Instituto de Oncología Dr. Miguel Pérez Carreño.
Bárbula. Naguanagua, Estado Carabobo. Venezuela.
E-Mail: mdgm17@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

Los tumores de glándulas salivales son poco frecuentes representando el 0,5 %-1 % de todos los tumores. Constituyen el 3 % de las neoplasias que afectan a cabeza y cuello en los adultos. En la infancia se observa alrededor del 8 %. La incidencia actual oscila entre 0,4-3,5 casos/100 000 personas/año. 85 %-95 % se originan en la parótida, la glándula submaxilar y las glándulas salivales menores del paladar tienen menor porcentaje. La mayor parte de las lesiones palpables son de etiología tumoral son malignos aproximadamente 1/6 de los de parótida, 1/3 de los submandibulares y la mitad de los del paladar⁽¹⁻¹⁰⁾.

El 80 % de las lesiones se localizan a nivel parotídeo (90 % lóbulo superficial, 9 % en el lóbulo profundo, 1 % en “reloj de arena”) y 10 % en la glándula submaxilar el resto distribuido en varias regiones, como el paladar mayor parte de las que afectan a glándulas salivares menores.

La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) es descrita por primera vez en 1847 por Kaun y revisada por Martín en 1930, en tumores de cabeza y cuello, desde entonces su uso presentó variaciones, hasta que unos trabajos suecos en los años 50 mostraron su utilidad⁽¹⁻⁵⁾.

Actualmente, es una prueba diagnóstica de gran aceptación en Europa. No así en EE.UU, aunque se emplea cada vez más. Su aplicación ha ido ganando popularidad, debido a que no es conveniente la realización de biopsias tipo Tru-Cut ni biopsias incisionales a ese nivel. Además al establecerse su alta rentabilidad diagnóstica al comparar los resultados de la citología con el estudio histopatológico de las lesiones. La PAAF persigue, y permite a menudo, establecer si se trata o no de un proceso tumoral, y determinar la naturaleza benigna o maligna su carácter primario o secundario. Diferentes

autores han demostrado la eficacia de la PAAF en la glándula salival como un método: rápido, económico, seguro, fácil de realizar, poco traumático, reduce los costos de hospitalización, elevados porcentajes de sensibilidad y especificidad, bajos porcentajes de morbilidad y mortalidad⁽¹¹⁻¹⁵⁾.

Los objetivos de este trabajo fueron conocer el número de aspiraciones de glándula salival realizadas en el Instituto de Oncología Dr. Miguel Pérez Carreño en el período 2001 a 2005, clasificar los aspirados según sus características citológicas en neoplásicas y no neoplásicas, conocer la correlación cito histológica y otras características relacionadas con este procedimiento.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal. Se revisaron 47 historias de pacientes a los cuales se les había realizado PAAF de glándula salival en el período del 01 de enero de 2001 hasta junio de 2005 con diagnóstico de lesión de glándula salival. Las punciones fueron hechas por el servicio de cabeza y cuello y las muestra de citologías fueron revisadas por los especialistas o patólogos del instituto, de las 47 historias 14 no tenían resultado histológico desconociendo la causa y en 33 casos si se pudo realizar la correlación citohistológica.

RESULTADOS

De los 47 casos a quienes se les realizó PAAF a glándula salival 9 fueron insuficientes y 2 catalogados como hemorrágicos totalizando como inadecuados 11 muestras, mientras que 36 fueron suficientes representando el 77 % del total de las muestras. Obteniendo 3 casos como inflamatorios 26 benignas y 7 casos como malignas observando que la máxima patología

diagnosticada corresponde a lesiones benignas de las cuales el adenoma pleomórfico (Figuras 1 y 2) fue el de mayor incidencia con un total de 17 casos. Hubo correlación cito histológica en 19 de 29 casos en cuanto al diagnóstico dado por la PAAF y la histología, sin tomar en cuenta los casos reportados como negativos para malignidad y que resultaron ser lesiones benignas. 6 casos correspondieron a una neoplasia epitelial maligna, 1 fue descrita como neoplasia linfoide y 2 casos de lesiones metastásicas, una que correspondió a melanoma y otra a un carcinoma epidermoide, estas últimas

2 lesiones se presentaron como tumor en región parotídea y no existía evidencia de adenopatía.

Se revisaron 3 casos reportados como negativo para malignidad y cuya histología reportó malignidad y se pudo evidenciar que en la lámina de PAAF en 2 casos no había células atípicas. De igual manera se revisó uno de los casos correspondientes a inflamatorio y se observó características de adenoma pleomórfico que coincidía con el reporte de la histología.

La sensibilidad para la PAAF en nuestro centro fue de 45 %, la especificidad de 96 %, el

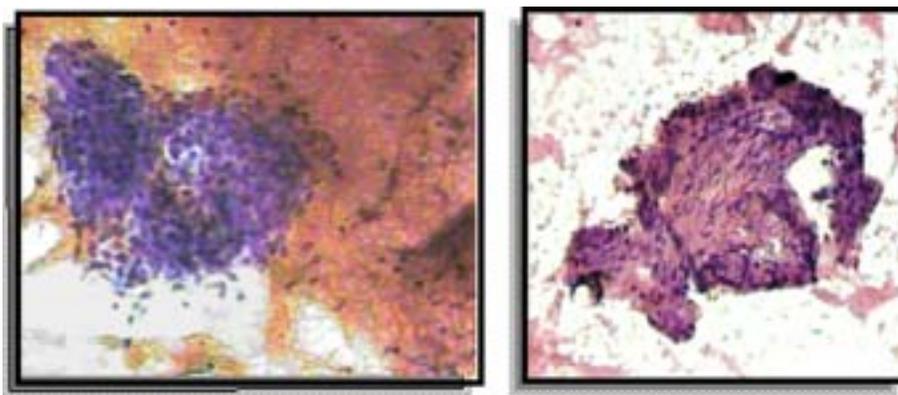


Figura 1. Adenoma pleomórfico.



Figura 2. Tumor de 4x3 cm multilobulado de parótida profunda.

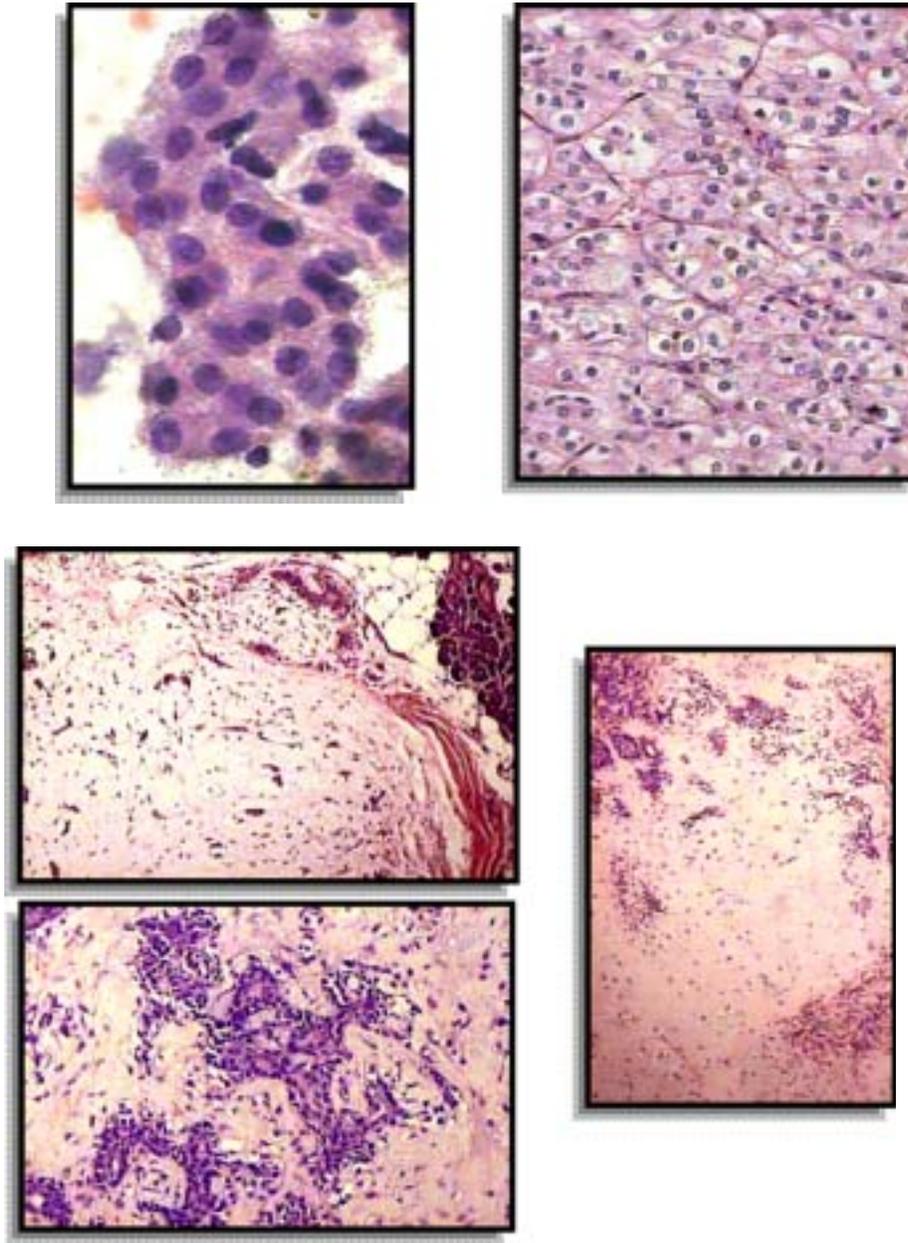


Figura 3. Aspecto histológico.

valor predictivo positivo fue de 83 %. El valor predictivo negativo de 84 %, falso positivo 1 y falsos negativos 5.

Se pudo ver mayor afección de la glándula salival mayor y el sexo masculino fue el más

afectado, además las lesiones malignas se observaron en el 98 % de los casos a partir de los 50 años.

DISCUSIÓN

Se observó un predominio de las afecciones benignas por todos los grupos etarios, donde se refleja la alta incidencia de estos en las glándulas salivales mayores. Asimismo se aprecia como las neoplasias malignas aumentan después de los 55 años y esto coincide con lo planteado por numerosos autores⁽¹²⁻¹⁹⁾. Las neoplasias malignas muestran predilección por el sexo masculino, sin embargo, la distribución por sexo es contradictoria en muchas de las series revisadas, ya que unas muestran preponderancia por el femenino y otras un marcado predominio por el masculino. La distribución de las afecciones por localización anatómica se comportó acorde con lo planteado en la bibliografía consultada, pues se observa un franco predominio del adenoma pleomorfo en la parótida; asimismo, el tumor de Warthin fue exclusivo de esta glándula, mientras las sialadenitis se ubicaron fundamentalmente en la glándula submandibular; las condiciones malignas también fueron más frecuentes en la parótida con un elevado porcentaje.

La PAAF, es una prueba de gran valor diagnóstico muy utilizada y que se realiza como un examen habitual a estos pacientes. Como en otros estudios, la sensibilidad del 45 % fue el indicador menos favorable, pues los citólogos han afrontado dificultades para la obtención del diagnóstico positivo en lesiones que aparentan benignidad clínicamente y el contenido aspirado no presenta células malignas. Se cree que la biopsia por punción y aspiración con aguja fina (BAAF) es una prueba segura que, virtualmente, carece de riesgo para el paciente; pero que tampoco ofrece una confiabilidad absoluta en el diagnóstico, fundamentalmente de procesos malignos, pues su alto número de falsos negativos así lo reflejan^(20,21).

Schindler y col., que en mayo de 2001 han presentado un interesantísimo estudio sobre la PAAF en las glándulas salivales, en el que

argumentan que el papel más importante de la punción-aspiración es ayudar al clínico en el manejo de los pacientes que presentan una lesión tumoral, planificando la cirugía, bien acelerándola o bien posponiendo la intervención quirúrgica⁽²¹⁾.

La punción por aspiración con aguja fina es muy discutida. Algunos autores la contraindican por el riesgo de diseminación tumoral, sin embargo, otros estudios demuestran la ausencia de recidiva tras realizar dicho procedimiento. Puede servir en el diagnóstico del carcinoma escamoso y tumor de Warthin, pero en otros tumores se han detectado numerosos errores. La sensibilidad de este procedimiento en la detección de tumores malignos oscila entre el 58 %-96 % y la especificidad entre el 71 %-98 % rango observado o por lo menos muy próximo al comportamiento en nuestro centro. Lo mismo sucede con la biopsia intraoperatoria por congelación, que aún presentando mejores parámetros que la PAAF, no llega a ser definitiva, estando muy supeditada a la experiencia del patólogo que la realiza. La PAAF en este sentido persigue, y permite a menudo, establecer si se trata o no de un proceso tumoral, y en este último caso, determinar la naturaleza benigna o maligna del mismo, su carácter primario o secundario, posibilitando así una selección adecuada de esta patología salival en un sentido médico o quirúrgico.

La interpretación cito morfológica de las punciones de glándula salival, puede ser en ocasiones bastante difícil, dada la naturaleza heterogénea y variada de su patología, habiéndose señalado problemas específicos de interpretación, que más adelante comentaremos, a pesar de lo cual su eficacia y rentabilidad es indiscutible y progresiva, en relación con la experiencia del citopatólogo en este campo.

Así, diferentes autores han demostrado la eficacia de la PAAF en la glándula salival como un método rápido, económico, seguro, fácil de realizar, barato poco traumático, nos da un resul-

tado rápido, reduce los costos de hospitalización, tiene elevados porcentajes de sensibilidad y especificidad, con bajos porcentajes de morbilidad y mortalidad. Estos hechos, junto a la escasa incidencia de complicaciones han determinado que en la actualidad la PAAF sea considerada como una de las técnicas de elección y de mayor fiabilidad en el diagnóstico prequirúrgico de las enfermedades de la glándula salival. No obstante y dada la posibilidad de obtener una muestra insuficiente para diagnóstico, o bien por la aparición de citologías negativas, sobre todo en lesiones tumorales quísticas, la citología no debe ser utilizada como único procedimiento para descartar malignidad, sino establecerse en conjunción con otras técnicas de exploración, fundamentalmente técnicas de imagen, que por otra parte pueden ser de gran utilidad para el diagnóstico de lesiones benignas, como es el caso de las sialoadenitis.

La interpretación citológica de las punciones salivales, puede en ocasiones plantear problemas de diagnóstico diferencial. El origen de esta dificultad diagnóstica surge sin duda de que las glándulas salivales son probablemente la estructura tisular con un mayor rango de

posibilidades lesionales. Los principales problemas en el diagnóstico citológico se ha indicado que surgen en las lesiones lipomatosas, en las lesiones quísticas, en los procesos linfoproliferativos propios de las glándulas salivales, en las lesiones oncócicas y en algunos adenomas pleomorfos con características poco usuales. Una confusión vivida en esta patología, es el interpretar como un tumor mixto (lesión tumoral muy frecuente), la existencia real de un neurilemoma; confusión que ya ha sido comunicada por varios autores.

En conclusión la PAAF se establece como una metodología diagnóstica de alta eficacia, con una precisión diagnóstica de más del 80 %, siendo un proceder anatomoclínico útil para la selección de lesiones posiblemente subsidiarias de cirugía, evitando en ocasiones biopsias innecesarias, hecho de gran importancia en lesiones del territorio parotídeo, reduciendo así el riesgo innecesario de daño del nervio facial que la cirugía puede conllevar. Se recomienda la PAAF sistemática en la patología de las glándulas salivares; nunca como prueba única, siempre como coadyuvante, realizándose una biopsia intraoperatoria cuando se sospeche patología maligna.

REFERENCIAS

1. Johns ME, Wachls NE. Tumores de las glándulas salivales. En: Paparella MH, editor. Otorrinolaringología. Cabeza y Cuello. 3ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1994.p.2451-2483.
2. López Pérez JP, Rodríguez Jiménez R. Morbilidad quirúrgica de las glándulas salivales mayores. Rev Cubana Oncol. 1995;11(1):25-29.
3. Pérez Abreus E, González Domínguez N. Patología quirúrgica de glándulas salivales. Reporte de 79 casos. Rev Cubana Estomatol 1999;37(2):212-216.
4. Rice DH. Salivary gland diseases. Malignant salivary gland neoplasms. Otolaryngologic Clin North Am. 1999;32(5):875-886.
5. Rabinov JD. Radiologic evaluation of the neck. Imaging of salivary gland pathology. Radiologic Clin North Am. 2000;38(5):80-84.
6. Westra HW. The surgical pathology of salivary gland neoplasms. Otolaryngologic Clin North Am. 1999;32(5):919-943.
7. Rice DH. Salivary Gland Disorders. Neoplastic and Non neoplastic. Medical Clin North Am. 1999;83(1):197-211.
8. Sinha UK, Matthew Ng. Salivary gland diseases. Surgery of the salivary glands. Otolaryngologic Clin North Am. 1999;32(5):887-906.

9. Fernández Mirabal A, Popova E, Popov E. Algunos aspectos sobre la malignización de un tumor mixto de glándula parótida. *Rev Cubana Estomatol.* 1967;4(3):195-204.
10. Califano J, Eisele DW. Salivary gland diseases. Benign salivary gland neoplasms. *Otolaryngologic Clin North Am.* 1999;32(5):861-873.
11. Nahlieli O. Endoscopic technique for the diagnosis and treatment of inflammatory salivary gland diseases. *Dent.* 2000;2-E:2-12.
12. Lang-Roth R, Schippers C, Eckel HF. Cervical actinomycosis. A rare differential diagnosis of parotid tumor. *HNO* 1998;46(4):354-358.
13. Kamal SA, Othman EO. Diagnosis and treatment of parotid tumors. *J Laryngol Otol.* 1997;111:316-321.
14. Giraldi GF, Melone A, Di Biasi C, Trasimeni G. Tumors of the oral cavity, oropharynx and salivary glands. Role of TC and MRI in neoplasm staging. *Clin Ter.* 1997;148:41-50.
15. Ishkawa H, Ishii Y. Evaluation of salivary gland tumors with 99m TC pertechnetate. *Int Oral Maxillofac Surg.* 1984;42:429-434.
16. Santamaría J, Irazu L, Arteagoitia O, Alonso J, Romo I, Álvarez J, et al. Eficacia de los procedimientos diagnósticos en la patología médico-quirúrgica de las glándulas salivales. *Med Oral.* 2000;5(3):198-207.
17. Costas A, Martín-Granizo R, Castro P, Monje F, Marrón C, Díaz F, et al. Punción-aspiración con aguja fina (PAAF) en las lesiones de glándulas salivales. *Med Oral.* 1999;4(4):519-527.
18. Fulciniti F, Califano L, Zupi A, Vetrani A. Accuracy of the fine needle aspiration biopsy in head and neck tumors. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997;55(10):1094-1097.
19. Khurana KK, Pitman MB, Powers CN, Korourian S, Bardales RH, Stanley MW. Diagnostic pitfalls of aspiration cytology of salivary duct carcinoma. *Cancer.* 1997;81(16):373-378.
20. Qizilbash AH, Young JEM. Guidelines for clinical aspiration and biopsy of head and neck. En: Qizilbash AH, Young JEM, editores. Tokyo: Igaku-Shoin, 1988.p.15-116.
21. Azúa J. Diagnóstico citológico en patología mamaria. Barcelona: Ed. Expaxs, 1976.