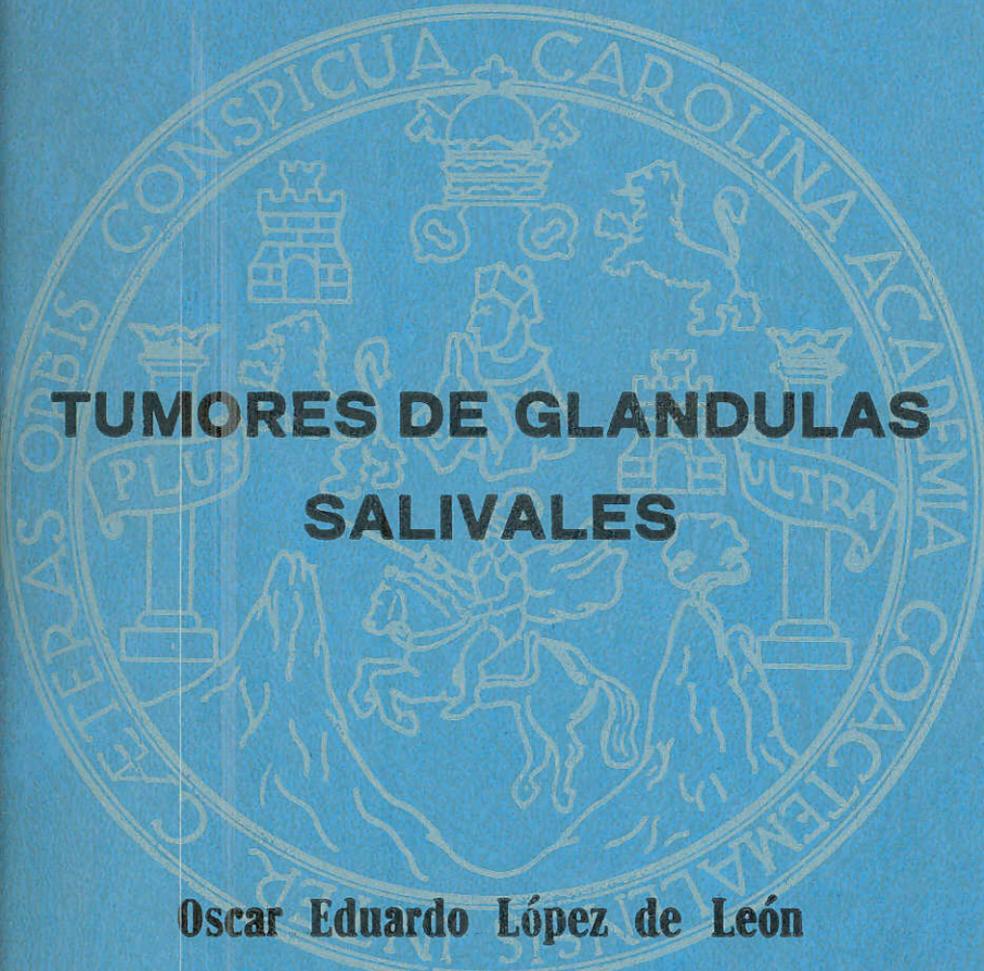


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a seated king, likely Saint Charles Borromeo, surrounded by various symbols including a castle, a lion, and a cross. The Latin motto "ALTIUS DEUS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALAE" is inscribed around the perimeter. Two banners at the bottom of the seal contain the words "PLUS" and "ULTRA".

**TUMORES DE GLANDULAS
SALIVALES**

Oscar Eduardo López de León

Guatemala, Noviembre de 1977

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

CAPITULO I

- IA. Anatomía
- IB. Incidencia
- IC. Patología macroscópica y microscópica
- ID. Diagnóstico de los tumores de glándulas salivales
- IE. Tratamiento

CAPITULO II

- II-A. Resultado de la revisión de 10 años de casos presentados de glándulas salivales en el INCAN. 1966 -1976

CAPITULO III

- III-A Conclusiones y recomendaciones

CAPITULO IV

- IV-A BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Definir exactamente lo que son las neoplasias salivales es difícil, en vista que aún se desconocen algunos de los aspectos de su etiología, patogenia, tratamiento y evolución.

En el presente trabajo se pretende resumir algunos - de los aspectos relacionados con este tipo de tumores; exponiendo generalidades, que si bien es cierto esto puede leerse en cualquier libro de texto, se tratará de exponer aquí.

Se enfocará además la incidencia de tumores de este tipo en nuestro medio, a través del análisis estadístico de los registros médicos encontrados en el Instituto Nacional - de Cancerología, en un período de diez años que comprenden de 1966 a 1976.

ANATOMIA:

Se han descrito dos clases de glándulas salivales: me
nores y mayores. Unas muy pequeñas descritas como glán-
dulas labiales, molares, palatinas; las otras están alrededor
de la cavidad bucal, formando una especie de herradura pe-
gada al maxilar inferior, se les conoce con el nombre de pa-
rotidas, submaxilares y sublinguales.

GLANDULAS PAROTIDAS:

Su peso se calcula entre 25 y 50 gramos, color grisá
ceo, consistencia blanda y aspecto lobulado.

Revestida de su capsula está alojada en una excava-
ción vertical prismática por lo que representa tres caras y
dos bases.

Cara externa o cutánea conforma el orificio del com-
partimiento; que está limitado por delante por el borde de la
mandíbula, por atrás por las mastoides y el esternocleido-
mastoideo.

Cara anterior corresponde al borde de la mandíbula y
a los músculos maseteros y pterigoideo interno.

Cara posterior formada por el vientre posterior del
digastrico, los músculos y los ligamentos que se insertan
en la apófisis estiloides.

Base inferior constituida por la cintilla maxilar.

Base superior constituida por el conducto auditivo externo y a la vertiente posterior de la articulacion temporomaxilar.

Presenta ademàs relaciones exteriores debido a su forma, considerandose tres caras, tres bordes y dos extremidades.

Caras, son tres; cara externa cubierta por la piel, tejido celular subcutaneo, aponeurosis superficial y algunas fibras del risorio de Santorini. Cara posterior en contacto sucesivo con apofisis mastoides, apofisis estiloides y los musculos que se desprenden de la misma. Cara anterior engloba el borde posterior del maxilar, del que lo separa una capa de tejido conjuntivo laxo.

Bordes son tres, borde posterior en relacion con la apofisis mastoides y el esternocleidomastoideo. Borde anterior extendido sobre la cara externa del masetero. Borde interno en relacion con la apofisis estiloides y el paquete vascular nervioso del cuello.

Extremidades son dos: extremidad superior en relacion con el conducto auditivo externo y la articulacion temporomaxilar.

Extremidad inferior separada de la glandula submaxilar por el tabique submaxiloparotideo reforzado por algunos tractos fibrosos que van del esternocleidomastoideo al angulo del maxilar.

El conducto excretorio es el de Stenon y es la union de 14 a 16 conductos que resumen las vias excretorias de los lobulos nace en la union del tercio superior de la glandula y los dos tercios inferiores, y desemboca perforando la mucosa oral a nivel del segundo molar superior; algunas veces puede existir un conducto salival que quedara vecino y corresponde a la via excretoria del globulo accesorio parotideo.

Sus arterias proceden de la carotida externa y especialmente de las ramas que esta suministra a este nivel (Auricular posterior y transversal de la cara). Las venas desembocan en la yugular externa. Los linfaticos van a los ganglios parotideos, y de alli a los ganglios cervicales profundos. Los nervios son proporcionados por el auriculo temporal, la rama auricular del plexo cervical y el simpatico. Constituyendo en el interior de la glandula, redes perilobulares y periacinosas.

GLANDULAS SUBMAXILARES:

De color gris rosado y peso que varia entre 7 y 8 gramos, presenta tres caras y dos extremidades.

Las caras se dividen en externa interna e inferior; la cara externa corresponde a la fosita submaxilar inferior; la cara interna por la fosita que forman el digastrico y el estilohioideo y cuyo fondo corresponde al higloso y al molohioideo, de esta cara se desprenden dos prolongaciones que son anterior y posterior; la cara inferior en relacion con la piel y separada de ella por la aponeurosis superficial, el cutaneo y finalmente el tejido celular subcutaneo.

El conducto excretorio mide 4 o 5 cm., de longitud, nace de la cara interna y desemboca a los lados del frenillo de la lengua en el vértice del ostium umbilicale. Presenta componente muscular.

Su irrigación proviene de la facial y submentoniana; las venas van a las submentonianas y facial; los linfáticos a los ganglios sub-maxilares y luego a los cervicales profundos. La inervación está dada por nervios provenientes del lingual mixto (lingual y cuerda del timpano reunidos.)

GLANDULA SUBLINGUAL:

Es la más pequeña de las glándulas salivales y se halla situada en el suelo de la boca, a cada lado del frenillo, siendo su peso de aproximadamente tres gramos. La cara externa se amolda a la fosita sublingual del maxilar inferior y la interna en relación con los músculos lingual inferior y geniogloso. Su borde superior levanta la mucosa bucal, formando a cada lado del frenillo las carúnculas sublinguales.

Presenta múltiples conductos excretorios siendo el principal el de Rivinus o de Bartholín, que se adosa al de Wharton y se abre en el piso de la boca, algo por fuera del ostium umbilicale. Los conductos accesorios o de Walther se abren aisladamente a nivel de la carúncula sublingual. Su irrigación proviene de la lingual submentoniana; las venas van a la ranina y de allí a la yugular externa. Los linfáticos van a los ganglios sub-maxilares. Los nervios tienen el mismo origen que los de los submaxilares, a saber: lingual mixto.

INCIDENCIA:

Difieren las opiniones acerca de muchos aspectos de estos tumores, se consideran en poca frecuencia en los lactantes y niños en relación a los adultos, hallándose su frecuencia máxima en el grupo comprendido entre los 20 y 40 años de edad, algunos autores consideran que aproximadamente 70 por 100 de los tumores de glándulas salivales ocurren en la parótida y 70 por 100 de este grupo son benignos.

Se considera que la incidencia es más o menos igual para hombres y mujeres, pero hay datos que indican una preponderancia en mujeres de tumores mixtos.

Se ha comunicado que hay mayor incidencia de estos tumores en los africanos y asiáticos, de climas cálidos, aun que estadísticas mejor fundamentadas refieren que no hay justificación para tal afirmación.

La proporción de estos tumores malignos es mayor para parótida que para submaxilar y estas a su vez mayor que para sublingual.

PATOLOGIA MACROSCOPICA Y MICROSCOPICA:

La clasificación de los tumores de las glándulas salivales es confusa y variada, pues existen diferentes apelativos para el mismo tipo de tumor, por lo que se enfocará los diferentes tipos de tumor más frecuentes.

El tumor mixto suele ser el más frecuente teniendo más relación con la parótida aunque suele encontrarse en la glándula sub - maxilar, y menos a menudo en las sublinguales, paladar, lengua, labios, mejillas, nasofarínge, laringe, traquea, bronquios y maxilares.

Difieren las opiniones en cuanto a su procedencia y clasificación y si deben considerarse tumores malignos o benignos; se considera que provienen de células de los conductos o de células embrionarias que participan en la formación de las glándulas salivales de donde proviene el nombre de adenoma pleomorífico.

Suelen ser de crecimiento lento, ovoides, indóloras, presentándose por delante de la oreja y por debajo de ella; el tamaño varía desde el de una castaña hasta el de una toronja grande, se han reportado pesos de 5 a 15 kg.

Estos tumores son encapsulados, pero frecuentemente presentan signos microscópicos de penetración hacia la cápsula de tejido conectivo fibroso, y algunas veces se observan zonas en que la cápsula está destruida y el tumor se confunde con el tejido glandular adyacente.

No se puede dar una base fidedigna sobre el carácter agresivo de los tumores mixtos; la mayoría son benignos pero los hay también malignos; considerándose la posibilidad de malignización en los tumores mixtos persistentes o recurrentes. Metástasis ganglionares o hematógenas son poco frecuentes.

Dentro de los otros tumores originados de las glándulas salivales se encuentra el cistadenoma papilar linfomatoso (Tumor de Warthin) que es un tumor benigno, poco frecuente, que ocurre en la parótida, manifestándose como una masa indolora en el ángulo del maxilar inferior y menos frecuente en la región sub - maxilar o retroauricular; se considera que proviene de proliferación del epitelio del conducto parótideo, con acumulaciones concomitantes de tejido linfoidal.

La masa se encuentra encapsulada; la cavidad está llena de líquido espeso que posee linfocitos, células epiteliales y glóbulos de grasa.

El cilindroma (adenocarcinoma) es un tumor mixto de tipo maligno, suele estar localizado en las glándulas mucosas del paladar, puede ocurrir en las regiones parotídea y sub - maxilar se han reportado además en el maxilar inferior; casi siempre da metástasis y suele ser una lesión localmente destructiva.

Los tumores mucoepidermoides son de tipo maligno que derivan de células mucosas y basales de los conductos de las glándulas salivales. Macroscópicamente se presentan como masas duras, pequeñas redondas, por lo regular no

encapsuladas con múltiples quistes pequeños que contienen material mucoso. Son frecuentes metástasis. Ganglionares y a distancia.

Carcinoma epidermoide - más raro que los anteriores es un tumor sumamente maligno que frecuentemente invade tejidos subyacentes y da metástasis locales y a distancia.

Otros tipos de tumores comparativamente raros en las glándulas salivales: Hemangioma, linfangioma, lipoma, neurofibroma, fibrosarcoma, melanoma, linfosarcoma, sarcoma de células del retículo y enfermedad de Hodgkin.

TRATAMIENTO:

Se considera que las neoplasias de las glándulas salivales, han sido poco frecuentes, por lo que se desconocen muchos aspectos de su tratamiento, sin embargo hasta donde se sabe hay variaciones en la sensibilidad según los tipos celulares, localización y facilidad de administrar el tipo de tratamiento electivo.

Varios centros han reportado la irradiación de la región parótida mediante la implantación de agujas de rádium, pero el estudio de la anatomía operatoria ha demostrado que solo la porción superficial de la glándula puede ser eficazmente tratada por este método, y que la propagación profunda de la glándula, aunque implantable, no queda en la mayoría de los casos suficientemente irradiada.

Considerando la respuesta a la radiosensibilidad, se

considera que no hay diferencias en la misma en cuanto a su localización anatómica de origen, variando esta según los tipos celulares; y a pesar de hechos señalados como desfavorables a la irradiación; se ha intentado usarla como tratamiento de elección, pero se ha visto que es menos eficaz que la extirpación quirúrgica.

Los tumores mixtos de la parótida han sido tentadamente atractivos para el radioterapeuta por una serie de características como su localización que es relativamente superficial y no está asociada anatómicamente con estructuras vitales radiosensibles, aunque se han reportado dosis que con frecuencia producen alteraciones intensas en los tejidos blandos, no han logrado erradicar el tumor, considerándose este error en un examen del tejido celular, puesto que como se denomina tumores mixtos, se componen tanto de elementos epiteliales como de estroma, en estos tumores se encuentran glándulas bien desarrolladas, tejido fibroso, estroma mixomatoso, cartilago y rara vez hueso, por lo tanto, solamente algunos de estos elementos son radiosensibles, aunque algunos de ellos pueden destruirse a travez de una irradiación intensa; sin embargo aún los radioterapeutas más entusiastas consideran que el tratamiento de elección es quirúrgico, quedando siempre la idea de la irradiación post - operatoria, preguntándose si se puede esperar más después de cirugía o sin cirugía, y aunque la respuesta sea desfavorable, se considera que la potencialidad de limitación del crecimiento de las radiaciones justifica la administración de dosis cancericidas post - cirugía si no se ha logrado la eliminación total del proceso, no justificándose su uso de forma rutinaria si se ha logrado la resección adecuada del tumor mixto benigno y se han logrado bordes en

aparición normal.

En relación a los tumores malignos de glándulas salivales, se han considerado tres categorías en relación al acto efectivo de la radioterapia en su tratamiento, siendo éstos, tumores mixtos malignos, cilindromas y carcinomas mucoepidermoides, no siendo estos definitivamente radiosensibles, persistiendo por esto en los tumores resecables la cirugía radical, aunque si no se abarca en su totalidad, o existe alguna duda sobre su extirpación total se pensará en la irradiación intensa curativa.

La cirugía sigue presentando las mejores posibilidades de curación en los tumores de las glándulas salivales, se considera que aproximadamente el 50 por 100 de los pacientes que se someten a intervenciones quirúrgicas quedan libres de enfermedad, la espectacular mejoría del tratamiento del cancer en la pasada década se ha basado en el uso aumentado de técnicas reconstructivas inmediatas que hacen más aceptables para el paciente la cirugía radical de extirpación; incluyéndose dentro de estas técnicas la transferencia inmediata del músculo masetero hacia la comisura para lizada de la boca cuando debe extirparse el nervio facial; empleo de ligamentos dermicos y tarsorrafia modificada para sostener los párpados paralizados; injertos nerviosos primarios para el nervio facial; injertos cutáneos libres y colgajos en rotación desde cuello o frente para restituir los defectos cutáneos; y en ocasiones injerto oseoso primario para restituir mandíbula.

El uso de los agentes quimioterapéuticos en neoplasias malignas de glándulas salivales no ha demostrado ser

efectivo, reservándose el uso de estas drogas para pacientes con neoplasias muy avanzadas o de naturaleza irremediable, habiéndose utilizado su administración por diferentes vías como perfusión o infusión arterial, por la boca,

Todos estos medicamentos ya sean antimetabólicos, agentes alquilantes o los nuevos antibióticos deben ser hechos más efectivos antes de su uso clínico.

DIAGNOSTICO DE LOS TUMORES PARÓTIDEOS:

Los tumores de glándulas salivales de tipo benigno no son tan difíciles de diagnosticarlos clínicamente, pues son de variable consistencia usualmente firmes, móviles y no fijos a piel o planos profundos, es recomendable efectuar el examen bimanual para determinar si existe extensión hacia la cavidad oral a través del conducto excretor.

Los tumores malignos varían notablemente en su manifestación clínica dificultando su diagnóstico algunas veces suelen confundirse con ganglios linfáticos de la parte alta del cuello, pueden producir parálisis de una o más ramas del nervio facial, dolorosos, a menudo fijos a piel, estratos profundos y algunas veces a hueso.

Se utiliza la sialografía, que es útil para demostrar la presencia o ausencia de distorsión de la glándula. Se utiliza la radiografía de torax, y la exploración de ganglios linfáticos para determinar la presencia de metástasis si es que

existe.

Algunos autores recomiendan la biopsia por aspiración, aunque Ackerman y otros autores han demostrado que la extracción de las gujas efectuaran una siembra de células neoplásticas. Utilizando esta solo en casos de tumores malignos avanzados, previo a la radioterapia.

Es considerado de elección efectuar excisión quirúrgica en vez de biopsia. Suele utilizarse la biopsia por congelación para tener un diagnóstico fidedigno.

CAPITULO II

CAPITULO II

RESULTADOS Y DISCUSIONES

ESTUDIO DE LOS TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES , TRATADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CACEROLOGIA (1966 - 1976)

Este estudio es una investigación retrospectiva de -
diez años 1966 a 1976, basados en los registros médicos del
INCAN, localizándose 36 casos, de los cuales se analizaron
diferentes parametros que a continuación se exponen:

CUADRO No 1

EDAD DEL PACIENTE

EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
0 - 10	0	0.00
11 - 20	1	2.77
21 - 30	3	8.33
31 - 40	3	8.33
41 - 50	11	30.55
51 - 60	9	25.00
61 - 70	6	16.66
71 - 80	2	5.55
81 - 90	1	2.77
91 - 100	0	0.00
TOTAL	36	100.00

De acuerdo a los datos obtenidos, se observa que la incidencia tumoral es baja entre los 0 a 40 años de edad, alcanzando su mayor incidencia entre los 40 a 50 años; lo que constituye el 30.55 del total de pacientes.

CUADRO No. 2

SEXO DEL PACIENTE

SEXO	No. de PACIENTES	PORCENTAJE
MASCULINO	15	41.66
FEMENINO	21	58.33
TOTAL	36	100.00 %

La relación de tumores de glándulas salivales en relación a sexo, demuestra una preponderancia del sexo femenino que corresponde al 58.33 % del total de pacientes.

CUADRO No. 3

RAZA DEL PACIENTE

RAZA	No. de PACIENTES	POBCENTAJE
LADINO	32	88.88
INDIGENA	4	11.11
TOTAL	36	100.00 %

De acuerdo a los resultados obtenidos el mayor porcentaje, de tumores se encuentra entre la población ladina. Aunque este dato no es determinante, ya que en nuestro medio no hay una diferencia exacta entre estas dos razas, puesto que existen una gran cantidad de mezclas raciales.

CUADRO No. 4

OCUPACION DEL PACIENTE

OCUPACION	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Oficios domésticos	21	58.33
Jornaleros	4	11.11
Agricultor	4	11.11
Ignorado	2	5.55
Oficinista	1	2.77
Carpintero	1	2.77
Zapatero	1	2.77
Estudiante	1	2.77
Repartidor	1	2.77
TOTAL	36	100.00 %

Al analizar el cuadro anterior, encontramos que la mayor frecuencia de ocupación del paciente es la de oficios - domésticos, encontrándose 21 casos que equivalen al 58.33% del total de pacientes lo que concuerda con el cuadro No. 2 al hallarse mayor incidencia en el sexo femenino.

CUADRO No. 5

PROCEDENCIA DEL PACIENTE

PROCEDENCIA	No. de PACIENTES	PORCENTAJE
Guatemala	12	33.33
Antigua Guatemala	4	11.11
Escuintla	3	8.33
San Marcos	3	8.33
Chimaltenango	2	5.55
Quiché	2	5.55
Quezaltenango	2	5.55
Zacapa	2	5.55
Santa Rosa	2	5.55
Suchitepéquez	2	5.55
El Progreso	1	2.77
El Salvador	1	2.77

TOTAL

De el cuadro anterior podemos deducir que la mayor incidencia se encuentra en climas templados, ya que en Guatemala se hallaron 12 casos que corresponden al 33.33 % del total. No considerandose este dato exacto, ya que la mayoría de pacientes que consultan en la capital provienen de otras zonas.

CUADRO No. 6

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES	No. de PACIENTES	PORCENTAJE
Parotidectomía	6	16.66
Sarampión	6	16.66
Excisión tumor	3	8.33
Laparotomía exploradora	3	8.33
Varicela	2	5.55
Mastopatía quística	1	2.77
Parotiditis	1	2.77
Sarampión	1	2.77
Paludismo	1	2.77
Drenaje hidrocele test. Der.	1	2.77
Reumatismo	1	2.77
Toxemia del embarazo	1	2.77
Tos Ferina	1	2.77
Psoriasis	1	2.77
TOTAL	36	100.00 %

Entre los antecedentes de los pacientes analizados en el cuadro anterior notamos que el total de pacientes, 9 reportaron cirugía previa que corresponde al 24.33 %.

CUADRO No. 7

DIAGNOSTICO PROVISIONAL DE INGRESO

DIAGNOSTICO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
CA. Parótida	16	49.44
Recurrencia CA. parótida	9	25.00
Tumor mixto parótida	8	22.22
CA. Glándula sub - maxi lar	3	8.33
TOTAL	36	100.00 %

El cuadro anterior demuestra los porcentajes de cada diagnóstico provisional de ingreso.

CUADRO No. 8

PRESENCIA DE DOLOR

PRESENCIA DE DOLOR	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Sin dolor	23	63.88
Con dolor	13	36.11
TOTAL	36	100.00 %

Se investigó la presencia o ausencia de dolor. Demostrándose que la mayoría de pacientes con tumor de glándulas salivales, no presentó dolor a su ingreso.

CUADRO No. 9

PACIENTES CON COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	No. de PACIENTES	PORCENTAJE
Parálisis Facial	6	16.66
Trismos	2	5.55
TOTAL	8	22.22 %

De los pacientes investigados, se hallaron 8 que corresponden al 22.22 % del total de pacientes con tumor de glándulas salivales; que presentaron estas complicaciones.

CUADRO No. 10

LUGAR AFECTADO

LUGAR AFECTADO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Derecho	24	66.66
Izquierdo	12	33.33
TOTAL	36	100.00 %

El cuadro anterior nos indica que el lado más afectado en tumores de glándulas salivales es el lado derecho.

CUADRO No. 11

OTROS DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

DIAGNOSTICO	No. de PACIENTES	PORCENTAJE;
Pesoriasis	1	2.77
Embarazo 32 Sem.	1	2.77
Paraplejía M _s I _s	1	2.77
Tricocéfalos	1	2.77
TOTAL	4	11.08 %

En la investigación se analizó el parámetro correspondiente a otros diagnósticos asociados, no habiendo ninguna patología determinada que mantenga relación con el tipo de padecimiento estudiado.

CUADRO No. 12

TIEMPO DE EVOLUCION

EVOLUCION	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
10 años	2	5.55
7 años	1	2.77
6 años	1	2.77
5 años	1	2.77
3 años	3	8.33
2 años	5	13.88
1 año	6	16.66
10 meses	2	5.55
8 meses	4	11.11
6 meses	3	8.33
5 meses	1	2.77
4 meses	1	2.77
3 meses	1	2.77
2 meses	2	5.55
1 mes	3	8.33
TOTAL	36	100.00 %

El cuadro anterior demuestra evidentemente que mas del 50 % de pacientes con tumores de glándulas salivales,

consulta al médico después de una evolución larga.

CUADRO No. 13

METASTASIS

METASTASIS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Cervicales	7	19.44
Pulmonares	3	8.33
Axilar	1	2.77
Mama	1	2.77
Lengua	1	2.77
Supraclavicular	1	2.77
Hígado	1	2.77
TOTAL	15	41.62 %

El mayor porcentaje de metástasis se localizó a ganglios cervicales, siguiendo las metástasis pulmonares.

CUADRO No. 14

TIPO TUMOR

TIPO TUMOR	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Tumor mixto parótida	12	33.33
CA Epidermoide	10	27.77
CA Mucoepidermoide	5	13.88
Cilíndroma	2	5.55
Otros	7	19.44
TOTAL	36	100.00 %

De los 36 casos estudiados se determinó de acuerdo al informe de anatomía patológica, que es más frecuente el tumor mixto de parótida, que corresponde al rubro de tumores benignos, siguiendo el CA epidermoide en segundo lugar.

CUADRO NO. 15

INTERVALO ENTRE CIRUGIA Y RECIDIVA

INTERVALO	EXIC ISON		PAROTIDEC	
	TUMOR	%	TOMIA	%
12 años	0	0.00	1	2.77
10 años	1	2.77	1	2.77
2 años	0	0.00	1	2.77
1 año	2	5.55	2	5.55
6 meses	0	0.00	1	2.77
TOTAL	3	8.32	6	16.63

De los 9 casos que consultaron al hospital; con antecedentes de cirugía anterior el mayor porcentaje con recidiva fue el de parotidectomía anterior que corresponde al 16.53 % del total.

CAPITULO III

CAPITULO III

CONCLUSIONES

La incidencia de tumores de glándulas salivales, es más alta en la edad comprendida entre los 40 y 50 años de edad, no habiéndose registrado ningún caso en menores de 10 años.

En cuanto a sexo se refiere, se encuentra una mayor incidencia en el sexo femenino.

Se haya un mayor porcentaje de tumores de glándulas salivales en la población ladina, aunque este dato no es determinante, ya que en nuestro medio no hay una diferencia exacta entre estas dos razas, puesto que existen una gran cantidad de mezclas raciales.

De acuerdo a la ocupación del paciente, se encontró una mayor incidencia a oficios domésticos lo que concuerda con la mayor incidencia en el sexo femenino.

La mayor parte de pacientes procede de climas templados, que corresponden a la procedencia de departamentos como Guatemala y Antigua Guatemala que corresponden al 44.44 %. No siendo este dato exacto puesto que la mayor parte de pacientes procede de otras zonas.

6. Entre los antecedentes de pacientes que consultaron por tumores de glándulas salivales el 24.99 %, correspondió a pacientes con intervenciones quirúrgicas anteriores efectuadas en otros centros.
7. En cuanto a dolor, en el 66.88 %, fué negativo; presentando dolor el 36.11 % .
8. Dentro de las complicaciones halladas, se encontró que la complicación más frecuente es la parálisis facial.
9. En cuanto al lugar más afectado, se demostró que hay una mayor incidencia en el lado derecho.
10. El tiempo de evolución es relativo, pues no se encontró una diferencia amplia entre el tiempo de evolución.
11. Las metástasis suelen ser por vía hematogena, y son más frecuentes las cervicales y pulmonares.
12. Los tumores de mayor incidencia, son los tumores benignos; correspondiéndole la mayor incidencia a los tumores mixtos de parótida.
13. El tratamiento de elección para la mayoría de tumores de glándulas salivales es la excisión quirúrgica.
14. En los tumores malignos inoperables, se utiliza con frecuencia la radioterapia .

RECOMENDACIONES

1. Hacer conciencia en el público de las ventajas y beneficios del control médico temprano y periódico.
2. Hacer conciencia en el paciente para que siga asistiendo a sus controles post-tratamiento; pues en la mayoría de los casos no puede seguirse en su evolución, no lográndose así una evaluación adecuada en cuanto a resultados se refiere.
3. Utilizar la disección radical de cuello al haber metástasis ganglionares.
4. En caso de tumores inoperables, se debe recurrir al tratamiento con radioterapia.
5. Elaborar un protocolo adecuado para el uso de quimioterápicos, en el tratamiento de tumores de glándulas salivales.

CAPITULO IV

BIBLIOGRAFIA

- William T. Noss - W. N. Brand, Radioterapia Clíni
ca 1a. Ed. Salvat., S.A. 1973.
- R. W. Tieceke, Oral Pathology 1a. Ed., MacGraw -
Hill, 1965.
- S. L. Robbins, Tratado de patología 3a. Ed. Intera -
mericana; Trad. H. V. Trevi
ño 1972.
- Comité Técnico - Campaña nacional Contra el cancer.,
Manual de cancerología básica.
Ed., Secretaría de salubridad
y asistencia. México 1963.
- Ackerman, L. And Del Regato, J. Cancer, diagnosis
tratamiento, and prognosis. 4a.
Ed. St. Louis, The C. V., Mos
by, 1970.
- P. B. Kunkler, A. J., Rains; Tratamiento del can-
cer en la practica clínica 1a.
Ed. Salvat Ed., S.A. 1962.
- D. C. Sabiston, Jr. Tratado de patología quirúrgica

10a. Ed. Interamericana, 1972.

8. W. E. Nelson; V. C. Vaughan; R. J. McKay, Tratado de pediatría 6a. Ed. Salvat Ed. S.A. 1974.
9. L. Testut., A. Latarjet, Compendio de Anatomía descriptiva. 22a. Ed. Salvat Ed. S.A. 1970.

Br. Oscar Eduardo López de León

Dr. Bayardo Alvarez Ruiz
Asesor

Dr. Juan Paiz Rodríguez
Revisor

Dr. Julio De León
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto
DECANO