



SOCIETAT CATALANA  
D'OTORINOLARINGOLOGIA  
I PATOLOGIA CERVICO-FACIAL

**XXVIII Congreso  
Societat Catalana  
d'Otorrinolaringologia  
i Patologia Cervicofacial**

*Barcelona,  
19 y 20 de Febrero de 2015*

## Utilidad de la PAAF en el estudio de los tumores parotídeos.

**Dr. Rafael Moya Martínez**

**Unidad Funcional de Otorrinolaringología y Alergia.  
Hospital Universitario Quirón Dexeus**



- Tumores glándulas salivales 3% tumores cabeza y cuello
- 90% Parotídeos:
  - 70-75% Benignos (Adenoma pleomorfo 70%)
  - 25-30% Malignos (Mucoepidermoide 30%)
- Gran dificultad diagnóstica:
  - Gran variedad morfológica (>40 tipos según OMS)
  - Diversos tipos celulares
  - Diferentes patrones de crecimiento
  - Tumores mixtos
- PAAF: técnica sencilla, accesible, barata, no dolorosa y bajo índice complicaciones

Varón 55 años, tumoración parotídea derecha 1 mes evolución

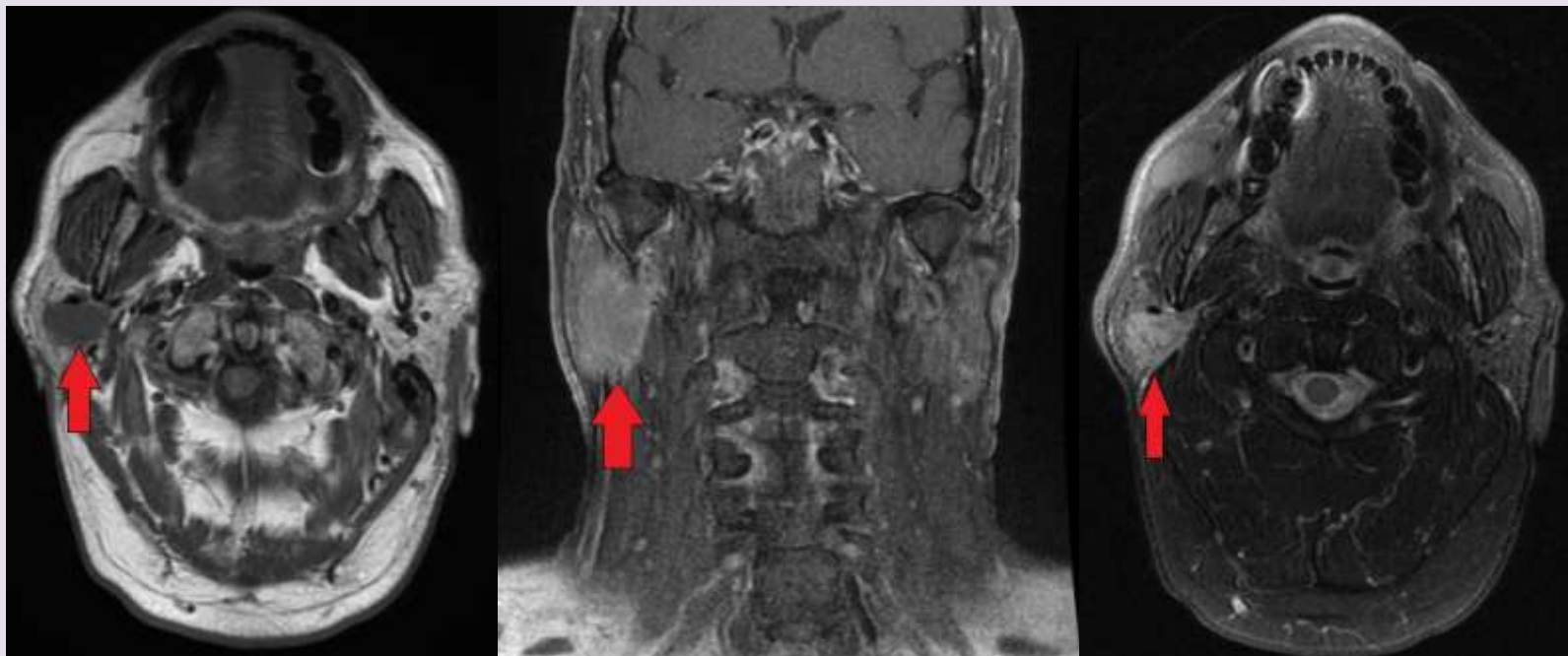
Exploración: tumoración pétreo 3cm en lóbulo profundo parótida.

ECO-PAAF: Lesión 17x 14cm lóbulo superficial y profundo

AP linfadenitis reactiva

RMN: lesión 38x 24 en lóbulo profundo y focalmente superficial

Adenopatías supraclaviculares y paratraqueales ipsilaterales

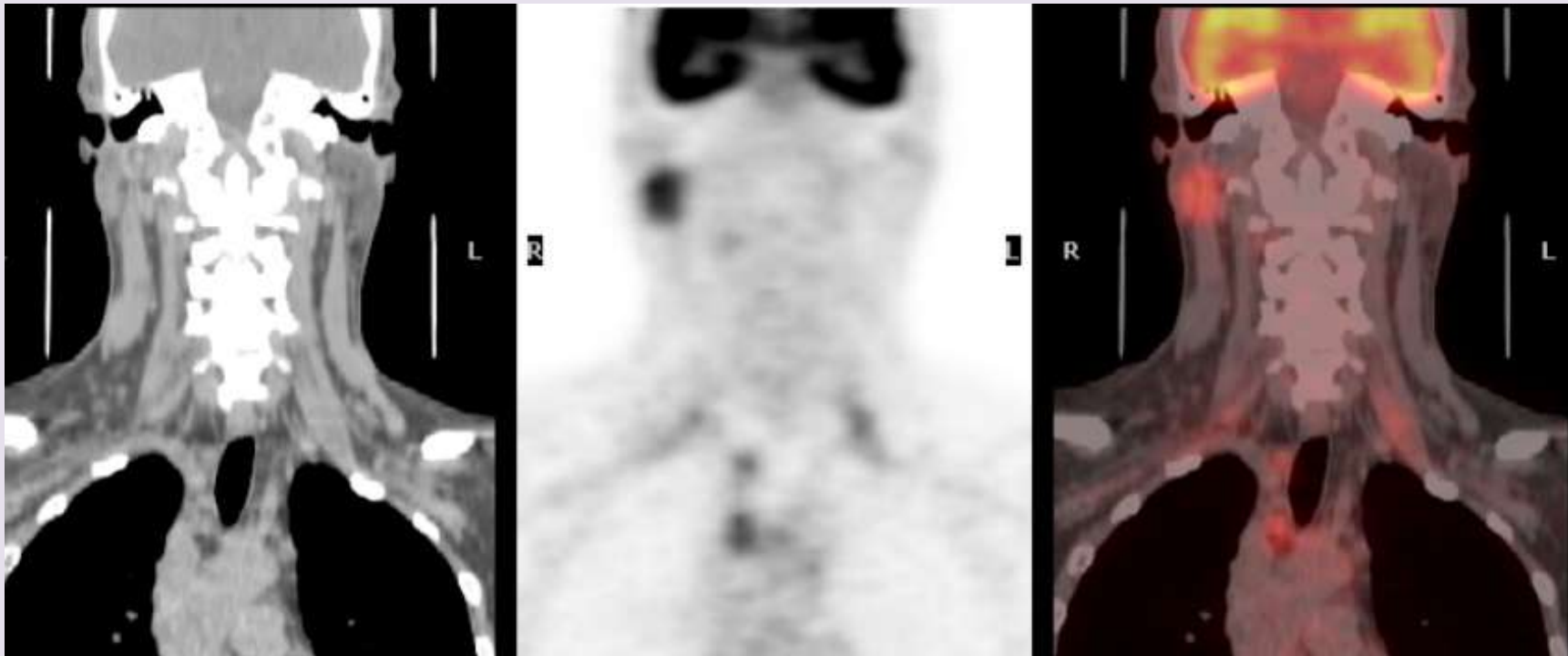


# CASO CLÍNICO 1

ECO-PAAF: AP: proceso benigno (inflamación crónica).

PET-TAC:

- Parótida derecha: lesión nodular sólida (1,9cm; SUV: 6)
- Adenopatías supraclaviculares derechas (2cm; SUV:6,4)
- Adenopatías retrotraqueales y paratraqueales derechas (SUV:6,2)



## Comité Oncológico Dexeus:

Biopsia intraoperatoria +/- Parotidectomía +/- vaciamiento ganglionar

IQ: Incisión Blair+André, Monitorización NIM- Response 3.0

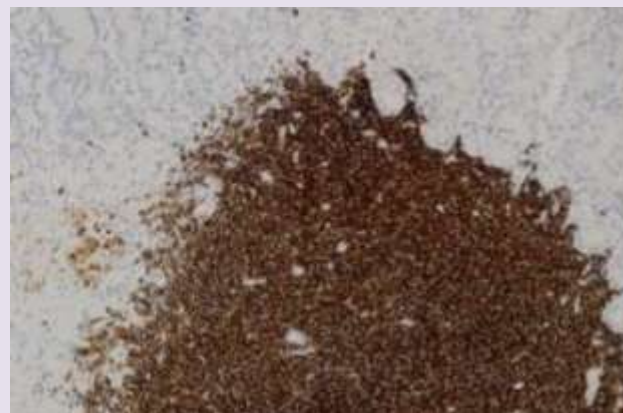
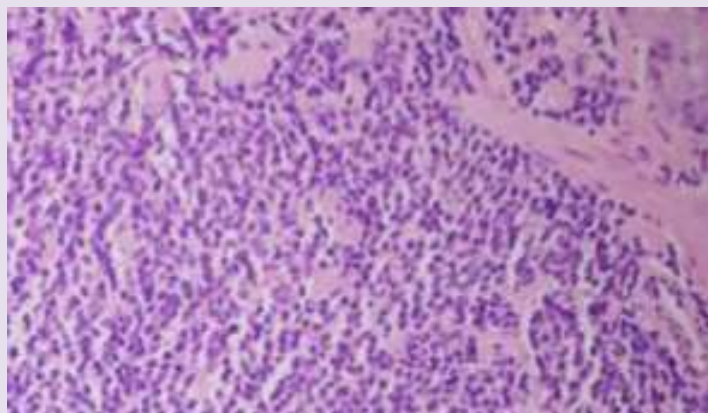
Tumoración pétreo e indurada lóbulo superficial y profundo exéresis y envío estudio peroperatorio.

AP intraoperatoria: infiltración linfoide sugestiva benignidad

AP definitiva: 1) Sialoadenitis crónica.

Inmunohistoquímica y estudios moleculares

## ***LINFOMA MALT DE LA ZONA MARGINAL***





Mujer 55 años, tumoración parotídea derecha 1 mes evolución

Exploración: tumoración 1cm, blanda, no dolorosa en cola parótida

ECO-PAAF: tumoración elástica 1cm diámetro lóbulo superficial cola parótida. AP: compatible con proceso benigno (tumor Whartin)

TAC: lesión superficial cola parotídea 11mm diámetro. No adenopatías



IQ: Incisió Blair, Monitorizació NIM- Response 3.0

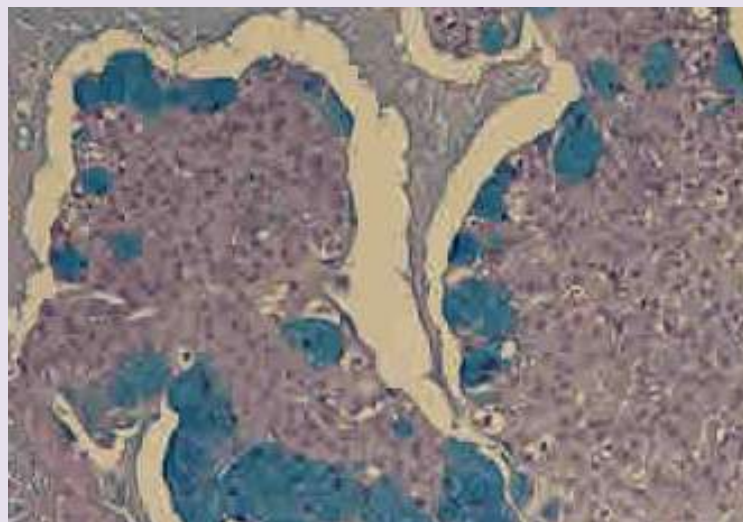
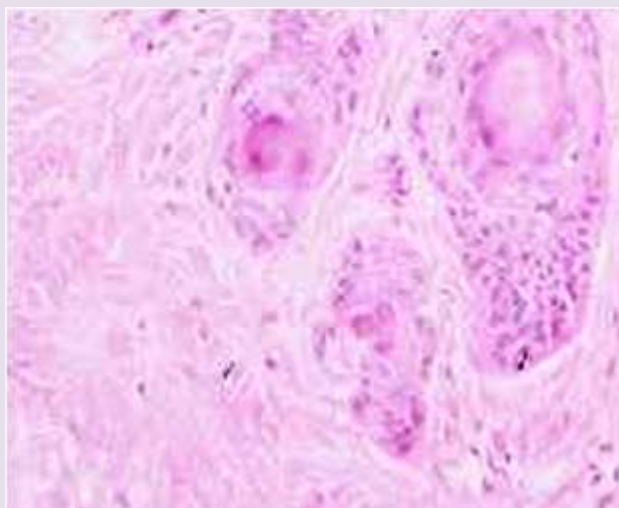
Tumoració intraglandular cola parótida dreta de 1,5cm

Exéresis tumor

AP definitiva: fragmento parótida 3cm

Carcinoma mucoepidermoide ben diferenciado con extensió tumoral microscòpica con margenes lliures. No invasió linfovascular ni perineural. Àrees quístiques <20%, No necrosis y mitosis inferiors a 2x10 CMA. No anaplasia nuclear.

## *CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE BAJO GRADO*



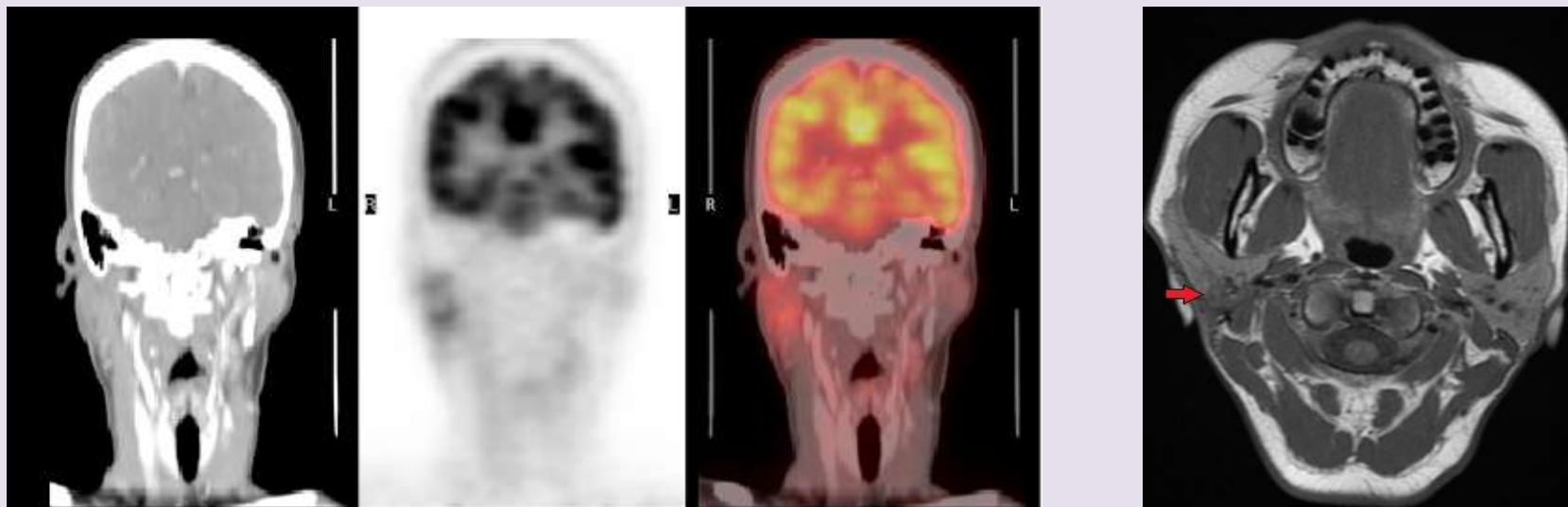
Comité Oncológico Dexeus:

PET: Cambios inflamatorios en lecho quirúrgico. Feocromocitoma suprarrenal izquierda.

*Seguimiento estrecho*

RMN: área heterogénea cola parótida 21x20 cambios postquirúrgicos.

ECO-PAAF: cambios postquirúrgicos descarta celularidad maligna



**CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE BAJO GRADO**



## CASO CLINICO 1:

PAAF: sospecha benignidad

Clínica y Estudio imagen: malignidad:

AP definitiva: malignidad

**Falso Negativo:** proceso inflamatorio ➡ Linfoma

## CASO CLINICO 2:

PAAF: sospecha benignidad

Clínica y Estudio imagen: benignidad

AP definitiva: malignidad (bajo grado)

**Falso Negativo:** Whartin ➡ Mucoepidermoide bajo grado

- PAAF: técnica sencilla, accesible, barata, no dolorosa y bajo índice complicaciones
- Diferenciar lesiones neoplásicas de no neoplásicas (795 casos)  
S: 0,96; E: 0,98. CP+ 58; CP- 0,04  
Puede evitar necesidad de cirugía en 35% lesiones parotídeas.
- Diferenciar lesiones benignas de malignas (6169 casos)  
S: 0,80 (0,56-0,9); E: 0,97 (0,86-0,99) CP+ 28,6; CP- 0,21
- PAAF no diagnósticas 8% (5-20%)

## **A Systematic Review and Meta-Analysis of the Diagnostic Accuracy of Fine-Needle Aspiration Cytology for Parotid Gland Lesions**

*Robert L. Schmidt, MD, PhD, MMed, MBA,<sup>1</sup> Brian J. Hall, MD,<sup>1</sup> Andrew R. Wilson, MStat,<sup>2</sup> and Lester J. Layfield, MD<sup>1,2</sup>*

*Am J Clin Pathol* 2011;136:45-59  
DOI: 10.1309/AJCPOIEoCZNT6SQ

-Falsos positius (1-E) muy bajos (5-12%): tumor Whartin (atipias) falso diagnóstico carcinoma.

-Falsos negativos (1-S) frecuentes (15-35%): carcinoma mucoepidermoide y tumor mixto maligno.

-Precisión diagnóstica:

- Fiabilidad: 90% entre lesiones neoplásicas vs no neoplásicas.
- Fiabilidad : 35% dentro de lesiones malignas.

## **A Systematic Review and Meta-Analysis of the Diagnostic Accuracy of Fine-Needle Aspiration Cytology for Parotid Gland Lesions**

*Robert L. Schmidt, MD, PhD, MMed, MBA,<sup>1</sup> Brian J. Hall, MD,<sup>1</sup> Andrew R. Wilson, MStat,<sup>2</sup> and Lester J. Layfield, MD<sup>1,2</sup>*

*Am J Clin Pathol* 2011;136:45-59  
DOI: 10.1309/AJCPOIEoCZNAT6SQ

¿Cómo mejorar los resultados de la PAAF?:

- Muestras tomadas por personal entrenado.
- Muestras observadas por patólogo, repetir si material insuficiente
- Incorporar información clínica al patólogo

**-Valor de la ECO:**

- Distinguir lesiones intraparotídeas y extraparotídeas (MALT o metastásicos)
- Manejo lesiones lóbulo profundo
- Lesiones quísticas, necróticas y hemorrágicas, mejor aspirar el líquido antes de tomar la muestra.
- Precisión diagnóstica benignidad/malignidad similar a TAC/RMN

**-Valor de la biopsia intraoperatoria:** S: 0,98. E: 0,99



## Recomendaciones:

### **Metanálisis SCHMIDT:**

- La especificidad de PAAF es bastante alta para el diagnóstico de la neoplasia (0,98) y la malignidad (0,96).
- La utilidad de PAAF variará según la ubicación dependiendo de la precisión obtenida en cada sitio.

### **Mayo Clinic:**

- Biopsia intraoperatoria: S: 0,98 E: 0,99
- Mayor fiabilidad benigno vs maligno
- Malignidad: linfoma vs carcinoma
- Tumor bajo grado vs alto grado
- Ganglios intraparotídeos
- Márgenes

### **A Systematic Review and Meta-Analysis of the Diagnostic Accuracy of Fine-Needle Aspiration Cytology for Parotid Gland Lesions**

Robert L. Schmidt, MD, PhD, MMed, MBA,<sup>1</sup> Brian J. Hall, MD,<sup>1</sup> Andrew R. Wilson, MStat,<sup>2</sup> and Lester J. Layfield, MD<sup>1,2</sup>

*Am J Clin Pathol* 2011;136:45-59  
DOI: 10.1309/AJCP0IE0CZNA76SQ

### **Original Investigation**

### **Frozen Section Pathology for Decision Making in Parotid Surgery**

Kerry D. Olsen, MD; Eric J. Moore, MD; Jean E. Lewis, MD Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

*JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;139(12):1275-1278. doi:10.1001/jamaoto.2013.5217  
Published online October 17, 2013.

## UTILIDAD PAAF

*No es lograr diagnóstico definitivo si no establecer necesidad de cirugía*

### 1) Evitar abordaje quirúrgico:

- Lesiones no neoplásicas (inflamatorias)
- Invasión parótida de enfermedad generalizada (Linfoma/TBC)
- Invasión parótida de tumores metastásicos o de vecindad
- Otras lesiones, pero paciente de alto riesgo para intervención

### 2) Planificar abordaje quirúrgico:

- Mayor o menor agresividad quirúrgica

*PAAF es una herramienta de apoyo, subordinada a la impresión clínica del cirujano, siendo imprescindible la realización de biopsias intraoperatorias.*

**GRACIAS POR SU  
ATENCIÓN**

**Dr. Rafael Moya Martínez**

**Unidad Funcional de  
Otorrinolaringología y Alergia**

**Hospital Universitario Quirón Dexeus**



**SOCIETAT CATALANA  
D'OTORINOLARINGOLOGIA  
I PATOLOGIA CERVICO-FACIAL**

**XXVIII Congreso  
Societat Catalana  
d'Otorrinolaringologia  
i Patologia Cervicofacial**

*Barcelona,  
19 y 20 de Febrero de 2015*