

139
2 of



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODOITOLOGIA

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN
GLANDULAS SALIVALES

TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A ;
DOMINGA AZUCENA LOPEZ FLORES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN GLANDULAS SALIVALES

	CAPITULOS
INTRODUCCION	I
DESCRIPCION ANATOMICA, HISTOLOGICA Y EMBRIOLOGICA.	II
FISIOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES.	III
DESCRIPCION GENERAL DE LAS ANOMALIAS MAS FRECUENTES.	IV
DIAGNOSTICO: CARACTERISTICAS CLINICAS ALTERACIONES METABOLICAS	V
NEOPLASIAS EN GLANDULAS SALIVALES	VI
TERAPIAS MAS FRECUENTES	VII
CONCLUSIONES	VIII
BIBLIOGRAFIA	IX

CAPITULO I

INTRODUCCION

En todo ser humano normal, las Glándulas Salivales desempeñan - una función muy importante, que es la elaboración de la saliva y gracias a ésta, nuestra boca se encuentra siempre en condiciones estables; porqué la saliva nos proporciona la humedad necesaria y la lubricación, que nos permite hablar y deglutir etc. Además la saliva contiene propiedades antibacterianas y una gran capacidad de amortiguación del PH, que ayudan a la mucosa y a toda su entidad a mantenerse en un estado propicio, porqué en la boca se encuentran millones de microorganismos, que facilmente nos provocarían grandes infecciones, que pueden degenerar en patologías más severas a éstas glándulas.

Para el buen funcionamiento de estas glándulas es indispensable mantener, una buena higiene bucal. Porqué sus conductos desembocan en la cavidad oral.

CAPITULO II

GENERALIDADES

DESCRIPCION ANATOMICA E HISTOLOGICA DE LAS GLANDULAS SALIVALES

GLANDULA.- Son células aisladas o conjunto de células que, tienen la capacidad de transformar sustancias que llegan a ellas, en un producto específico destinado a ser utilizado por otras células, al ser eliminado al exterior; las células glandulares pertenecen al tejido epitelial; el trabajo realizado por éstas células se llama secreción.

Las glándulas salivales, están conjuntamente ubicadas alrededor de la cavidad oral, a modo de herradura que se limitan de una articulación temporomandibular a otra, siguiendo la curvatura de la mandíbula y por medio de sus conductos excretores que se comunican con la boca.

Las glándulas salivales mayores, son seis, tres de cada lado y se llaman: Glándulas Parótidas, Submaxilares y Sublinguales. Las Glándulas Accesorias, llamadas también como Glándulas Salivales Menores y son: Glándulas Palatinas, Labiales, Bucales, Palatoglosas.

GLANDULA PAROTIDA

La Glándula Parótida es una glándula par, es la más voluminosa de las glándulas salivales. Está situada sobre el músculo masetero, por -- debajo de la apófisis mastoides y por detrás de la rama ascendente del maxilar inferior.

La glándula se encuentra en una celda, cubierta por paredes an-- fractuosas formadas por tejido conjuntivo, que se condensa en algunas partes, dando el aspecto de aponeurosis.

CELDA PAROTIDEA.- Depende de la aponeurosis cervical superficial que en el borde anterior del músculo esternocleido mastoideo se desdobra. La hoja superficial se conduce hacia la cara anterior, introduciéndose en el ángulo de la mandíbula; en el borde posterior de la rama ascendente y en el arco cigomático.

La hoja profunda corre adelante alcanzando el vientre posterior del músculo digástrico y toma adherencia en los elementos del ramillete de Riolo, para dirigirse hacia afuera y alcanzar la cara posterior del músculo pterigoideo interno y lo acompañan hasta su inserción inferior con la hoja superficial.

Esta hoja profunda se hace más delgada al llegar a la pared lateral de la faringe y se condensa nuevamente al llegar hacia afuera, -- para alcanzar el maxilar inferior.

Por debajo de la aponeurosis superficial profunda, se une constituyendo un puente aponeurótico que va del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo al ángulo del maxilar inferior. Este puente constituye el tabique submaxilar inferior. Este puente constituye el tabique submaxiloparotideo, creado por la aponeurosis profunda y el ligamento estilomaxilar que cierra la celda parotídea, por abajo la separa de la celda submaxilar.

La aponeurosis superficial se fija en el borde inferior del arco cigomático y en la porción cartilaginosa del conducto auditivo externo; la celda paraotídea es más gruesa en la parte externa y en la interna se hace más delgada y tenue, que está reducida a una delgada capa de tejido conjuntivo.

En la parte anterior; el borde de la rama ascendente de la mandíbula pasa al músculo pterigoideo interno reforzada por el ligamento esfeno máxilar.

LA CARA POSTERIOR: formada por la aponeurosis profunda, el vientre posterior del músculo digástrico, los músculos estílenos y los ligamentos estilomaxilar y estiloideo.

LA PARED SUPERIOR: constituida por las paredes anterior e inferior del conducto externo y la pared posterior de la articulación temporomandibular.

PARED INFERIOR: Formada por el tabique intermaxiloparotídeo, cinta intraglandular.

PARED EXTERNA: Conjuntamente con la aponeurosis superficial va desde la apófisis mastoides y el borde anterior del esternocleidomastoideo, a la aponeurosis maseterina al borde posterior de la rama ascendente del maxilar inferior.

FORMA Y RELACION: Las Glándulas Parótidas, tienen forma de prisma triangular, tienen un peso aproximadamente de 25 a 50 gramos, son de color grisáceo rosado, de consistencia serosa y de aspecto lobuloso.

Por su configuración las glándulas parótidas se les estudia de la siguiente forma.

- 1) TIENEN TRES CARAS,
- 2) TIENEN TRES BORDE Y
- 3) TIENEN TRES EXTREMIDADES

CARA EXTERNA: Se encuentra cubierta por la piel, el tejido celular subcutáneo, la aponeurosis superficial y algunas fibras de músculo risorio de Santorini.

CARA POSTERIOR: Está en contacto con la apófisis mastoidea, apófisis estiloides y los músculos esternocleidomastoideo y digástrico.

CARA ANTERIOR: Es estriada verticalmente, comprende de afuera ha-

cia dentro al borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula, al borde posterior del músculo pterigoideo interno y se une con la membrana fibrosa que une los ligamentos estilomaxilar y esfenomaxilar.

BORDE ANTERIOR: Está en relación con la apófisis estiloides y el paquete valvulonervioso de la carótida externa y la yugular, también hay relación con los nervios glossofaríngeos y neumogástricos, espinal e hipogloso mayor.

BORDE POSTERIOR: Se enlaza con la apófisis mastoides y con el músculo esternocleidomastoideo.

BORDE INTERNO: Se relaciona con el ligamento estilomaxilar, con la pared lateral de la faringe, cuando existe prolongación faríngea.

EXTREMIDAD SUPERIOR: Aquí la glándula se comunica con el conducto externo y la articulación temporomandibular.

EXTREMIDAD INFERIOR: Está separada de la glándula submaxilar y por el tabique intermaxiloparotídeo, el cual lo sepra de la glándula.

Las glándulas parótidas se comunican directamente con arterias, venas y nervios.

LA CAROTIDA EXTERNA: ES la arteria principal que en su recorrido intraparotídeo emite, las arterias auricular posterior, la maxilar interna y la temporal superficial.

LA VENA YUGULAR EXTERNA: Se origina en el curso de la vena maxilar interna y temporal superficial, a nivel del cuello del cóndilo, tomando en su trayecto la transversa de la cara y la auricular posterior.

CONSTITUCION ANATOMICA

Las parótidas son glándulas serosas puras, constituidas por acinos, éstos se unen para formar lobulillos que se unen entre si, para formar la glándula, estos lobulillos están separados por tejido conjuntivo.

De cada acino salen conductos intercalares llamados conductos de Boll, que son estrechos y van a desembocar a los conductos interlobulilares que, unidos entre si forman lo que es el conducto de Stenon.

El conducto de Stenon, se dirige hacia adelante cruzando la cara externa del músculo masetero, por debajo de la arteria transversa de la cara, alcanzando la cara externa del músculo buccinador que, pasa hacia adelante para desembocar en la cavidad bucal, propiamente en los carrillos a nivel del cuello del segundo molar superior.

El conducto está cubierto en su origen por la glándula y el resto del trayecto por tejido celular y la piel, la longitud del conducto de Stenon, varía entre los 35 a 40 mm. y su diametro es aproximadamente de 3 mm.

Estructuralmente, está constituido de una pared propia revestida interiormente por una capa epitelial.

Las glándulas parótidas; estan irrigadas por la carótida externa que, emite en su recorrido intraparotídeo la auricular posterior, la maxilar interna y la temporal superficial.

Entre las venas; la yugular externa que se origina en el cruce de la vena maxilar interna, la vena temporal superficial a la altura del cuello del cóndilo, recibiendo en su trayecto la transversa de la cara y la auricular posterior.

LOS GANGLIOS INTRAPAROTIDEOS: Se clasifican como: Superficiales; porque están situados en la cara externa de la parótida, formando un grupo superior, anterior, posterior, y otros profundos, instalados en el sendero de la carótida externa y la yugular interna, recibiendo la linfa del velo del paladar, del conducto auditivo externo y la parte posterior de las fosas nasales.

LOS NERVIOS: El nervio facial que inerva a la glándula sale del conducto estilomastoideo, la atraviesa hacia afuera y adelante con apego hacia la cara externa de la glándula y a la altura del borde posterior de la rama ascendente del maxilar inferior, se separan en sus ramas terminales; temporofacial y cervicofacial, que salen separadas de la glándula.

GLANDULA SUBMAXILAR

Esta glándula ocupa la parte lateral de la región suprahioidea y - la foseta de la cara interna del maxilar inferior, que está contenida en una celda osteofibrosa o compartimiento submaxilar.

COMPORTAMIENTO SUBMAXILAR: Esta integrado por la hoja interna del - desdoblamiento cervical superficial que, está en contacto con los dos - vientres del músculo digástrico y su tendón intermedio con el músculo -- milohioideo y el hipogloso con la arteria lingual.

CARA INFERO EXTERNA: Formada por la hoja externa del desdoblamiento que al nivel del hueso hioides, soporta la aponeurosis cervical superficial; comunicándose con el músculo cutáneo del cuello, el tejido celular y la piel.

CARA SUPERO EXTERNA: Integrada por la cara interna de la rama horizontal de la mandíbula, la cual comprende la faseta submaxilar, situada entre la línea milohioidea por arriba y el borde del maxilar por - - abajo.

La porción aponeurótica de la celda submaxilar está constituida - por el desdoblamiento de la aponeurosis cervical superficial, al nivel - del hueso hioides, cuya hoja profunda cubre la cara externa del músculo milohioideo y va a fijarse a la línea milohioidea.

La hoja externa se adhiere al borde inferior de la mandíbula, ambas hojas se reúnen por delante y se fijan al vientre posterior del músculo digástrico; por atrás se unen igualmente tomando adherencia en la cintilla maxilar.

Entre los músculos milohioideo y el hiogloso, existe una hendidura o hiatus, por donde pasa el conducto de Wharton, el nervio hipogloso mayor y al vena lingual superficial, comunicándose con la celda submaxilar y con la sublingual.

FORMA Y RELACION: Estas glándulas tienen semejanza a un prisma -- irregular, dando un aspecto de un color rosa gris, tienen un peso de 7 a 8 gramos cada una, y de 1 a 2 centímetros de diámetro.

LAS GLANDULAS PRESENTAN CADA UNA:
TRES CARAS Y DOS EXTREMIDADES

CARA EXTERNA: Ligeramente convexa, por la parte posterior se comunica con el músculo pterigoideo interno y en la parte anterior con la cara interna del maxilar inferior, a nivel de la fosita submaxilar donde se alojan los ganglios submaxilares.

EXTREMIDAD POSTERIOR: Se halla en relación con el vientre posterior del músculo digástrico y con el músculo estiloideo; se encuentra separada por la parótida, por el tabique intermaxiloparotídeo.

CONDUCTO DE WHARTON

El conducto de Wharton, nace en la parte media de la cara interna de la glándula, se dirige hacia adelante y adentro hasta el borde inferior del frenillo de la lengua, en donde cambia de dirección y corre hacia adelante para desembocar en el piso de la boca, es más grueso que el conducto de Stenon, pues alcanza de dos a cinco milímetros de diámetro, siendo su punto más estrecho el orificio bucal.

RELACIONES: En su origen está en relación por dentro con el músculo hipogloso y por fuera con el milohioideo.

Más adelante, se relaciona por dentro con el nervio lingual y el músculo geniogloso y por fuera con el músculo milohioideo, al que deja para comunicarse con la cara interna de la glándula sublingual y por abajo del conducto de Wharton, camina el hipogloso mayor por encima de este músculo el nervio lingual, donde forman un ángulo por cuya bisectriz corre el conducto Wharton, acompañado por el plexo venoso y los vasos sublinguales.

El nervio lingual, que va por arriba del conducto lo cruza posteriormente por el lado externo y rodea la cara inferior, para internarse; llegando así el piso de la boca.

En su parte más anterior, el conducto de Wharton corre por debajo de la mucosa del piso de la boca, adosándose al del lado opuesto, desembocando a los lados del frenillo, en el ostium umbilicale de Borden.

CONSTITUCION DE LA GLANDULA

La glándula Submaxilar es una glándula mixta, constituida por acinos serosos y mucosos separados por tejido conjuntivo.

ARTERIAS: Las arterias que irrigan a la glándula, provienen de la facial y de la submentoniana y en sus redes capilares, nacen venas que desembocan también en la facial y en la submentoniana.

LOS LINFATICOS: Nacen de los acinos caminan por los intersticios glandulares y desembocan en los sumaxilares, de donde parten troncos -- eferentes que van a los ganglios cervicales profundos.

LOS NERVIOS: Proviene del lingual, que se anastomosa con la cuerda del tímpano. Igualmente derivan del ganglio submaxilar, situado entre la glándula y el nervio lingual, recibiendo varias ramas y emite varios filetes que abordan a la glándula por su cara súperinterna y que recibe ramas del simpático que rodean a las arterias de la glándula.

GLANDULA SUBLINGUAL

Estas glándulas se localizan en el piso de la boca por debajo de la mucosa y por dentro del cuerpo del maxilar inferior.

Es la más pequeña de las glándulas mayores; tienen la forma elipsoidal, aplanada transversalmente, a un lado de la sínfisis y del frenillo lingual.

RELACIONES: Está envuelta por tejido conectivo laxo y no posee - celda osteoaponeurotica, tiene un peso aproximado de tres gramos. Consta de:

DOS CARAS

DOS BORDES

DOS EXTREMIDADES

CARA EXTERNA: Convexa y en conexión con la faseta sublingual y - la cara posterior del cuerpo de la mandíbula.

CARA INTERNA: Se corresponde con el conducto de Wharton el nervio lingual y la vena renina, y con la cara externa de los músculos genio--gloso y el milohioideo.

BORDE SUPERIOR: Se une con la mucosa del piso de la boca y la eleva para formar las carúnculas sublinguales.

BORDE INFERIOR: Se relaciona con los músculos milohioideo y genio-gloso

EXTREMIDAD ANTERIOR: Está en contacto con la apófisis geni y los músculos que corresponden con la misma, para así comunicarse con la glándula.

EXTREMIDAD POSTERIOR: Se halla en relación con la glándula submaxilar y la extremidad anterior, se encuentra en contacto con la del lado opuesto y en relación con la apófisis geni.

CONSTITUCION ANATOMICA

Las glándulas Sublinguales son glándulas mixtas, constituidas por acinos serosos y mucosos, la secreción de éstos acinos será eliminada -- por conductos intraglandulares y extraglandulares.

Los conductos extraglandulares, se continúan de los primeros, siendo los conductos de Bartholin y de Walter.

EL CONDUCTO DE BARTHOLIN ó Conducto de Rivinus, se origina de la parte posterior de la glándula, que desemboca en el piso de la boca a un lado del conducto de Wharton, es el conducto más voluminoso de los múltiples conductos excretores de esta glándula. Las Glándulas Sublinguales cuentan con glándulas accesorias y estas tienen sus propios conductos -- excretores llamados conductos de Walter, que desembocan en el piso de la

boca y algunos llegan a desembocar en el conducto de Wharton.

LAS ARTERIAS: Que irrigan a éstas glándulas, provienen de la sublingual y de la submentoniana y en sus capilares nacen venas, que se dirigen a la ranina.

LOS LINFATICOS: Desembocan en los ganglios submaxilares.

LOS NERVIOS: Proviene del nervio lingual y de la cuerda del tímpano y del gran simpático que penetran en la glándula.

GLANDULAS SALIVALES MENORES

Llamadas también como Glándulas Accesorias, las cuales se clasifican en:

GLANDULAS LABIALES: Están situadas cerca de la superficie interna de la boca, son de tipo mixto, tienen tamaño variable; y están dispuestas en la submucosa, no están encapsuladas y los conductos intercalares son cortos.

GLANDULAS MENORES: Son continuación de las labiales de las mejillas, son glándulas que se encuentran en las vecindades de los conductos parotídeos que drenan hacia la zona de los terceros molares superiores, se les designan a menudo como glándulas molares; estas glándulas bucales se ubican sobre la superficie externa del músculo buccinador.

GLANDULAS PALATINAS: Estas situadas en el techo de la cavidad oral, para distribuirse en el paladar blando, paladar duro y la úvula; estas son un conjunto glandular independiente en número de 250, aproximadamente en el paladar duro, 100, en el paladar blando y 12 en la úvula. En la parte posterior del paladar duro, entre la mucosa y el periostio están sostenidas por tejido conjuntivo denso, estas glándulas pertenecen a la clasificación de tipo mucoso puro.

GLANDULAS LINGUALES ANTERIORES: Llamadas también como glándulas de Blandín Nuhn, se encuentran en el espesor de la musculatura de la cara inferior de la lengua junto a la línea media, cerca de la punta; aproximadamente cinco conductillos se abren en la superficie de la lengua, cerca del frenillo lingual y estas glándulas son de carácter propiamente mucoso.

GLANDULAS LINGUALES POSTERIORES: Se encuentran situadas en la base de la lengua, en las vecindades de las papilas circunvaladas y son de la variedad de mucosa pura. Las glándulas de las papilas circunvaladas llamadas también como glándulas de Von Ebner, son puramente serosas y su se creación sirve probablemente para lavar los pliegos de las papilas.

HISTOLOGIA

Las Glándulas Salivales tienen un desarrollo promedio del crecimiento interno del epitelio oral, en el mesénquima adyacente. Las células epiteliales invaden al tejido conectivo por proliferación y diferenciación.

Los elementos histológicos que constituyen a las glándulas salivales, se enumeran a continuación.

EL TEJIDO CONECTIVO: Es el que forma la cápsula y se prolonga como tabique o banda que va hacia la glándula propiamente, dividiéndola en lóbulos, lobulillos que llevan los conductos, los vasos sanguíneos, linfáticos y los nervios de las glándulas.

LAS CELULAS SECRETORIAS: Se localizan en porciones terminales que a su vez se encuentran dentro de los lobulillos de las glándulas. Esta porción terminal está formada por una capa de células secretorias revisando una luz estrecha que se apoya sobre una membrana basal que separa de la red capilar subyacente, tomando en cuenta que la porción terminal no es en todas las glándulas. Las células mucosas y serosas, tienen caracteres estructurales.

CELULAS MUCOSAS: El aspecto de las células mucosas y serosas varían con el estado de actividad funcional; las células mucosas están infiltradas por gránulos de mucígeno, substancia anerosa de la mucina.

CELULAS SEROSAS: Presentan una morfología piramidal que contiene gran número de zimógenos localizados entre el núcleo y la superficie libre de la célula; son menos densos que las gotitas de mucígeno; los núcleos de las células serosas son redondos y están situados en el tercio basal de la célula.

Las mitocondrias baciloformes, se encuentran en el citoplasma de la porción basal de la célula y en el aparato de Golgi.

GLANDULAS MIXTAS: Formadas de células mucosas y serosas. Las porciones terminales mixtas de las células mucosas y de las serosas ocupan posiciones diferentes; las serosas están localizadas en el fondo de saco de la porción terminal y las mucosas están situadas cerca del conducto excretor.

En las glándulas mixtas predominan las células mucosas, la luz de las porciones secretorias mixtas es limitada, por células mucosas, en tanto que las células serosas disponen en grupos pequeños, que en los cortes histológicos aparecen como medias lunas cubriendo los sacos de los túbulos terminales por capilares secretorios, que están entre las células mucosas; a estas formaciones se les conoce como las medias lunas de Ebner o Giannuzzi.

CELULAS MIOEPITELIALES: Forman ramificaciones y se encuentran entre la membrana basal y el epitelio glandular o de los conductos. Es

probable que las células sean de origen epitelial; se cree que son contractíles, mediante su contracción facilitan el movimiento de secreción.

ONCOCITOS: Son células grandes de núcleos pequeños y de citoplasmas abundantes, fuertemente eosinófilo que llegan a encontrarse en las glándulas parótidas o submaxilares de individuos de mayor edad.

IRRIGACION SANGUINEA Y LINFATICA E INERVACION: El tejido conjuntivo puede formar una cápsula alrededor de la glándula y extenderse hacia la propia glándula dividiéndola en lóbulos y lobulillos; éste tejido conjuntivo colágeno es continuo con el reticular de los lobulillos y de la membrana basal donde se apoyan las células secretorias y los elementos de los conductos.

Las glándulas salivales poseen rica irrigación, las arterias más grandes siguen el curso de los conductos excretores, ramificándose hasta los lobulillos de los conductos.

Las ramas principales de los nervios que van a las glándulas salivales siguen el recorrido de los vasos, para dividirse en plexos terminales.

Las fibras nerviosas atraviesan la membrana basal y terminan como filamentos finos sobre la superficie basal o intracelular de las células acinosas.

En general se acepta que los nervios parasimpáticos dan fibras secretorias a las glándulas salivales y que los nervios simpáticos, llevan fibras vasconstrictoras.

CONDUCTOS: En las glándulas salivales el sistema de conductos está formado por divisiones sucesivas en el interior del tejido conjuntivo.

Los conductos mayores se dividen en conductos de menor calibre progresivamente y por su arquitectura se les conoce como: Conductos interlobulillares e intra-lobulillares, lobulares primarios. Los cuellos de los conductos intercalares y de los estriados o secretorios, pertenecen al grupo de conductos interlobulillares. Los conductos intercalares son delgados de longitud variable, ramificándose en las porciones terminales -- con los conductos estriados envueltos por una capa de células epiteliales, con su núcleo en el centro de la célula, la proci6n terminal de los conductos es una configuraci6n de células que semejan acinos diminutos -- porque tienen citoplasma basal bas6filo y gránulos secretorios en sus partes apicales.

CONDUCTOS ESTRIADOS: los conductos estriados estan limitados por una sola capa de células epiteliales cilíndricas altas, de núcleos grandes esféricos, localizados en el centro de la célula, el citoplasma es -- relativamente abundante de eosinófilos. El epitelio de los conductos -- principales, se confunde con el epitelio escamoso estratificado de la -- boca.

En las porciones terminales y en los conductos de las glándulas -- salivales se les llegan a encontrar elementos celulares como mioepiteliales.

EMBRIOLOGIA

Durante el desarrollo embrionario del ser humano, cada órgano se va formando en determinado tiempo.

Las Glándulas Salivales inician su formación como cordones sólidos de células que se originan en el epitelio, de la cavidad bucal primitiva durante la sexta y séptima semanas.

Las yemas de las parótidas aparecen primero y surgen del revestimiento ectodérmico, en el lado interno del carrillo en formación, cerca de la boca.

Estas yemas crecen hacia atrás y se dirigen hacia la región del oído, en un principio como cordones sólidos y ramificados de células que posteriormente se canalizan y constituyen a los acinos y al sistema de conductos. La cápsula de estas glándulas proviene del mesodermo vecino.

LAS GLANDULAS SUBMAXILARES: Se forman del endodermo que reviste al suelo de la cavidad bucal primitiva y crece hacia atrás en la cara lateral de la lengua en formación.

Se forma un surco al lado de la lengua que posteriormente se cierra y constituye el conducto submaxilar.

LAS GLANDULAS SUBLINGUALES: aparecen un poco más tarde, durante la octava semana, y se forma de igual manera que las otras glándulas, a partir del endodermo de la parte lateral de la lengua.

El tejido conjuntivo que sostiene el armazón de las glándulas salivales se denomina estroma.

Todas las glándulas salivales tienen vastos sistemas de conductos ramificados, constituidos por varios segmentos de formas diferentes.

Los conductos estriados o intercalares son intralobulares; los conductos colectores son interlobulares y se hallan dentro del tejido conectivo de los tabiques.

Los conductos no sólo transportan las secreciones salivales hacia la cavidad oral, sino también la modifican.

El desarrollo ulterior de los acinos y del sistema de conductillos es igual que el de las parótidas.

CAPITULO III

FISIOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES

La función que desempeñan las glándulas salivales es la secreción de la saliva.

LA SALIVA: Se compone del 99, por ciento de agua y el 1, por ciento de sustancias inorgánicas, el PH, ligeramente varía a, ácido.

La secreción de proteínas, electrolitos y agua por las glándulas salivales, el 69 por ciento parece derivarse de las glándulas submaxilares, el 26 por ciento de las glándulas parótidas y el 5, por ciento de las glándulas sublinguales.

LA SALIVA: Contiene del 0.3 al 0.7, por ciento de material sólido que consiste de: Sales inorgánicas, como bicarbonatos, cloruros, fosfatos de calcio, sodio y potasio.

De sustancias orgánicas como: Proteínas, mucinas, enzimas sustancias del grupo sanguíneo, anticuerpos, factores de la coagulación sanguínea, lípidos, vitaminas, aminoácidos y úrea.

La saliva de las parótidas y submaxilares; contienen: glucoproteínas bien definidas como: Proteínas séricas, albumina globulinas alfa, -beta, gamma y proteínas salivales intrínsecas.

Los carbohidratos de la saliva de las glándulas parótidas y submaxilares están formados por: Hexosamina, galactosa, glucosa, etc. La saliva en la boca es diferente a la que se recoge en los conductos, porque la actividad de los microbios de los tejidos bucales y por otras sustancias que, pueden ser introducidas a la boca.

La amilasa, es el principal elemento electrofórico en identificarse, desde el punto de vista químico e inmuoquímico.

Las Glándulas Salivales desempeñan un papel muy importante en el metabolismo del yodo; almacenan un factor que afecta al crecimiento y la diferenciación del sistema nervioso simpático, contienen una sustancia que afecta al metabolismo del calcio y se relaciona funcionalmente con otros órganos endocrinos es veinte veces mayor en la saliva mixta humana que en el plasma sanguíneo. Las glándulas, pueden controlar el nivel de tiroxina en la sangre. La saliva posee propiedades bacteriostáticas generales y contienen enzimas bacteriolíticas, además de inmunoglobulinas principalmente IgA.

Existen tres farmacos que aumentan la salivación y son los siguientes:

- 1).- Los ésteres de la colina - acetilcolina, metacolina y carbacol.
- 2).- Los inhibidores de la colinesterasa - fisostigmina (eserina) y neostigmina.

3).- Alcaloides con una acción colinérgica - pilocarpina.

La saliva constituye dos tipos de secreción: Una secreción serosa que, contiene ptialina que ayuda a la transformación del almidón en maltosa y desdobla el glucógeno.

La secreción mucosa se encarga de la lubricación.

Las Glándulas Parótidas, proporcionan secreción serosa.

Las Glándulas Submaxilares, serosas mucosas; las Sublinguales secretan moco y las glándulas menores también.

Una de las muchas funciones de la saliva es la lubricación, que hace deglutir y hablar.

El ser humano, diariamente secreta un litro a litro y medio de saliva, el Ph, oscila entre 6.0 y 7.01.

La función de la saliva tiene factores químicos y mecánicos, que sirven para ayudar a disolver los componentes de la comida, ayudando así a la reactividad química y el estímulo del sentido del gusto. La saliva actúa como disolvente y facilita los movimientos de la lengua, labios y mejillas manteniendo húmedas sus superficies.

La mucina ayuda a la lubricación de los alimentos en la deglución.

Químicamente; la amilasa salival, hidroliza los componentes amilacéos para producir: Monosacáridos, disacáridos y trisacaridos. La amilasa es una enzima, que actúa como limpiador mediante la licuación de los alimentos amilacéos que, se adhiere a los tejidos bucales.

FUNCION DE LA SALIVA PARA LA HIGIENE BUCAL

En condiciones basales se secreta hasta, un mililitro por minuto de saliva, casi toda de origen mucoso, ésta secreción es importante para conservar los tejidos de la boca en condiciones estables. En la boca se encuentran: Bacterias, microorganismos que pueden lesionar fácilmente los tejidos, es ahí donde la saliva interviene como, bacteriostática, porque los iones de tiocianato y una enzima que ataca a las bacterias, ayudan al ión de tiocianato para penetrar en las bacterias y es donde se vuelve bactericida.

CONTROL NERVIOSO DE LA SECRECIÓN SALIVAL

Las fibras nerviosas secretoras que llegan a las glándulas salivales; dependen tanto del sistema nervioso parasimpático. La estimulación simpática de las glándulas submaxilares es a través del ganglio cervical superior, produce una secreción de mucosidad espesa y viscosa, en la estimulación parasimpática es a través de la cuerda del tímpano, dando lugar a una secreción copiosa y acuosa.

Asimismo sucede con las glándulas sublinguales; los núcleos inferiores rigen a las parótidas, que están situados en los límites del bulbo raquídeo y la protuberancia, se accionan por estímulos sápidos o táctiles de la lengua o de otra parte de la boca.

La mayoría de los estímulos gustativos principalmente el sabor ácido, que origina un flujo salival abundante.

Los estímulos táctiles como: los objetos lisos en la boca estimulan un flujo salival excesivo, en cambio los objetos asperos reducen la secreción salival y pueden inhibir ésta secreción.

HISTORIA CLINICA

Para formular la historia clínica, es necesario tomar en cuenta - los siguientes datos: Nombre, edad, sexo, estado físico, antecedentes de enfermedades infecciosas como: Sarampión, varicela, hepatitis, etc. Si - ha estado bajo algún tratamiento, médico, si es alergico algún medicamen - to etc.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Son de importancia porque algunas enferme - dades son de origen genético y nos pueden ayudar a encontrar la causa.

DURACION: Depende del tiempo de su evolución si es remota y tiene - una historia de remisiones y exsacerbaciones es probable que, sea de na - turaleza inflamatoria.

DOLOR: Este dato es de gran importancia dependiendo de su magnitud - y la ubicación precisa si es posible. Y se cuestionará de la siguiente - manera.

¿ Cómo es el dolor ? ¿ Constante, punzante o intermitente ?

¿ El dolor tiene relación con las comidas ó con el deseo de comer - lo causa ?.

¿ Cuánto tiempo dura ?

¿ Que severidad tiene ?

¿ Los alimentos ácidos causan dolor ?

¿ Al disminuir el dolor éste coincide con la secreción salival ?

¿ Hay exceso de salivación ?

¿ Hay disminución de saliva ?

Estas preguntas se valoran y se complementan con los demás estudios, a continuación.

EXAMEN FISICO: La auscultación debe ser sistémica y de rutina para llegar al diagnóstico diferencial, de cualquier trastorno.

EXAMEN EXTRAORAL: Observar si hay tumefacción, ubicación, tamaño, forma, consistencia, coloración, presencia de pus etc.

Cuando alguna de las glándulas parótidas, se encuentran inflamada se le observa por delante de la oreja, hasta el nivel del ángulo de la mandíbula.

EXAMEN INTRAORAL: Consiste en observar, palpar todo el conjunto interno de la cavidad oral como son: Lengua, dientes, mucosa, los conductos salivales, paladar duro y blando.

En los conductos salivales es preciso tomar en cuenta si hay inflamación, erosión, enrojecimiento, presencia de pus, y la consistencia de la saliva que consiste, haciendo un ligero frotamiento desde la periferia de la glándula hacia la abertura del conducto.

EXAMEN BIMANUAL: Se hace colocando el dedo índice dentro de la boca y la mano opuesta sobre la glándula a examinar.

La manipulación cuidadosa de ambas manos nos puede proporcionar lo siguiente.

LOCALIZACION DE LA LESION: Las lesiones de los conductos se palpan mejor dentro de la boca, cuando ésta lesión se encuentra en el conducto maxilar o en el tercio anterior del conducto parotídeo.

Las lesiones situadas por fuera de la musculatura de la boca, pueden ser desplazadas hacia afuera por el dedo intraoral así facilitando con la mano extraoral. Las lesiones que no son palpables o movibles desde el interior de la boca se juzgan en relación con su localización.

Exprimir la glándula y el conducto bimanualmente permite, estimar la naturaleza de la secreción y por lo tanto la localización de la lesión.

Los abscesos son generalmente fluctuantes, los cálculos son densos y pueden ser estrellados; la glándula obstruida o infectada generalmente es firme y tensa por consiguiente la consistencia de la lesión es un signo importante en el diagnóstico diferencial.

Las respuestas subjetivas del paciente al examen bimanual con frecuencia varía según la naturaleza de la enfermedad.

Los estados inflamatorios generalmente se acompañan de dolor que --
aumentan con la manipulación.

Los tejidos que cubren a un cálculo salival casi siempre son sensi-
bles a la palpación, debido a la incompreibilidad del cálculo, a los -
procesos agudos, algunas veces presentes a la inflamación de los conductos
vecinos.

En las glándulas submaxilares, la palpación extraoral se efectua, -
extendiendo los dedos hacia la línea media y poniendo el dedo pulgar en_
el cuerpo de la mandíbula que se desplaza progresivamente y los dedos -
por debajo del borde inferior de la mandíbula.

CAPITULO IV

DESCRIPCION GENERAL DE LAS ANOMALIAS MAS FRECUENTES

Las anomalías o defectos de las glándulas salivales en su desarrollo o formación se consideran como:

- 1) .- GLANDULAS ABERRANTES
- 2) .- MALFORMACIONES GLANDULARES

GLANDULAS ABERRANTES: Son aquellas que desarrollan tejido glandular en zona donde no se encuentran normalmente como es en la zona cervical, en ganglios linfáticos intraparotídeos; se consideran también cuando el tejido glandular está aislado y éste no tiene conducto excretor, como puede ser una derivación de la separación de los botones germinales de celdas y lóbulos glandulares. Estas aberraciones glandulares se encuentran por casualidad en, intervenciones quirúrgicas ó por la formación de una fistula, quiste o tumor.

Como las glándulas parótidas tienen su capa más laxa; la mayoría de las glándulas salivales aberrantes son parotídeas principalmente en la región cervical.

MALFORMACIONES GLANDULARES

Las malformaciones en glándulas salivales, se clasifican en:

HIPOPLASICAS

E

HIPERPLASICAS

La hipoplasia, es la falta congénita de alguna de las glándulas salivales, es un fenómeno poco común ya que pueden ser; Unilateral o Bilateral.

ETIOLOGIA: las causas son desconocidas, sin embargo no están asociadas a otras displasias ectodérmicas. No se puede asegurar si es un patrón familiar o hereditario.

CLINICAMENTE: Se presenta principalmente xerostomía, se requiere la constante ingestión de líquidos, la mucosa está lisa, seca o a veces multilobulada con tendencia a acumular residuos alimenticios.

HIPERPLASICAS: No se considera como un hiperdesarrollo más bien, en la mayoría de los casos representan una sialadenosis, lipomatosis, etc.

CONDUCTOS ACCESORIOS: Estos conductos suelen encontrarse por encima del conducto de Stenon, por delante del borde anterior del masetero, como puede ser debajo del mismo conducto y es raro encontrarlo en el conducto auditivo.

DIVERTICULOS: probablemente sean malformaciones verdaderas cuando, existen en el recién nacido o en un niño pequeño, en el adulto, se considera como malformaciones rudimentarias llamada Magastennon, por lo cual el paciente acude a la consulta por la parotiditis purulenta.

FISTULAS: Estas fistulas en glándulas salivales mayores no son consecuencia de malformaciones apartadas del sistema excretor salival, por lo cual implica una malformación de los arcos bronquiales.

LAS FISTULAS BRONQUIALES: Congenitas faciales y cervicales suelen ser completas o incompletas, si el orificio del conducto es o no permeable.

Estos conductos bronquiales tienen fuerzas para atravesar las glándulas salivales, principalmente la parótida o llegar a estar cerca de ellas.

Las Glándulas Salivales así como sus conductos excretores, se encuentran expuestos a diversos trastornos; fisiológicos, patológicos y neuropsicológicos que se conjugan entre sí.

Las principales alteraciones de éste conjunto de glándulas son: Xerostomía y Sialorrea.

XEROSTOMIA: Es la disminución o falta de secreción salival.

SINTOMAS: Se caracteriza por intensa sequedad de boca, la mucosa se ve deshidratada, brillante, se irrita o lesiona con facilidad, apareciendo fisuras dolorosas que suelen sangrar por causas de un traumatismo, -- hay dificultad para masticar y deglutir los alimentos secos y semisecos, aumentando así la ingestión de líquidos y alterando el sentido del gusto.

La lengua, tiene aspecto liso, brillante, causando atrofia papilar, mostrando una capa blanquecina por la falta de secreción salival, aumentando considerablemente la caries, gingivitis, movilidad dentaria y pérdida de los mismos.

Las Glándulas Parótidas son las más afectadas por la xerostomía. - Las causas más frecuentes que degeneran a éstas glándulas, son las siguientes:

LOCALES Y GENERALES

LOCALES:

Parotiditis epidémica, recidivante, _
 litiasis salival.
 Protesis.
 Sarcoidosis, Tuberculosis, Enfermedad
 de Mikulicz, Tumores.
 Irradiación de Cabeza y Cuello.
 Respiradores bucales

GENERALES:

Estimulantes de la actividad del sis-
 tema nervioso simpático o que disminu-
 yen la actividad del sistema nervioso
 simpático, hipertensos.

FARMACOS:

GENERALES:

Deshidratación, fiebre tifoidea esta--
 dos febriles, neumonías, etc.

ESTADOS

FISIOLOGICOS:

Senectud, menopausia, ayuno, falta de_
 desarrollo glandular, anestesia gene--
 ral y local, etc.

ESTADOS

METABOLICOS:

Diabetes, hipertiroidismo, edema, -
etc.

ESTADOS

NEUROPSICO-

LOGICOS:

Ansiedad, emociones, neurosis, esqui-
zofrenia.

SIALORREA

Se entiende por sialorrea al aumento del flujo salival llamado -- Ptalismo también. Es una de las causas más frecuentes, que causan trastornos en las glándulas salivales.

ETIOLOGIA: Las causas de ésta afección son variables pero las más comunes son, por inflamación aguda, en la cavidad bucal.

En las glándulas parótidas es donde se registra el porcentaje más alto de las afecciones de las glándulas salivales.

SINTOMAS: Ataque al estado general, por exceso del flujo salival, por la constante necesidad de escupir o deglutir la saliva, consecuentemente provocándoles náuseas, vómitos y trastornos al hablar. Este exceso de saliva, provoca la seramación de las comisuras labiales, ocasionando cambios cutáneos y deficiencias nutricionales.

TRATAMIENTO: Se tomará en cuenta las causas que lo provoquen, usando una terapéutica de algunos fármacos como son: antiespasmódicos, anti-secretores y sedantes del sistema nervioso.

Las causas que provocan éstas alteraciones se clasifican en:

LOCALES Y GENERALES

ESTIMULOS:
 LOCALES FISIONEURO
 LOGICOS.

Alimentos: Ácidos, dulces, erupción_ dentaria en lactantes, menstruación, embarazo, etc.

Diferentes estematitis: aftosa, herpética, macroglosia, protesis mal -- ajustadas o nuevas, faringitis, odon tologias, angina de Vicent, etc.

GENERALES:

FARMACOS: Pilocarpina, yoduros, adición a la - morfina, etc.

ENFERMEDADES
 GENERALES: Diabetes, hipertiroidismo, úlceras, - fibrosis quística de páncreas, pancratitis, ictericia, herencia, deficien- cias nutricionales, etc.

ENFERMEDADES
 NEUROLOGICAS: Paralisis bulbar, enfermedad de Par- kinson, epilepsia, retraso mental, ra bia, neuralgia del trigémimo, alcoholo- lismo, etc.

TOXICOS: Yoduros de potasio, mercurio, plomo, - bromuro, fosforo, etc.

CAPITULO V
DIAGNOSTICO
METODOS AUXILIARES PARA EL DIAGNOSTICO

Después de realizar la palpación e inspección, los frotis y la citología; Los Métodos Auxiliares de Diagnóstico, más importantes son:

- a).- La sialometría es la determinación cuantitativa de la salivación, después de un estímulo o sin él.
- 2).- El análisis de saliva; tomando en cuenta que los valores normales de la saliva, están entre, 0.1 y 0.7 Ml/min., por medio de la fotometría de ignición el contenido de sodio y potasio y por medios fotométricos su contenido en proteínas.
- 3).- La sialografía; es el estudio que permite la observación directa del sistema de conductos, es un diagnóstico muy útil.
- 4).- El estudio de la resorción del medio de contraste; permite conocer el poder de resorción normal para, cada medio de contraste del epitelio del conducto salival.

BIOPSIA.- Es el estudio histológico que, se toma generalmente de la región preauricular a la altura del conducto auditivo, siguiendo el pliegue natural de la piel y evitar lesionar el nervio facial. La biopsia por aspiración ha dado resultados positivos.

**El examen con radioisotopos se ha -
convertido en un auxiliar muy valio-
so.**

CARACTERISTICAS CLINICAS

PAROTIDITIS EPIDEMICA

La parotiditis epidémica conocida más comunmente como: "PAPERAS", es una infección contagiosa, que se caracteriza por inflamación de las glándulas parótidas y también puede involucrar a las glándulas submaxilares; ésta infección se trata más como una enfermedad general y no como local, porqué tiende a lesionar a otros órganos y es necesario el reposo absoluto.

CAUSAS: El agente causante es el virus, MIXO VIRUS PAPERAS, que ataca principalmente a niños entre los 6 a 15 años y a individuos jóvenes, en ciertas estaciones del año como son; en primavera y finales de otoño, esto sucede por lo general en escuelas, guarderías, etc., El contagio es por contacto de personas enfermas, o por gotitas de saliva al toser o estornudar o simplemente al hablar.

SINTOMAS: El periodo de incubación oscila entre los 14 y 21 días; los síntomas principales son: Fiebre moderada, malestar general, la temperatura se eleva entre los 37 y 38 grados centígrados, con irritabilidad, cefalea, dolores musculares, anorexia y algunos trastornos digestivos.

El dolor es provocado por movimientos mandibulares en el momento de la masticación, o al abrir la boca, la inflamación se observa por delante y abajo de la oreja, el lóbulo está desplazado hacia el centro

de la tumefacción. La piel esta desplazada hacia el centro de la tumefacción. La piel es brillante, la cavidad oral está enrojecida y el orificio del conducto de Stenon, es rojo y tumefacto.

DIAGNOSTICO: La parotiditis epidémica, generalmente es bilateral y el lado izquierdo se inflama primero que el derecho no hay tendencia a la supuración, pero si hay dolor a la palpación.

TRATAMIENTO: La enfermedad tiene curso limitado, el enfermo debe guardar reposo absoluto y estar aislado por ser contagiosa y prevenir complicaciones, se debe procurar la asepsia de la boca, cepillandose los dientes, hacer enjuages con antisépticos, la dieta debe ser blanda y de preferencia líquida.

COMPLICACIONES: Las complicaciones por ésta enfermedad son: porqué pueden afectar a ciertos órganos como: cerebro, páncreas, ovarios y testículos. En el hombre es de consideración, pues provoca orquitis, que se manifiesta en un 25 por ciento, después de unos días de aparecer la infección; en el diez por ciento de los enfermos es bilateral y en el uno por ciento causa esterilidad.

Si los ovarios, se llegan a lesionar provoca ooforitis, que es menos frecuente y rara vez causa esterilidad.

PAROTIDITIS AGUDA

Son inflamaciones que lesionan a las glándulas salivales como consecuencia de una infección o alguna otra causa como:

A).- FIEBRES PROLONGADAS

B).- INTERVENCIONES QUIRURGICAS

ETIOLOGIA: Son los microorganismos que fococitan en la boca como: estreptococos, estafilococos piogéno, dorado, hemolítico que llegan por vía ascendente a través de la sangre y agreden al sistema vascular de -- los conductos, donde se inicia la autolisis y la formación de abscesos.

SINTOMAS: Estos son bruscos, la temperatura se eleva subitamente - con: dolor local y sordo, tumefacción firme y dura, caliente al tacto, - con hipersensibilidad, la tumefacción se torna por delante del lóbulo de la oreja, porque es la parte más debil de la glándula; generalmente es - unilateral, pero puede ser bilateral, los hombres la sufren con mayor frecuencia, la edad promedio es de 60 años; en el conducto de Stenon, se - descubren sustancias purulentas al hacer ligera presión sobre los carrillos, hay trismus y la deglución se vuelve dolorosa.

DIAGNOSTICO CLINICO: La zona está tumefacta, con la piel rosada - y caliente al tacto, sensibilidad en el ángulo de la mandíbula y la saliva tiene aspecto turbio.

En los lactantes la formación de anticuerpos maternos forman las defensas en sus organismos, que se inicia después de tres años. En los adolescentes, por razones de cambios hormonales, es una edad propicia para ésta enfermedad.

TATAMIENTO: Se puede prevenir, para evitar una cronocidad evitando la deshidratación y la disminución del flujo salival, aplicando bebidas ácidas, gomas de mascar, jugo de limón, la pilocarpina como farmaco.

Para prevenir una infección bacteriana, es importante dar una terapia activa que, consiste en antibióticos de amplio espectro; siendo la penicilina G, el antibiótico de elección, combinándolo con sulfamidas.

Si el tratamiento no se da en su oportunidad, se puede convertir en una parotiditis crónica recidivante.

SIFILIS

Fueron infecciones que causaron estragos hace muchos años, en la actualidad son muy raras. Durante el período secundario de la sífilis, las glándulas parótidas como las submaxilares, se afectan de la misma manera es una infección mixta.

SINTOMAS: Estos son agudos, con inflamación dolorosa, sialorrea; en las glándulas parótidas pueden existir gomas, que se confunden con tumores. El goma es a menudo de consistencia pétrea y del tamaño aproximadamente de una nuez; si esto no se trata, un goma puede, ó más bien puede llegar a perforar la piel.

Estas infecciones específicas, se diagnostican por métodos especiales, como son: Reacciones serológicas para la sífilis, el estudio anatomopatológico en tuberculosis y actinomicosis.

ACTINOMICOSIS

Infección causada por el hongo Actinomyces Bovis, se aloja en encías y boca y por medio del conducto se infiltra hacia la glándula.

Se puede confundir con otras inflamaciones, se presenta trismus - poco acentuado, inflamación de las partes blandas de la boca, los carrillos, no es fácil demostrar si ésta inflamación tiene su origen en alguna parte de la boca, los ganglios linfáticos no están alterados, pero después de un tiempo transitorio, presentan focos circunscritos de una infección que indica el trayecto fistuloso, se distinguen dos fases:

- 1).- CON TENDENCIA A LA FUSION
- 2).- FORMACION DE CICATRICES Y RETRACCIONES

En esta forma el trismus es acentuado y el diagnóstico sólo se -- determina en casos avanzados.

En todos los casos de trismus, si no hay un origen dentario hay - que establecer una forma de actinomicosis.

La biopsia puede determinar el caso.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Se hace concordancia entre la sífilis, - tuberculosis, carcinomas, quistes, etc.

Esta infección puede perforar la cápsula de la glándula desde el exterior.

La actinomicosis, lasera la región que envuelve al maxilar inferior y a la articulación temporomandibular.

TUBERCULOSIS

La tuberculosis en glándulas salivales se adquiere de dos maneras:

A).- INFILTRATIVAS DESEMIANDAS

B).- CIRCUNSCRITA NODULAR

INFILTRATIVAS DESEMINADAS: Se les considera de origen hematógeno, con difusión leve, no hay fiebre, no hay dolor y rara vez tumefacción. - En los conductos secretorios no hay pus, se afecta sólo una glándula, la secreción salival es reactiva; la sialografía muestra un sistema de conductos normales.

En la forma caseosa, hay zonas irregulares y dilatación que también aparecen en la inflamación crónica. las acumulaciones muy grandes - del medio de contraste son muy características. La glándula parótida se afecta en setenta por ciento a proximadamente; la glándula submaxilar en un veinticinco por ciento y las sublinguales con las glándulas menores - en un cinco por ciento.

NODULAR CIRCUNSCRITA: Se le diagnostica como una neoplasia de las glándulas salivales, sin embargo al diagnosticar tuberculosis en éstas - glándulas no es sencillo por falta de síntomas de tuberculosis generalizada.

Las radiografías de torax, por lo general son normales y no exis--

ten adenopatias cervicales. La biopsia por punción y la sialografia son de gran ayuda si existen varios focos de licuefacción. La tuberculosis de las glándulas salivales, tiene un origen hematógeno o linfógeno. No se acepta actualmente que den infecciones ascendentes, porqué animales de experimentación, no pueden producir tuberculosis de las glándulas salivales, sin previa obstrucción del conducto excretor, ni siquiera con bacterias muy virulentas.

SIALOLITIASIS

Es la presencia de cálculos en el conducto salival o en una de las glándulas salivales, se cree que son causadas por una inflamación primaria del conducto, como son; por residuos de tejidos orgánicos en una saliva alterada.

EITOLOGIA: Se consideran dos fases:

- 1).- FORMACION CASUAL O GENESIS, QUE LLEGA HASTA LA CRISTALIZACION PRIMARIA.
- 2).- FASE DE CRECIMIENTO

De la fase primaria, se desarrollan las teorías:

MECANICAS, QUIMICAS, INFLAMATORIAS Y NEUROHUMORALES

CAUSAS MECANICAS: Fueron los primeros elementos; por que el trayecto del conducto es ascendente.

CAUSAS QUIMICAS: Se manifiestan dos teorías:

La organoquímica y la Cristalina.

LA ORGANOQUIMICA: Es la formación de la matriz orgánica, que va seguido de calcificación, como ocurre en las perlas, huesos, las conchas, etc.

TEORIA CRISTALINA: Se basa en que un líquido coropral hipersaturado de calcio y de fosfato, es la causa principal de formación de cálculos salivales.

Los trastornos enzimáticos; cuando aumenta la secreción se eleva automáticamente la cantidad de bicarbonato, es el más poderoso de los amortiguadores de la saliva.

CAUSAS INFLAMATORIAS: Las infecciones bacterianas, viricas, micóticas y la irritación causada por cuerpos extraños, se toman como sialolitogenesis.

CAUSAS NEUROHUMORALES: Comprende dos teorías:

TEORIA REFLEJA DE DECHAUME: Define que los efectos, por las inflamaciones sean: Bacterianas, micóticas, virales etc. Pueden provocar contracción del conducto salival, acelerando una estasis y facilitando una hipersaturación, con precipitación de sales salivales.

TEORIA DE INDUCCION DE RAUCH: Concluye que un agente, causa una reacción neurohumoral, en una pequeña zona circunscrita. El efecto neural en etapa aferente y predominantemente humoral en la eferente; la reacción local como: inflamación, enzimas protectoras, liberación de coloides protectores, regulación de PH, etc.

Algunos factores nutricionales el desajuste hormonal, alteraciones del equilibrio acidobásico, los trastornos enzimáticos y los inflamatorios locales, pueden actuar como agentes casuales. El desarrollo monomorfo sugiere que la formación del cálculo, es similar a la formación del esmalte, dentina y hueso. El núcleo del cálculo se recubre con capas alternantes de material orgánico e inorgánico. Por lo tanto la formación de cálculos, se realiza en dos fases.

PRIMERA FASE: Es una fase de inducción neurohumoral, en la cual existe un trastorno de la homeostasis, especialmente la del calcio, que da lugar a la precipitación de sales; éstas sales se unen a algunos mucopolisacáridos, como consecuencia del efecto polielectrolítico de estos; y así se forma en núcleos cristalizados del cálculo salival.

SEGUNDA FASE: Es un proceso puramente fisicoquímico, el cual envuelve el núcleo en capas de material orgánico e inorgánico de la saliva.

ANÁLISIS QUÍMICOS: Indican que se encuentran constituidos de fosfatos y carbonatos de calcio, principalmente con restos de hierro, cloruro de sodio y potasio, compuestos de magnesio, además de encontrar mucopolisacáridos y colesterol, se han encontrado ácido úrico y xantina.

CARACTERISTICAS GENERALES DE UN CALCULO SALIVAL

Los cálculos, se manifiestan cuando han alcanzado un tamaño que, les permita bloquear la vía del conducto, provocando cólicos salivales por falta de fluidez de la saliva.

Los cálculos son generalmente semiredondos y ovalados.

En el conducto de Wharton, tienen comunmente forma de hueso de dátil. La superficie es lisa o algo irregular.

Los cálculos de las glándulas parótidas, son pequeños, oblongos y a menudo puntiagudos, pero si existe una acumulación de cálculos se crean focetas en ellos. El tamaño de un cálculo, varía desde un pequeño grano de trigo al de un hueso de melocotón. Los cálculos son generalmente amarillentos, pero su color puede variar de blanco o tostado, su consistencia va desde blanda a la dureza de una piedra.

En general, los cálculos de los conductos salivales son duros, mientras que las arenillas salivales periféricas son blandas.

SINTOMAS: El síntoma más importante es el dolor por la inflamación o infección de la glándula. En las glándulas submaxilares, el conducto de Wharton, se afecta más, aunque en el conducto de Stenon son muy raros, puede haber obstrucción parcial de los conductos, por tapones mucosos o restos celulares.

La presión ejercida sobre los conductos o consecuencia de fenómenos patológicos en tejidos vecinos, da lugar a la disminución o suspensión del flujo salival.

Los síntomas de obstrucción de un conducto, se puede acompañar con la presencia de los alimentos, la predisposición y siempre es más pronunciado después de los alimentos.

La inflamación es rápida cuando hay obstrucción completa.

En casos de obstrucción parcial, los síntomas llegan a aparecer más lentamente. Después de un período variable, los síntomas son más progresivos, debido a cambios compensadores, por ejemplo; la atrofia por compresión de los tejidos secretores en la obstrucción crónica y es posible encontrar masas calcificadas en la misma glándula.

Los pacientes que refieren una inflamación rápida y espontánea, que se acompaña de un sabor "salado" en la boca.

Cuando el flujo salival, se suspende es factible que la glándula se infecte. Esto se observa por lo general en pacientes mayores de 40 años.

RADIOGRAFIAS: Estas establecen la presencia y situación del cálculo, se pueden usar sustancias opacas, como medio de contraste, para así determinar la situación y forma del cálculo.

DIAGNOSTICO: El diagnóstico se basa en: Historia clínica, es decir, tumefacción durante las comidas, palpación bidigital o bimanual, localización del cálculo, radiografías intrabucales, estimulación de la secreción salival con ácido cítrico o zumo de limón, con fines de diagnóstico.

TRATAMIENTO: El tratamiento de los cálculos salivales, es principalmente quirúrgico.

LITIASIS DE LAS GLANDULAS PAROTIDAS

Los cálculos que se desarrollan en algunas de las glándulas parótidas, están en un promedio de 6 a 10 por ciento, localizándose en el conducto de Stenon, son menores que los cálculos de las glándulas submaxilares; además son más laboriosos diagnosticar. Los cálculos de estas glándulas son: Oblongos y puntiagudos, que tempranamente dan síntomas de dolor en el momento de comer. Los cálculos intraparotídeos son por lo general múltiples, que con el tiempo lesionan el epitelio ductal conduciendo a la formación de microabscesos, que pueden multiplicarse y luego fistularse.

DIAGNOSTICO: Se basan en la historia clínica y los síntomas más frecuentes son: Dolor durante las comidas, causando tumefacción, dolor a la palpación bidigital, las radiografías son poco eficaces, pero con el medio de contraste, se obtienen buenos resultados.

LITIASIS DE LAS GLANDULAS SUBMAXILARES

En las glándulas submaxilares, tienen más frecuencia la formación de cálculos salivales, localizándose generalmente por fuera de la glándula.

Los cálculos salivales en algunas de las glándulas submaxilares son más grandes que los de las glándulas parótidas; éstos son asintomáticos en un principio, pero al cabo de un tiempo, empiezan las molestias y es necesaria la atención médica, y se debe a que la luz del conducto de Wharton, es más ancha y más distensible que la del conducto de Stenon.

DIAGNOSTICO: Los signos y síntomas clásicos son: Dolor y tumefacción súbita de la glándula submaxilar, al comer; se hace la exploración bidigital del conducto de Wharton.

El examen radiológico sin medio de contraste es positivo en el 80, por ciento de los pacientes. El conducto ductal está dilatado, con respecto al sialolito, sino que también casi todo el sistema ductal.

LITIASIS EN GLANDULAS SUBLINGUALES Y EN GLANDULAS SALIVALES MENORES

Las litiasis de las glándulas sublinguales y de las glándulas salivales menores, es muy rara. Se duda de un cálculo salival sublingual, si

una masa calcarea muy pequeña, esta cerca del conducto de Wharton, da lugar al desarrollo de un edema relativamente pronunciado.

Los cálculos sublinguales, en estado leve, son difíciles de diferenciar con los de la glándula submaxilar.

Se manifiesta de una manera crónica sin espasmos no obstante, son más propensos a infectarse y a la formación de abscesos y a su fistulización.

ALTERACIONES METABOLICAS

SIALADENITIS REUMATOIDE O SINDROME DE SJÖGREN

Se caracteriza por déficit de secreción de las glándulas salivales, lagrimales, sudorípedas, glándulas del estómago y tubo digestivo.

ETIOLOGIA: Se le considera desconocida, pero se toman en cuenta los antecedentes familiares, aunque también como una manifestación autoinmune y como una variante de la enfermedad Mikulicz.

SIGNOS Y SINTOMAS: la triada que caracteriza es de: Xerostomía, queratoconjuntivitis seca y artritis.

LA XEROSTOMIA: Se da en el 90 por ciento de los casos, las glándulas parótidas son las más afectadas, con dolor moderado la voz se torna bitonal, con tos seca, dificultad en la deglución, falta de apetito y aquilia histaminorresistente de todo el aparato digestivo. La lengua está enrojecida y despapilada en grado visible, la mucosa oral está atrofiada, sintiendo una sensación de quemazón. Los dientes presentan gran movilidad, por falta de humedad y lubricación. Es más frecuente en las mujeres menopáusicas.

El primer síntoma en aparecer es la queratoconjuntivitis seca; la afectación en la glándula lagrimal, se estima con una frecuencia de 12 a

frecuencia de 12 a 14 por ciento. además de la sequedad de los ojos, -- otro síntoma es la artritis reumatoide, es uno de los síntomas más frecuentes en el 50 a 60 por ciento.

En frecuente observar una poliartritis, que puede afectar a la articulación temporomandibular.

SIALOMETRIA: El grado de afectación de las glándulas salivales, se mide con la sialometría. Las glándulas parótidas son las primeras en dar signos de hiposialia.

DIAGNOSTICO: El diagnóstico en la enfermedad de Sjögren, se toman en cuenta los siguientes datos:

- 1).- Si en la historia clínica del paciente indican molestias reumatoides, junto con sequedad de boca, nariz y ojos.
- 2).- Si la serología apoya el diagnóstico; es decir saber la aceleración de la velocidad de sedimentación globular.
- 3).- Si el examen histológico descubre la imagen de sialadentis.

Para apoyar el diagnóstico se debe tomar en cuenta la edad y el -- sexo, entre el 80 y 85 por ciento, son mujeres, con una edad promedio de 50 años.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Debe excluirse otras formas de sialadenitis alérgica, sialadenitis consecutiva a la cirrosis hepática, trastornos -- pancreaticos.

TRATAMIENTO: Es relativo, aunque tiende a mejorar, con la administración de pilocarpina, que es una activador salival.

SIALADENITIS HORMONAL

Se caracteriza por su etiología, signos clínicos e histológicos y se manifiesta por tumefacción de las glándulas parótidas, con recidivas en un principio no inflamatorio, generalmente unilateral, blanda y dolorosa a la presión y se acompaña de síntomas de disregulación hormonal; afecta más a la mujer, con una edad promedio de 50 años.

HISTOLOGICAMENTE: Los acinos serosos están ligeramente aumentados de tamaño; los canaliculos centroacinares son apenas detectables, el epitelio del conducto salival varía según el estudio de la sialadenitis.

ANALISIS DE SALIVA: Funcionalmente se encuentra una hipoplasia muy pronunciada, pero la aquilia es rara.

La concentración de potasio está aumentada y el sodio se afecta rara vez.

Las Glándulas Salivales reaccionan de manera semejante a varias enfermedades, sean estas inflamatorias, metabólicas o neoplásicas que degeneran en tumefacción e hipofunción y alterando la claidad salival.

Las glándulas parótidas son las más sensibles y en ocasiones, las glándulas menores participan en estos casos patológicos.

SIGNOS CLINICOS: La alteración de alguna de las glándulas que se trastorna o tumefacta bilateramente, con curso crónico, ondulante, recidivante, habitualmente no doloroso y afebril; las mujeres se afectan más sobre todo aquellas que tienen alteraciones hormonales. Para su diagnóstico se efectúan los siguientes estudios.

- 1).- Historia de la enfermedad, aumento de tamaño crónico, ondulante e indoloro, multiglandular y simétrico. Las glándulas parótidas son las más afectadas.
- 2).- Características anatomopatológicas; los acinos estan aumentados de tamaño, el citoplasma es muy cromófilo y los granulos enzimáticos estan aumetando , como si existiera un trastorno excretorio de enzimas salivales.
- 3).- Analisis de Saliva; tomando la cantidad de saliva en reposo -- producida por la glándula enferma y de sus concentraciones en proteínas y electrolítios, suelen ser útiles para el diagnóstico. El estudio obtenido tras la estimulación slaival, indican

el grado de afectación de la glándula; a menudo hay una pronunciada hiposialia o asialia sin estimulación.

- 4).- Sialografía; descubre una configuración normal de los canalicu los salivales. Si la tumefacción de los acinos es tan pronuncia da que los conductos salivales terminales están comprimidos, la sialografía que se obtiene con una imagen de "árbol en flor".
- 5).- Insepección y palpación; son de poca utilidad para el diagnostico diferencial; en la sialadenosis las cuatro quintas partes de los enfermos, la tumefacción afecta la porción preauricular de la glándula parótida.
- 6).- Frotis saliva; poco densa, tiene más células epiteliales descamadas de lo normal; éstas células a menudo cargadas de bacte - rias. De tal manera que la saliva mucosa no presenta elementos celulares que las células epiteliales descamadas.
- 7).- Diagnóstico diferencial; consiste siempre en diferenciar la in - flamación crónica recidivante de la sialadenosis. La técnica - más fidedigna es el análisis de slaiva.
- 8).- Biopsia; es la que aporta la prueba decisiva.

SIALADENOSIS POR ACCION DE LAS HORMONA SEXUALES

Se presenta como una tumefacción blanda, difusa, indolora, ondulante, en las glándulas parótidas sobre todo en la zona preauricular.

Estos cambios hormonales suceden en el embarazo, menarquía menstrual, menopausia, se observan también tras ciertas intervenciones como: Ovariectomías, ginecomastías y en el hipogonadismo.

El análisis de saliva demuestra un aumento de la concentración de potasio.

La sialometría; muestra un sistema de conductos salivales finos en forma de cabellos. Si la inflamación es pronunciada los conductos salivales terminales desaparecen completamente, dando una imagen de un "árbol en flor".

SIALADENOSIS TIROIDEA

La vinculación que hay entre las glándulas parótidas y la glándula tiroides, se debe a la función que el yodo ejerce en la saliva.

Las glándulas salivales desarrollan una función en el metabolismo del yodo; se considere éste como un producto endógeno y como producto excretorio de las glándulas, porque el contenido en yodo de éstas glándulas, es casi igual a la de la glándula tiroides.

La concentración de yodo en la saliva en reposo es de diez a veinte veces mayor que el plasma. La concentración de yodo en la saliva depende de la cantidad de saliva secretada.

CARACTERISTICAS CLINICAS: El hipotiroidismo da lugar a menudo a la sialadenosis; si la función de la glándula tiroides se altera tras la administración de yodo, el flujo de la secreción salival disminuye y la viscosidad de la saliva aumenta.

SIALADENOSIS DIABETICA

La tumefacción diabética, es principalmente retromaxilar las personas comprendidas entre las edades de 50 a 60 años, son las más propensas en desarrollarlas.

La tumefacción en las parótidas es habitualmente bilateral porque los enfermos diabéticos tienen disminuidos sus defensas, frente a las infecciones, porque la secreción salival está disminuida.

LA SIALOGRAFIA: Esta puede mostrar un sistema de conductos salivales finos y delicados o una dilatación consecutiva del conducto salival principal.

EL ANALISIS DE SALIVA: Este demuestra un ligero aumento de sodio, sin que sea detectable ninguna infección secundaria por medios clínicos o sialográficos.

SIALADENOSIS PANCREATICA

Esto ocurre, cuando el parénquima excretor del páncreas está enfermo pero, el aparato insular está intacto; esta tumefacción puede ser bilateral, ondulante e indolora.

Los trastornos metabólicos del páncreas se asocian a los trastornos hepáticos, se tienen conocimientos de que un trastorno pancreático puede preceder a la cirrosis. La disminución de las glándulas salivales puede existir en: Enfermos del páncreas; la pancreatitis hereditaria crónica y especialmente la fibrosis quística.

SIALADENOSIS NEFROGENA

Aunque es rara, cuando se observa el nivel de la úrea sobrepasa ciertos límites, sobre todo en aquellos que padecen enfermedades prostáticas.

CLINICAMENTE: Se observa tumefacción en ambas parótidas, es indolora, blanda a la palpación, el orificio parotídeo no está enrojecido.

ANALISIS DE SALIVA: Los valores de potasio, están un poco aumentados y el sodio esta más de lo normal, los niveles de urea en la sangre y en la saliva están aumentados.

SIALADENOSIS NEUROGENA

Conocida también como síndrome de Frey ó Auriculotemporal, causado por parotiditis grave, heridas o paratidectomias; puede surgir de la --combiación de los siguientes síntomas: Hiperhidrosis en la región facial, auricular o temporal del lado afectado pues al tomar los alimentos y en el momento de la masticación, se transpiran gotas de sudor, enrojecimiento de la piel de la zona afectada y sensación de calor, así como --parestesia e incluso dolor hiperestésico; la traida consiste en: Hiper--hidrosis, hiperemia e hiperestesia; éste síndrome obedece, a un estado --irritativo de la región parotídea y auriculotemporal, este estímulo gustativo surge al masticar.

Los quistes de las glándulas salivales se clasifican de la siguiente forma:

QUISTES VERDADEROS

MUCOCELE O QUISTE POR RETENCION

SUPERFICIAL

RANULA

QUISTES VERDADEROS: Se les llama a aquellos que tienen de un centímetro o menos de diámetro. Se localizan en el interior del cuerpo de la glándula parótida o de la submaxilar.

Están delimitados por tejidos epitelial escamosa estratificado.

MUCOCELE: Es un quiste por retención, que brota en la glándulas -- mucosas.

ETIOLOGIA: Causada por obstrucción, inflamación del orificio glandular, dependiendo del traumatismo, infección o cuerpo extraño.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Suelen presentarse en la mucosa de los - labios, mejillas y a veces hasta en el paladar; son pequeñas masas semejantes a cuentas, con un tinte azuloso, que pueden confundirse con -- hemangiomas.

El mucocele se mueve libremente, se encuentra por debajo de la mucosa y cuando se rompe por el mismo traumatismo, se vuelve a formar.

EL MUCOCELE DEL LABIO INFERIOR: Se observa con mayor frecuencia en individuos de menos de 40 años; se afectan más los varones. El mucocele es profundo o superficial y de tamaño variable, puede medir desde unos milímetros a un centímetro de diámetro; las superficies, tienen color azuloso y son también transparentes y se rompen fácilmente.

El mucocele profundo puede durar meses o incluso años, es frecuente que se reproduzcan.

EL MUCOCELE DE LAS GLANDULAS SALIVALES MENORES: Estos se encuentran próximos a la punta de la lengua y se les denominan como quistes de Blandin-Nuhn; más del 70 por ciento, se dan en el labio inferior, la mu-

cosa y con menor frecuencia en el piso de la boca, raramente se afecta el labio superior.

Las secreciones mucosas y espesas del mucocelo después de ligeros traumatismos, tapan los orificios de los conductos, por lo cual se dilatán ocasionando inflamación de algunas de las glándulas.

HISTOLOGICAMENTE: El mucocelo consiste en un depósito de moco, que se localiza a menudo en el tejido conectivo y la submucosa y está rodeado por una pared formada por tejido de granulación.

TRATAMIENTO: por escisión completa, se hace cuidadosamente a través del epitelio delgado que lo recubre, generalmente está tenso, estirado sobre el quiste subyacente.

Una incisión alternada que preserve la mucosa de recubrimiento, para ayudar a tomar tejido durante la enucleación del mucocelo; a veces se facilita la disección.

Hay que tener cuidado de no romper el saco, porque la disección -- se hace más difícil y no se puede estar seguro que se halla eliminado -- en su totalidad, dada la delicadeza de la mucosa que lo cubre; las recidivas de esta patología son poco comunes.

RANULA

La rânula es un quiste causado por obstrucción de una glândula; principalmente en la glândula submaxilar.

Se presenta como una eminencia redonda y lisa de color azuloso que sobresale en el suelo de la boca, desplazando lateralmente a la lengua.

CLINICAMENTE: la rânula se inicia unilateralmente y se presenta como una tumefacción blanda, vesiculosa situada inmediatamente por debajo de la mucosa del piso de la boca, cuyo contenido azuloso se transparenta a través de la delgada mucosa; conforme va aumentando de volumen va rechazando a la lengua hacia arriba y se extiende hacia el otro lado de manera que el frenillo lingual forma una mucosa en su superficie; y si continua el crecimiento puede rechazarla a la región submentoniana; el contenido del quiste es, claro, inodoro y mucineo, comparable con la clara de un huevo ó el jarabe claro.

Las molestias que ocasiona ésta afección, son relativamente tolerantes ya que causa trastornos a la deglución y la emisión de las palabras, cuando adquiere un tamaño considerable.

La lesión no se considera dolorosa, pero si estorbosa.

La rânula, puede romperse cuando se le traumatiza, escapando un líquido mucoide, que se vuelve acumular en cuanto cicatriza.

HISTOLOGICAMENTE: La rânula consiste de una pared distendida y re-vestida de epitelio, rodeada por una cápsula fibrosa y delgada que presenta infiltración de leucocitos; el contenido de la rânula puede ser -- mucoso seroso.

TRATAMIENTO: Es por medios quirúrgicos; la técnica a emplear de - marzupializaicón, la cura es deifnitiva; si la cirugia no^es correcta; tiende haber una recidiva y hay que volver a intervenir.

CAPITULO VI

NEOPLASIAS EN GLANDULAS SALIVALES

TUMOR: (Lat. Tumor) Aumento de volumen de parte de un tejido o de un órgano, a un crecimiento anárquico, y desordenado de ciertas células del cuerpo.

Hay que distinguir, entre tumores benignos y malignos.

Los tumores de las Glándulas Salivales, son raros; pero constituyen del 1 al 4, por ciento, de las neoplasias de cabeza y cuello. Se diferencian tres tipos de tumores, en éstas glándulas.

- 1).- SIALADENOMA (sialoma) tumor del parénquima glandular salival.
- 2).- SINSIALADENOMA (sinsialoma) tumor que se origina en el interior de la cápsula de la glándula salival, a partir de vasos sanguíneos o linfáticos o de nervios.
- 3).- PARASIALADENOMA (parasialoma) Neoplasia del tejido circundante que puede simular, un tumor de la glándula salival.

Las clasificaciones de los tumores son diversas, en las glándulas salivales porque no se sabe con certeza cual es la causa que lo origina, ni el comportamiento de varias entidades.

TUMORES

Los tumores en las glándulas salivales se clasifican en el siguiente orden:

A).- SIALADENOMA

1).- ADENOMA MONOMORFO

- a).- Adenoma de células basales
- b).- Adenoma Oxifilo (Oncocitoma)
- c).- Cistadenoma
- d).- Linfadenoma Sebáceo y Adenoma Sebáceo.
- e).- Adenolinfoma (Cistadenolinfoma - papilar)

2).- ADENOMA PLEOMORFO (Tumor Mixto)

3).- SIALOCARCINOMA

- a) .- Carcinoma Mucoepidermoide
- b).- Adenocarcinoma
- a').- Carcinoma Adenoide Cístico - (Cilindroma)
- b').- Carcinoma de células Acinares.
- c').- Carcinoma adenopapilar productor de moco y trabecular.
- d').- Formas raras de Adenocarcinomas.

- e).- Carcinoma Anaplástico.
- c).- Carcinoma de Células Sebáceas.
- d).- Carcinoma de Células Escamosas.
- e).- Tumor Maligno Mixto (Carcinoma_ que se desarrolla sobre un adenoma pleomorfo).

B).- SINSIALADENOMA (Sinsialoma)

- 1).- Neurinoma y neurofibroma.
- 2).- Angioma Hemangioma
 Linfaangioma
- 3).- Lipoma
- 4).- Linfoma
- 5).- Sarcoma
- 6).- Tumores malignos diversos

C).- PARASIALADENOMA (parasialoma)

Tomando en cuenta la clasificación de los tumores de las glándulas salivales se mencionan los siguientes:

SIALADENOMA: Son tumores que están constituidos por células monomorfos que, comprenden aproximadamente del 8 a 10 por ciento, de todos los tumores de las glándulas salivales y siendo la glándula parótida la más afectada.

Este tumor se clasifica según su forma de crecimiento sea; sólido - acinar, tubular, quístico, papilar; así mismo la proporción de elementos linfoides que contiene, ó el tipo principal células sean éstas células - basales, oncocíticas, sebáceas.

ADENOMA DE CELULAS BASALES

Es un tumor bien encapsulado, está compuesto por masas sólidas tubulares o trabeculares de células monomorfas, que parecen células epiteliales basales, es decir que tienen núcleos ovales oscuros y citoplasma -- poco denso.

Este tumor se manifiesta entre los 60 años de edad o más, la mayoría se localiza en la glándula parótida, pero se puede manifestar en las glándulas salivales menores.

ADENOMA OXIFILO

Se le conoce también como oncocitoma, es una lesión benigna, de crecimiento, lento que constituye poco menos del uno por ciento, de los tumores de las glándulas parótidas.

La mayoría de los oncocitomas se les localiza en la glándula parótida y en la glándula tiroideas; pero también puede encontrarse en la submaxilar y en las glándulas menores.

En casos muy raros se llegan a malignizar.

MACROSCOPICAMENTE: El tumor es duro, bien delimitado y desplazable está bien encapsulado, es sólido al corte, de un rojo grisáceo y está dividido en lóbulos por finas láminas de tejido conectivo fibroso.

HISTOLOGICAMENTE: El adenoma oxífilo está compuesto de bandas de células epiteliales poligonales, sólidas o tubulares en una estroma escasamente vascularizada. Las células tienen un núcleo pequeño oscuro en la periferia; el citoplasma contiene granulaciones PAS-negativas, que representan un gran contenido de mitocondrias, ricas en enzimas.

Las mujeres están más predispuestas y la edad fluctúa entre los 66 a 70 años de edad.

CISTADENOMA PAPILAR LINFAMATOSO

Tumor benigno llamado también adenolinfoma o tumor de Warthin, que se origina en las glándulas salivales, principalmente en la parótida, aunque puede invadir a las glándulas salivales menores, como son las del labio superior e inferior, paladar, etc.

El origen de éste tumor, se tienen datos de dos teorías.

- 1).- En el periodo embrionario, los ganglios linfáticos paraglandulares, pueden encontrarse en la región cervical durante el desarrollo y dar lugar a, adenomas extralododendales.
- 2).- En el periodo fetal o después del nacimiento, pueden formarse linfadenomas.

Sin embargo éste tumor se hace presente después de la sexta década de la vida, indicando el desarrollo del tejido glandular, distinto dentro del tejido linfático; que puede transformarse en una neoplasia benigna; pero primitivamente ésta lesión no es una neoplasia, si no más bien una hiperplasia heterotópica, que posteriormente degenera en una neoplasia.

A este tumor se le dan las siguientes características:

- 1).- El componente epitelial está siempre rodeado de tejido reticular y linfático.
- 2).- Es el único tumor de las glándulas salivales que se manifiesta bilateralmente, con una incidencia del 3 al 30 por ciento, de los enfermos.
- 3).- La mayoría de los tumores de las glándulas salivales es más frecuente en el sexo masculino, con una proporción de 5 a 1, la edad es variable, que va desde los primeros tres años de vida hasta, los 90 años, tomando como promedio los 60 años de vida.

clínicamente: Se caracteriza por lento crecimiento, generalmente -- bilateral, se aloja en la región del ángulo de la rama ascendente de la mandíbula, o por debajo del lóbulo de la oreja.

HISTOLOGICAMENTE: Está formado por componentes de tejido epitelial y linfocitos. Las células epiteliales están dispuestas en dos hileras.

La hilera interna está formada por células alargadas con, citoplasma acidófilo y núcleos picnóticos.

La hilera externa; está formada por células cuboides o poligonales y descansa sobre la membrana basal.

DIAGNOSTICO: se sospecha por la historia clínica, que es de lento crecimiento de tumoración parotídea, que a la palpación está bien delimitada y es blanda y se hace más apreciable el diagnóstico si, las masas son bilaterales.

La biopsia por aspiración es positiva en las dos terceras partes -- de los enfermos. El uso de pertecneto de tecnecio en el examen de las glándulas salivales es de importancia para el diagnóstico.

TRATAMIENTO: Este debe ser quirúrgico.

ADENOMA PLEOMORFO O TUMOR MIXTO

Es el tumor más frecuente de las glándulas salivales; afectándose - más las glándulas parótidas, que los demás glándulas salivales, también se llega a desarrollar en las glándulas salivales menores del paladar, - labiales, etc.. El adenoma es un tumor básicamente benigno, es de lento crecimiento, bien delimitado.

Dos tipos de células determinan su estructura pleomórfica.

A).- Una hilera epitelial interna de células, que contienen todas - las células epiteliales, sean éstas cuboides, alargadas, escamosas, etc.

B).- Una capa externa delgada de células mioepiteliales, cuya his-
togenesis es epitelial.

El adenoma pleomorfo, queda demostrado por su caracter:

1).- Su malignización accional.

2).- El crecimiento infiltrativo que rebasa la cápsula sin invadir - órganos vecinos y a menudo difunde por los canales linfáticos - intraglandulares, con lo que parece que existen focos multi-
ples.

INCIDENCIA: Estos tumores se encuentran en la glándula parótida en - un porcentaje de; 70 por ciento, que se les localiza por fuera del ner--

vio facial, en el ángulo de la mandíbula, si se encuentra en la región laterofaríngea suele descubrirse por inspección oral.

Los adenomas pleomórficos de las glándulas submaxilares son raros, con un porcentaje del 8 por ciento, pero si llegan a malignizarse, son muy agresivos; cerca del 7 por ciento de éstos tumores se encuentran en el paladar duro y blando.

Se cree, que el paladar duro y blando se afectan con la misma frecuencia y los tumores palatinos se malignizan, más a menudo que los tumores de las glándulas menores.

El labio superior se afecta más que el labio inferior.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Los tumores mixtos son nódulos pequeños indoloros, de crecimiento lento e intermitente; por lo general estan encapsulados por tejido fibroso, son lisos redondos y móviles; presentan un tamaño de 2 a 5, centímetros de diametro, pero pueden alcanzar grandes dimensiones.

Sin embargo, a medida que se desarrollan se vuelven fijos y dan la impresión de endurecimiento, no tienen adherencia a la piel.

SEXO Y EDAD: El sexo femenino tiene más tendencia a ésta patología. El adenoma pleomorfo es posible encontrarlo desde la infancia hasta la vejez; pero entre la quinta década de la vida se desarrolla. Este tumor tiene la misma frecuencia en la población caucasiana de todas partes: Las glándulas submaxilares y especialmente las glándulas salivales menores se afectan más en los de raza negra.

MALIGNIZACION: Se tienen los siguientes datos:

- 1).- La aceleración brusca del crecimiento, que puede iniciarse al cabo de 10 a 30 años de duración.
- 2).- La irregularidad de la superficie del tumor y su adherencia a la piel.
- 3).- La aparición de alteraciones vasculares, a veces con necrosis.
- 4).- La sensación de tensión y presión se convierte en dolor.

En estos tumores, el dolor no es un signo propio pero puede presentarse como una sensación de presión en el oído, sin embargo, si el dolor aparece precozmente y hay parálisis facial es signo de malignización.

El adenoma pleomorfo que sufre una degeneración en las glándulas -- parótidas, ocasiona dolor en más de la mitad de los enfermos y en las -- glándulas submaxilares, causa dolor en las tres cuartas partes de los --

pacientes, donde éstos tienen peor pronóstico; por lo tanto sólo el 20 por ciento de éstos tumores mixtos malignos se localizan en esta glándula.

No se puede asegurar, si existe una fase inicial benigna en los tumores mixtos malignos, pero se asegura que son malignos desde el principio; apareciendo metastasis regional en el 20 por ciento y metastasis a distancia cerca del 30, por ciento.

ANATOMIA PATOLOGICA: Histológicamente éste tumor está formado por tejido glandular conectivo.

MACROSCOPICAMENTE: la descripción histológica está formado por tejido glandular conectivo principalmente, dispuestas en masas sólidas irregulares, se observan trabéculas ramificadas en un tejido mixoide y una gran variedad de estromas, mucoide, cartilaginoso, hialina y reticulares.

Los tumores mixtos son encapsulados, con regularidad presentan indicios de penetración hacia la cápsula, que está destruida y el tumor se confunde con tejido glandular normal adyacente, lo que posteriormente provocará recidivas.

TRATAMIENTO: Los tumores mixtos o adenomas pleomorfos, deben extirparse lo más pronto posible, porque existe la posibilidad de una transformación de malignización; la extirpación quirúrgica, debe ser amplia y adecuada, tratando de preservar los tejidos importantes. Los tumores mixtos

no responden a las radiaciones.

PRONOSTICO: Estos tumores, tienen una marcada tendencia hacia la -
recidiva, causada principalmente por la cirugía anterior, que se le con
sidera incompleta, o por ser de origen multicéntrico de la lesión.

SILAOCARCINOMAS

Los tumores malignos de las glándulas salivales mayores, en proporción a éstas tres glándulas es de: 40:10:1, por ciento la mayoría de -- los tumores de las glándulas sublinguales son malignos; mientras que -- los tumores de las glándulas submaxilares causan metastasis y tienen -- pronóstico nefasto, más a menudo que los carcinomas de parótida, aún -- cuando las intervenciones quirúrgicas se realizan con más facilidad en -- la glándula submaxilar.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Los tumores malignos de las glándulas -- salivales; se caracterizan por rápido crecimiento, su consistencia du -- ra, su mala delimitación, dolor precoz; la parálisis facial, la infil -- tración de tejidos circundantes, la aparición de imágenes vasculares -- en la piel suprayacente, la ulceración y la diseminación linfática y -- hematógica.

CARINOMAS MUCOEPIDERMÓIDE

Tomando en cuenta su malignidad es importante señalar a los carcinomas mucoepidermoide entre los muy malignos y los menos malignos, tomando en cuenta su crecimiento invasor.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: El carcinoma es habitualmente pequeño y blando con un diámetro de 2 a 5 cm. aproximadamente. El carcinoma mucoepidermoide muy maligno tiende a ser mayor y el dolor es precoz, antes de que la tumefacción sea visible, existe parálisis facial, en el 15 por ciento, de los enfermos aproximadamente. A la palpación el tumor es más duro debido a su crecimiento infiltrativo; existe a menudo necrosis localizada y con menor frecuencia, degeneración quística.

INCIDENCIA: El carcinoma mucoepidermoide, incide predominantemente sobre las glándulas salivales mayores, puede originarse en las glándulas mucosas de los aparatos; respiratorio, digestivo, en la mucosa de los genitales y el ano.

SEXO Y EDAD: la forma menos maligna, se presenta en las glándulas salivales menores; y la forma muy maligna incide de igual manera en ambos sexos, la edad desde los 5 años a los 80 años de edad, con una edad de 40 años.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS: En la forma menos maligna, se caracteriza por un epitelio escamoso, cubierto por una capa celular mucosa quística. Existen tres tipos de células que son: Células intermedias son

menores que las epidermoides y columnares, pues en los tumores malignos, estan dispuestas en estructuras en forma de glándula. El tumor mucoepi--dermoide muy maligno muestra claramente focos carcinomatosos en algunas zonas.

ORIGEN: Se origina en el epitelio ductal de las glándulas salivales mayores; en los casos raros como intraorales nacen probablemente a partir de los conductos excretores de la glándulas salivales mayores.

PRONOSTICO: Las recidivas locales son más frecuentes en los tumores malignos; cuando una recidiva, aparece generalmente durante el primer año consecutivo a la intervención quirúrgica, existen metastasis por lo general en la tercera parte de los enfermos, con tumores malignos, pero también se pueden presentar recidivas en las formas menos malignas, pero en un bajo porcentaje.

TRATAMIENTO: El tratamiento es quirúrgico, en algunos casos han respondido a las radiaciones, cuando la metastasis es temprana.

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO

Se le conoce también como cilíndroma, constituye aproximadamente del 2 al 4 por ciento, de los tumores de las glándulas salivales.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Este tumor tiene semejanza con los tumores mixtos, por su lento crecimiento, pero a la palpación está adherido; el dolor es precoz produciéndose parálisis facial espontánea, en la tercera parte de los enfermos con tumores parotídeos. El tumor mide 2 a 5 centímetros de diámetro por lo general; y presenta poco o ninguna cápsula de diámetro por lo general; y presenta poco o ninguna capsulación. Se produjeron recidivas locales en un 60 por ciento, con tumores parotídeos; en muchos casos las recidivas tardan en presentarse más de cinco años.

Los cilíndromas palatinos produjeron recidivas y metastasis; la supervivencia varía entre los cinco y diez años, en el 40 y 80 por ciento, respectivamente se han observado metastasis hematogena en los pulmones, es indispensable obtener una radiografía de pulmones; las metastasis linfáticas son menos frecuentes.

INCIDENCIA: Se localizan carcinomas quísticos en todos aquellos lugares donde existan glándulas mucosas, siendo frecuentes en las glándulas salivales menores, en los aparatos respiratorios y digestivos. El carcinoma adenoide quístico es el sialocarcinoma más frecuentes en glándulas sublinguales y palatinas.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS: El tumor está integrado por células pequeñas con poco citoplasma y núcleos que se tiñen de oscuro, apiñonándose de un espacio cilíndrico que contiene mucina y un material hialino o mucohialino y formando estructuras cilindromatosas o críbitiformes.

SEXO Y EDAD: La máxima incidencia del tumor se da entre los 40 y -- 60 años de edad pero, también puede afectar a niños. Es más frecuente en mujeres que en los hombres.

ORIGEN: Se origina a partir de células epiteliales de los conductos salivales de ubicación periférica.

TRATAMIENTO: Este siempre es quirúrgico.

CARCINOMA DE CELULAS ACINARES

Es un tumor de lento crecimiento, moderadamente maligno; su estructura se asemeja a la de los acinos glandulares.

CARACTERISTICAS CLINICAS: El curso clínico es relativamente benigno; se parece al del adenoma pleomorfo, porqué es pequeño, redondo y capsulado, raramente produce dolor o parálisis facial; a la palpación es -- duro y puede ser desplazable o estar finamente adherido.

MASCROSCOPICAMENTE: El tumor es amarillo grisáceo, pero sin componentes mixomatosos; porqué faltan las estructuras fibrilares; el tumor es blando y prominente; se observan focos necróticos a consecuencia de la mala irrigación sanguínea.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS: Los carcinomas acinares, estan bien encapsulados por una cápsula fibrosa diferenciada, o bien por una capa de condensación del tejido circundante. El tumor está constituido por láminas epiteliales sólidas, las células son poligonales parecidas, a las de los acinos serosos.

ORIGEN: El tumor nace de las células del epitelio ductal; los estudios ultraestructurales han descubierto dos tipos de células; un tipo parecido a los acinos normales y el otro parecido a las células de los canalículos intercalares.

SEXO Y EDAD: El 70 por ciento de los carcinomas acinares, se observa en mujeres. La edad de máxima incidencia es 50 años a 60 años, también se observa en niños.

INCIDENCIA: El tumor está limitado a la glándula parótida y constituye aproximadamente el 2 por ciento de todos los tumores de las glándulas salivales; se han producido recidivas locales en un treinta por ciento; la supervivencia es de cinco años, en el noventa por ciento y cerca del veinte por ciento, se producen metastasis, la mitad de ellas en los ganglios linfáticos regionales.

CARCINOMA ADENOPAPILAR PRODUCTOR DE MOCO Y

TABECUALR

El carcinoma trabecular corresponde al carcinoma simple de las nasofaringe. Se trata de tumores muy malignos que crecen y dan lugar a metastasis rapidamente y que conducen precozmente a la fatalidad.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Generalmente transcurre menos de un año, entre la aparición del tumor y su tratamiento, lo cual indica que la neoplasia produce dolor; es relativa la parálisis del nervio facial pero, - existen metastasis regionales ó a distancia en más del 50 por ciento de los enfermos.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS: El adenocarcinoma trabecular -- se caracteriza por sus células poliformes con grandes núcleos centrales_ hiper Cromáticos, que presentan numerosas mitosis.

El carcinoma adenopapilar productor de moco se caracteriza por la - alteración de zonas sólidas y quísticas, así como de estructuras adeno-- papilares. Existe a menudo una abundancia de moco; con frecuencia hay -- crecimiento infiltrativo.

TUMOR MIXTO MALIGNO

La causa de la degeneración maligna es desconocida, sin embargo, - los signos clínicos de malignización en el adenoma pleomorfo son: La ace - leración brusca del crecimiento que puede iniciarse entre los 10 a 30 - años de duración.

La irregularidad de la superficie del tumor y su adherencia a la - piel.

La aparición de alteraciones vasculares superficiales, a veces son - telangiectacias o necrosis.

La sensación de tensión y presión se convierte en dolor.

No se puede especificar si en su fase inicial es benigna en los tumores mixtos malignos, pero, se cree que son malignos desde un principio. Las recidivas de tumores mixtos malignos, las metastasis son más frecuentes en un 40 a 30, por ciento. En la glándula submaxilar el dolor es precoz en más de la mitad de los enfermos. El adenoma pleomorfo de la glándula parótida que sufre, una degeneración maligna ocasiona dolor en más de la mitad de los enfermos.

En las mujeres, el adenoma pleomorfo es más probable de malignizarse, sobre todo en quinta década de la vida.

Las recidivas locales son frecuentes; se producen metastasis en el 70 por ciento de los enfermos, principalmente en los pulmones, los ganglios linfáticos, cerebro y los huesos.

Existe gran variedad de imágenes histológicas formadas por tejido glandular y conectivo.

SINSIALADENOMA

Estos tumores se originan a partir del tejido intracapsular, tales como: Nervios, las vainas de los nervios, vasos sanguíneos, linfáticos y el tejido conectivo circundante.

La mayoría de los sinsialadenomas son benignos; histológicamente no están claramente definidos y son infiltrantes.

Este aparece en la glándula parótida, con rareza en la glándula submaxilar y excepcionalmente en la glándula sublingual.

NEURINOMA

El neurinoma aparece durante la infancia su crecimiento es lento; el enfermo no le presta atención durante mucho tiempo, la edad varía entre los 12 y 70 años; no existe predominio sexual. El tumor se origina a partir de una de las ramas principales del nervio facial, o puede estar completamente recubierto por el crecimiento tumoral, raramente producen parálisis facial, antes de que llegue a la cirugía.

En el transoperatorio debe realizarse un examen histológico del tumor extirpado, porque cerca del 3 por ciento, pueden existir malignización.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- La discreta sensibilidad a presión, en casos raros se pueden presentar sordera.

HISTOLOGICAMENTE.- Presenta un tejido conectivo hialinizado, cerca de la cápsula densa de tejido conectivo, característico del neurinoma facial.

ANGIOMA

Los tumores de los vasos sanguíneos y linfáticos, son la causa más frecuente de tumefacciones parotídeas en recién nacidos y niños de mayor edad.

Los angiomas son malformaciones de los vasos sanguíneos y linfáticos, a partir de los cuales se desarrollan posteriormente tumores.

HEMANGIOMA

Tumor benigno, congénito representa el uno por ciento de todos los tumores de las glándulas salivales; el 75 por ciento se origina en el momento del nacimiento y el 90 por ciento se aprecian en el primer año de vida y el 1.5 por ciento, a la edad de diez años. El 80 por ciento, se originan en la parótida, el 18 por ciento, en la glándula submaxilar y del uno al dos por ciento en las glándulas menores.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El hemangioma de la glándula parótida es casi siempre superficial. Se distinguen dos formas:

- 1).- Tipo capilar celular que es habitualmente pequeño y circunscrito.
- 2).- Tipo cavernoso que es quístico, blando y escasamente delimitado a la palpación.

El hemangioma parotídeo es más frecuente en niñas, en un 80 por ciento.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.- El crecimiento celular de los vasos sanguíneos aparecen como angiomas racimosos con zonas terminales telangiectásicas.

Se observan recidivas en el 30 por ciento de los pacientes posiblemente por la mala delimitación.

LINFANGIOMA

El linfangioma es una anomalía congénita y habitualmente se anastomosan con una red vascular dilatada.

Cuando no crecen, es prudente no tratarlos.

LIPOMA

Es un tumor del tejido conectivo, muy raro en las glándulas salivales. Se forma a todas edades, incluso en la infancia la mayoría de los tumores alcanzan el tamaño de una castaña, pero algunos alcanzan el tamaño de un puño.

LINFOMA

La infiltración leucémica puede afectar a los tejidos linfáticos - del interior de las glándulas salivales y lagrimales.

La propagación linfática a la glándula parótida se da con frecuencia en el carcinoma del conducto auditivo y en los melanomas.

SARCOMAS

El 0.3 por ciento, de los sialadenomas son sarcomas.

El fibrosarcoma crece rápido y voluminosamente y tiene una consistencia predominante, dura. La piel suprayacente es delgada y está tensa, presentando muchas telangiectasias pequeñas. Se producen metastasis temprana a los ganglios linfáticos regionales.

FIBROSARCOMA

Es una neoplasia maligna muy rara en las glándulas salivales, del tejido conectivo. Crece rápido y es muy voluminoso, de consistencia dura; las metastasis es precoz a los ganglios linfáticos regionales.

PARASIALADENOMA

Se encuentra en el exterior de la glándula; pero por su situación topográfica, puede simular clínicamente un sialadenoma.

Se ubican en dos regiones: En la región extrabucal y retromandibular por fuera de la glándula parótida.

En la región laterofaríngea.

Las formas más frecuentes son: quistes, tumefacción muscular y adenopatías parasialadenales.

CAPITULO VII

TERAPIAS MAS FRECUENTES

DIAGNOSTICO.- El diagnóstico en las Glándulas Salivales, en relación a un posible tumor; se toma en cuenta los siguientes datos:

Historia clínica

Palpación

Sialografía

Examen de Radioisotopo

La imagen histológica

Edad y Sexo

Grupo sanguíneo

Las sialografías tomadas de lado y de frente en una proyección semioblicua, son de utilidad para el diagnóstico preoperatorio; porque descubre configuraciones ductales.

En la sialografía en semioblicua se determina si la parte más importante del tumor, se encuentra por debajo del nervio facial, porque éste habitualmente se encuentra por encima del conducto parotídeo; si existe un tumor, se produce un desplazamiento hacia afuera.

El análisis de saliva, puede ser de ayuda; para los niveles del sodio y proteínas en la saliva que están elevados en procesos inflamatorios pero son normales en las neoplasias de las glándulas salivales.

LOCALIZACION.- Larson y Schmitd, manifiestan que alrededor del 88 -

por ciento, de los tumores de las glándulas salivales, afectan a las glándulas parótidas; el 5 por ciento, o más a las glándulas submaxilares y el otro 5 por ciento, a las glándulas menores y mucosas, siendo el paladar duro la zona más afectada. Estos autores, prefieren la resección temprana a causa del aumento que se produce, en la incidencia de las recidivas.

Según Buxton y Colaboradores; la presencia de una masa tumoral en la parótida es suficiente para extirparse.

Todos los tumores de parótida, benignos o malignos deben ser tratados mediante parotidectomía total.

Jemes y Salceby, sostienen que no importa el grado de benignidad, si estan o no encapsulados, o si estan ubicados superficialmente; tales lesiones son potencialmente peligrosas.

Aún cuando resulta difícil y hasta imposible, en ocasiones la interpretación histopatológica, benigna o maligna, el diagnóstico no debería causar mayor preocupación si el tumor se extirpa en forma radical.

Muchos tumores malignos se encuentran bien encapsulados y evidencian infiltración local o diseminación regional.

En general, si no es posible erradicar el tejido tumoral en su totalidad por medios quirúrgicos, puede recurrirse a las radiaciones mediante rayos X, radio o cobalto

Los tumores benignos son radorresistentes y por lo tanto hay que tratarlos mediante extirpación quirúrgica.

Muchos tumores malignos; responden a la reontgenoterapia, que en ocasiones es útil; rara vez curan en el tratamiento primario de tumores malignos, se trata de un método aceptable para los casos en que está contraindicada la cirugía.

PRONOSTICO.- El pronóstico de sobre vida, depende de la presencia y grado de malignidad, así como la amplitud con que pueda llevarse a cabo su resección.

No siempre es posible diferenciar entre lesiones benignas y malignas a no ser que exista parálisis facial, o que se hayan producido metastasis a distancias, es indispensable la temprana y completa extirpación del tumor.

La mayoría de los carcinomas se observan posteriormente tras la extirpación parcial o completa.

En algunos enfermos inoperables se llega al diagnóstico mediante biopsia por aspiración.

EDAD Y SEXO.- La edad varía según distintos tipos de tumor. Algunos sinsialadenomas, (p. ejem. hemangiomas) se produce más a menudo en una época precoz de la infancia, mientras que la mayoría de los tumores de las glándulas salivales aparecen entre las edades de 30 a 60 años. Por lo tanto se cree que los tumores benignos, se producen en un grupo de edades más jóvenes que los tumores malignos.

EL SEXO.- Este juega un papel importante y variable entre los distintos tumores de las glándulas salivales.

En conjunto no obstante, las mujeres se afectan más a menudo que los hombres.

GRUPO SANGUINEO.- La relación entre grupos sanguíneos y formación de tumores en las glándulas salivales es incierto.

Cameron; observó que el 80 por ciento de los pacientes con carcinomas de las glándulas salivales; y el 60 por ciento, de aquellos que padecían adenomas pleomorfos pertenecían al grupo sanguíneo, "A".

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

La naturaleza del hombre es tan sabia como compleja, que nos prevee de todos los medios necesarios, para poder vivir.

Es de suma importancia tener conocimientos anatómicos, de las glándulas salivales; para poder hacer un examen completo y adecuado, una historia clínica, radiografías, biopsia, etc.; son fundamentales para un diagnóstico adecuado y un tratamiento específico.

Y saber distinguir las enfermedades de éstas glándulas y poder remitirlas al especialista correspondiente.

Para el odontólogo tener conocimientos; anatómicos, fisiológicos, y patológicos es de importancia; porque así podrá diferenciar ciertas alteraciones de estas glándulas; sean locales, generales, psíquicas y neoplásicas.

CAPITULO IX
BIBLIOGRAFIA

- 1).- ATLAS A COLOR Y TEXTO DE ANATOMIA ORAL
B.K.V. BERKOVITZ, F.R. HOLLAND, B.J. MAXHAM.
YEAR BOOK MEDICAL PUBLISHERS, INC.
EDITORIAL EXCELSIOR CORP.
PAGS. 129, 138 - 142. AÑO 1980.

- 2).- ANATOMIA HUMANA
FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
EDITORIAL PORRUA, S.A.
AÑO 1982.

- 3).- TRATADO DE ANATOMIA HUMANA
TESTUT - LатарJET
SALVAT EDITORES
PAGS. 547 - 557 AÑO 1982.

- 4).- ANATOMIA PARA ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA
DR. JAMES HENDERSON SCOOT
DR. ANDREW DERART DIXON
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA
AÑO 1983.

- 5).- DICCIONARIO MEDICO ILUSTRADO
DE MELLONI.
DEX - MELLONI EISNER
EDITORIAL REVERTE, S.A.
AÑO 1983.

- 6).- HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA
BUCALES DE ORBAN
EDITORIAL LA PRENSA MEDICA MEXICANA
PAGS. 261 - 291. AÑO 1969'
- 7).- HISTOLOGIA BASICA
JUNQUEIRA CARNEIRO
PAGS. 282 - 285. AÑO 1973.
EDITORIAL SALVAT
- 8).- HISTOLOGIA
REBOLLEDO MARIA ANTONIETA
EDITORIAL INTERMEDICA
PAGS. 580 - 584. AÑO 1973.
- 9).- FISIOLOGIA HUMANA
DR. ARTUR GYTON C.
EDITORIAL INTERAMERICANA
PAG. 887. AÑO 1975.
- 10). PATOLOGIA BUCAL THOMA
THOMA.
SALVAT EDITORES
PAGS. 1059 - 1143. AÑO 1975.
- 11). TRATADO DE PATOLOGIA HUMANA
DR. EDUAWORD A. GALL.
DR. JOEL G. BRUNSON.
EDITORIAL INTERAMERICANA.
PAGS. 640 - 646. AÑO 1975.

- 6).- HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA
BUCALES DE ORBAN
EDITORIAL LA PRENSA MEDICA MEXICANA
PAGS. 261 - 291. AÑO 1969'
- 7).- HISTOLOGIA BASICA
JUNQUEIRA CARNEIRO
PAGS. 282 - 285. AÑO 1973.
EDITORIAL SALVAT
- 8).- HISTOLOGIA
REBOLLEDO MARIA ANTONIETA
EDITORIAL INTERMEDICA
PAGS. 580 - 584. AÑO 1973.
- 9).- FISIOLOGIA HUMANA
DR. ARTUR GYTON C.
EDITORIAL INTERAMERICANA
PAG. 887. AÑO 1975.
- 10). PATOLOGIA BUCAL THOMA
THOMA.
SALVAT EDITORES
PAGS. 1059 - 1143. AÑO 1975.
- 11). TRATADO DE PATOLOGIA HUMANA
DR. EDUAWORD A. GALL.
DR. JOEL G. BRUNSON.
EDITORIAL INTERAMERICANA.
PAGS. 640 - 646. AÑO 1975.

- 12).- CIRUGIA BUCAL
W. HARRY ARCHER.
EDITORIAL MUNDI
TOMOS: I y II
PAGS. 406 - 650.
- 13).- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
DR. GUSTAVO KRUGER.
EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA
PAGS. 588 - 613. AÑO 1980.
- 14).- CIRUGIA BUCAL
GUILLERMO A. RIES CENTENO
EDITORIAL EL ATENEO.
PAGS. 637 - 639. AÑO 1979.