

870722

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TUMORES
BENIGNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES MAYORES

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

CIELO ARACELI MATZUMILLA BERRANCAS

ASESOR: DR. MARIO ALBERTO GOMEZ DEL RIO

GUADALAJARA, JAL., 1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

" ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TUMORES --
BENIGNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES MAYORES. "

I N D I C E.

	PAGS.
	INTRODUCCION..... 1
CAPITULO I	GENERALIDADES: EMBRIOLOGIA, ANA TOMIA Y FISICLOGIA DE LAS GLAN- DULAS SALIVALES MAYORES..... 3
CAPITULO II	CLASIFICACION, ETIOLOGIA Y DIAG NOSTICO DE LAS TUMORACIONES - - BENIGNAS..... 20
CAPITULO III	T R A T A M I E N T O..... 48
	CONCLUSIONES..... 57
	BIBLIOGRAFIA..... 59

I N T R O D U C C I O N

INTRODUCCION.

Como todos los demás tejidos de la boca y maxilares las glándulas salivales pueden sufrir una alteración - - neoplásica. En el desarrollo de este estudio bibliográfico se describirán los diferentes tipos de tumores benignos que afectan las glándulas salivales mayores.

La vasta mayoría de neoplasias son epiteliales, - - originadas de células secretorias o de la estructura de los conductos. Como se puede esperar, el curso clínico de las enfermedades neoplásicas define y depende en gran parte del tipo celular y sin embargo, salvo pocas excepciones los síntomas clínicos son esencialmente similares.

Se ha demostrado de forma convincente que el 30% - - de todos los tumores de las glándulas salivales mayores ocurren en la glándula parótida, el 10% en la glándula - submaxilar y el resto en la glándula sublingual y accesorias. Se ha comprobado también que el 65% de todos - - los tumores de las glándulas salivales son benignos y el 35% restante son malignos.

La mujer es más propensa a sufrir lesiones neoplásicas que el hombre a excepción del cistadenoma linfomato-

so o papilar (tumor de Warthin) más elevada en el varón en una proporción de 7 a 1; si bien la edad promedio de los pacientes con un tumor varía de acuerdo con el tipo específico de células. Se admite por lo general, que - las décadas desde la 4ta. a la 7ma. de la vida son los - períodos de mayor susceptibilidad.

En la glándula salival parótida y submaxilar, la - lesión más frecuente es un tumor mixto benigno.

CAPITULO I

**" GENERALIDADES: EMBRIOLOGIA, ANATOMIA Y FISIOLOGIA
DE LAS GLANDULAS SALIVALES MAYORES. "**

CAPITULO I

" GENERALIDADES: EMBRIOLOGIA, ANATOMIA Y FISIOLOGIA -
DE LAS GLANDULAS SALIVALES MAYORES. "

Durante la vida fetal cada glándula salival se forma en una localización específica de la cavidad bucal, - por medio del crecimiento de una yema de epitelio bucal - hacia el tejido conjuntivo subyacente. Los esbozos de - la glándulas parótidas y submaxilares aparecen durante - la sexta semana, mientras que el de la glándula sublin- - gual se ve durante la séptima semana de la vida fetal.

La yema epitelial crece formando un sistema extensa- mente ramificado de cordones celulares que al principio - son sólidos, pero, las porciones más antiguas paulatina- mente desarrollan una luz y se transforman en conductos. Las porciones secretorias se desarrollan después del sis- tema de conductos, y provienen de las terminaciones de - los conductos más finos.

Estas glándulas comienzan como proliferaciones maci- zas de células de epitelio de la boca primitiva durante - la sexta y séptima semana.

4

La glándula parótida se desarrolla a partir de yemas que nacen del revestimiento ectodérmico del estomodeo o boca primitiva. Estas yemas se ramifican para formar cordones macizos con extremos redondeados. Después estos cordones se canalizan y los extremos redondeados experimentan diferenciación para convertirse en acinos. La cápsula y el tejido conectivo provienen del mesénquima adyacente.

Las glándulas submaxilares se desarrollan a partir del endodermo del suelo de la boca. Una prolongación celular maciza crece hacia atrás lateralmente a la lengua; después se arboriza y convierte por diferenciación como se describió para la glándula parótida.

Las glándulas sublinguales aparecen algo después que las otras glándulas y se desarrollan como yemas múltiples del endodermo en el surco paralíngual.

El sistema nervioso juega un papel importante en la regulación del crecimiento de las glándulas salivales. La privación de los estímulos nerviosos simpáticos en la submaxilar de la rata mediante la extirpación del ganglio cervical superior o la administración de dibenamina, agente bloqueador adrenergico, da como consecuencia disminución importante en el peso glandular.

Por otra parte, la amputación repetida de los dientes incisivos o la administración de isoproterenol, droga simpaticomimética, aumenta de modo importante el peso de la submaxilar en la rata. El efecto de la amputación del incisivo es llevado a cabo a través del sistema nervioso simpático, mientras que el isoproterenol -- puede actuar sobre la glándula misma.

El aumento del peso glandular es un aumento real -- en el material celular no acuoso, y se debe al aumento de tamaño (hipertrofia) de las células acinosas, si -- bien el sistema nervioso desempeña una función en el -- crecimiento de las glándulas salivales son los sitios -- de concentración de un factor que afecta el crecimiento y la diferenciación de los ganglios simpáticos.

- A N A T O M I A. -

Las glándulas parótidas submaxilares, y sublinguales se clasifican como glándulas salivales mayores. Se encuentran localizadas a corta distancia de la cavidad bucal, con la que comunica con conductos de longitud variable.

- Glándula parótida:

Es la más grande de las glándulas salivales, es una glándula par, bilobular, serosa, sobrepuesta al músculo-masetero. Se extiende hacia arriba hasta el conducto auditivo y hacia abajo hasta el borde inferior de la mandíbula, frecuentemente más allá del mismo. Por su parte posterior se pliega sobre si misma alrededor del borde posterior de la mandíbula, y por su parte anterior se extiende dentro de la bola adiposa de Bichat, en el cual se desprende su conducto excretor. Dentro de la sustancia adiposa, generalmente existe un pequeño lóbulo de la glándula que se fija al conducto. El lóbulo superficial y el lóbulo profundo están unidos por un istmo en el borde posterior de la glándula.

La glándula parótida esta encerrada en una cápsula bien definida. El conducto excretorio principal (de Stenon) se abre hacia la cavidad bucal, sobre la mucosa de la mejilla frente al segundo molar superior. Ordinariamente la abertura esta señalada por una papila pequeña.

La glándula parótida estubuloacínosa ramificada en el adulto es de tipo seroso puro, aunque se pueden encontrar acinos mucosos ocasionales, pero en el recién naci-

do se encuentran con mayor frecuencia los conductos intercalares son largos y ramificados y los estriados son notables. En la parótida los tabiques de tejido conjuntivo contienen frecuentemente células adiposas que aumentan con la edad.

La porción motriz del nervio facial emerge del agujero estilomastoideo y pasa por fuera y delante del istmo en donde se divide en 2 ramas principales.

Estas ramas pasan por encima y por debajo del istmo entre los lóbulos, ramificándose y volviéndose a reunirse a lo largo de su curso, por lo tanto, el nervio facial se encuentra colocado profundamente con relación -- al lóbulo superficial de la parótida y pasa entre los -- lóbulos y no por el parenquima glandular, basándose en esto es posible extirpar el lóbulo superficial sin seccionar el nervio.

- Glándula submaxilar:

La glándula submaxilar es en tamaño la segunda de las tres glándulas salivales principales. Esta glándula consta de una parte superficial más grande y una parte profunda más pequeña. Las dos partes son continuas alre

dedor del borde posterior del músculo milohioideo.

La glándula submaxilar es una glándula par, serosa que se encuentra en el espacio submaxilar, se extiende hacia abajo hasta el músculo digástrico, por su parte superior hasta el músculo milohioideo, anteriormente -- hasta la mitad del cuerpo de la mandíbula y por su parte posterior hasta el ángulo del maxilar inferior. Se encuentra limitada hacia afuera por el borde interno de la mandíbula, y hacia adentro por el músculo hígloso. En la parte inferior y externa esta cubierta por piel y músculo cutáneo del cuello.

A nivel del borde posterior del músculo milohioideo, la glándula submaxilar se dirige hacia arriba y hacia adelante, penetrando en el espacio submaxilar y emitiendo su conducto excretor o de Wharton; este tiene dirección antero superior, entra en el espacio sublingual y se abre dentro de la boca, por debajo de la porción anterior de la lengua, en una curvatura lateral -- al frenillo lingual, el conducto sigue un trayecto de afuera adentro y de abajo arriba, cruzando por debajo -- del nervio lingual a nivel del tercer molar y después -- por encima del nervio lingual a nivel del segundo molar.

Las fibras parasimpáticas secretoras que inervan -- a la glándula se derivan principalmente del ganglio submandibular.

La arteria maxilar externa pasa de atrás y adentro de la glándula hacia arriba y por encima de la misma -- emerge del espacio submaxilar hacia el lado externo y -- se continua en la cara a nivel del borde anterior del -- músculo masetero; por lo tanto no se encontrará en la incisión para extirpar la glándula, sino tendrá que identificarse por disección.

La glándula submaxilar secreta una saliva mucosa -- y serosa; predomina el elemento seroso. Esta glándula -- es importante en relación con la cantidad total de saliva cuando no se estimula, esta proporción decrece relativamente.

- Glándula sublingual:

La glándula sublingual es la más pequeña de las -- glándulas salivales mayores, es una glándula mucosa, que en realidad esta compuesta por un grupo de glándulas que constituye una masa alargada en el piso de la boca, lateral e inferior a la lengua.

El borde superior de esta glándula forma la cresta independiente denominada plica sublingual en el piso de la boca. Por debajo la glándula descansa sobre el músculo milohioideo, su superficie lateral entra en contacto con la mandíbula y medialmente se relaciona con el músculo geniogloso y el conducto submandibular.

La cápsula de tejido conectivo que rodea a la glándula sublingual no está bien definida. Esta glándula descansa más bien de manera independiente dentro del espacio submandibular general.

El conducto de excreción principal o de Bartholin de la glándula sublingual puede unirse con el conducto submandibular compartiendo un orificio común en la carúncula sublingual. Sin embargo, más frecuentemente el conducto sublingual se abre de manera independientemente también en la carúncula sublingual. Además del conducto principal de la glándula sublingual drenan a esta 5 a 30 pequeños conductos (conducto de rivines). Estos conductos se abren a lo largo de la plica sublingual -- en el borde superior de la glándula.

La inervación parasimpática de la glándula sublingual es igual a la de la glándula submandibular; se ori

gína del ganglio submandibular.

La secreción de la glándula sublingual es mucosa y serosa, siendo la secreción de tipo mucoso la principal. La glándula sublingual produce la fracción más pequeña de saliva en la glándula no estimulada.

- F I S I O L O G I A . -

La producción de la saliva es la función más extensamente estudiada de las glándulas salivales. Los estudios experimentales realizados durante los últimos 15 -- años indican que además de producir saliva, desarrollan un papel importante en el metabolismo del yodo, almacenan un factor que afecta el crecimiento y la diferenciación del sistema nervioso simpático, contiene una sustancia que afecta el metabolismo del calcio, y que están relacionados fundamentalmente con diversos órganos endocrinos.

Las observaciones de este tipo sugieren que las -- glándulas salivales no solamente afectan la cavidad bucal a través de la saliva, sino que tienen efectos distantes sobre todo el organismo.

La saliva consta de 2 tipos de secreción: 1) una fracción serosa que contiene ptialina (una amilasa alfa) que contribuye a la digestión de almidones, y 2) una fracción mucosa que se encarga de la lubricación. Las glándulas parótidas no secretan sino fracción serosa; las submaxilares secretan fracción serosa moco; -- las sublinguales fabrican sobre todo moco, el Ph de la saliva se encuentra entre 60 y 70, margen que permite acción óptima de la ptialina.

La secreción promedio de saliva " de reposo " en el hombre, aproximadamente el 59% parece derivarse de las glándulas submaxilares, el 26 por ciento de las parótidas, y el 5% de las sublinguales. Ya que la composición de la saliva varía notablemente de un individuo a otro y de una glándula a otra, y depende de la naturaleza e intensidad de los estímulos que provocan su secreción, la designación de los por cientos de sus diversos constituyentes no tienen valor, a menos que se describa también las condiciones exactas como se recoge la saliva. Basta decir que la saliva contiene del 0.3- al 0.7 por ciento de material sólido, que consiste de sales inorgánicas como bicarbonatos, cloruros y fosfato de calcio, sodio y potasio y de sustancias orgánicas como proteínas, mucinas, enzimas, sustancias del grupo-

sanguíneo, anticuerpos, factores de la coagulación sanguínea; lípidos, vitaminas, aminoácidos y urea además -- también se encuentran gases disueltos, principalmente -- dióxido de carbono y oxígeno.

La glándula submaxilar es una glándula compuesta -- típica que contiene acinos y conductos salivales. La secreción salival contiene 2 etapas: la primera incluye los acinos y la segunda los conductos salivales. Los -- acinos producen una secreción primaria que contiene -- ptialina, mucina, o ambas, en una solución de iones en -- concentraciones no muy diferentes de las del líquido -- extracelular típico. Sin embargo, a medida que la secreción primaria fluye a través de los conductos, se llevan a cabo dos procesos importantes de transporte activo que modifican metabólicamente la composición iónica de la saliva. Primero en la porción inicial de los conductos salivales, cerca de su unión con los acinos, se secreta activamente ion de bicarbonato. Este proceso es catalizado por anhidrasa carbónica en las células epiteliales, que -- convierten el dióxido de carbono y el agua en ácido carbónico, enseguida secretan el ion de bicarbonato en tanto que resorben iones de cloruro.

Segundo los iones de sodio son resorbidos activamente en todos los conductos salivales y los iones de pota-

sio se secretan en forma activa, pero en un ritmo menor en intercambio por el sodio. Por tanto, la concentración de este último en la saliva se reduce considerablemente en tanto que la del potasio aumenta la resorción excesiva de sodio, mayor que la secreción de potasio, - crea una negatividad de -70mu en los conductos salivales y ello hace que se resorban pasivamente mucho más iones de cloruro.

Durante la salivación máxima, las concentraciones iónicas de saliva cambian mucho, porque el ritmo de formación de secreción primaria por los acinos puede aumentar hasta 20 veces. Como resultado de este aumento, el flujo de esta secreción a través de los conductos aumenta tanto que el recondicionamiento de la secreción dentro de los conductos disminuye mucho. Así, cuando se eliminan grandes volúmenes, de saliva su concentración de cloruro aumenta hasta aproximadamente la mitad de los $2/3$ tercios de la plasmática, mientras que la concentración de potasio disminuye hasta ser solamente cuatro veces la del plasma.

La saliva contiene también células epiteliales descamadas y células conocidas como corpúsculos salivales, - los últimos se parecen a los leucocitos sanguíneos desde

los puntos de vista morfológico, físico y bioquímico.

Las células epiteliales son grandes y planas y tienen núcleo oval. El surco gingival parece ser el sitio principal de origen de ellos, y la saliva recogida directamente de los conductos de las glándulas salivales sanas prácticamente no lo contienen.

Los corpúsculos salivales obtenidos de saliva fresca contienen bacterias y, bajo ciertas condiciones *in vitro* presentan movimientos ameboides, quimiotactismo, fagocitosis y digestión intracelular. Los corpúsculos salivales pueden contribuir, tanto activa como positivamente, al estado del medio ambiente bucal. La contribución activa sería consecuencia de su capacidad fagocitaria y su actividad enzimática, y la pasiva sería efecto de los productos de desintegración de los componentes celulares, así como de las enzimas liberadas de las células en degeneración.

A este respecto, es interesante hacer notar que estudios recientes han demostrado que la mayor parte de la actividad metabólica aeróbica y anaeróbica de la saliva humana completa está asociada predominantemente con su contenido de protoplasma leucocítico bucal, y que la contribución de los microorganismos bucales es de --

menor importancia.

La función digestiva de la saliva tiene aspectos mecánicos y químicos. Desde el punto de vista mecánico, esta disuelve los componentes de la comida, facilitando de este modo la reactividad química y el estímulo de los órganos del gusto. La mucina ayuda a la lubricación del bolo alimenticio para la deglución. Desde el punto de vista químico la amilasa salival hidroliza los componentes amiláceos para dar monosacáridos, disacáridos y trisacáridos.

El papel de la amilasa salival en la degradación del almidón de los alimentos no es grande, puesto que permanecen en la cavidad bucal solamente por un corto período y la reactividad de la amilasa se destruye poco después de la entrada del bolo en el estómago. Lo más probable es que esta enzima actué como un agente limpiador, mediante la licuación de los alimentos amiláceos que se adhieren a los tejidos bucales.

Metabolismo del yodo: Las glándulas salivales juegan un papel importante en el metabolismo del yodo. En los seres humanos y en ciertos animales poseen un mecanismo potente para concentrar el yodo. La concentración de yodo en la saliva humana mixta es, por lo regular, --

veinte veces mayor que en el plasma sanguíneo. Los métodos autorradiográficos han demostrado que el mecanismo concentrador de yodo se localiza en las células de los conductos estriados. La acumulación de este en las glándulas salivales no se afecta por la hormona tirotrópica que produce hiperplasia y estimula el mecanismo -- concentrador de yodo en el tircoides. En relación con esto, es interesante notar que las glándulas salivales pueden controlar el nivel de tiroxina en la sangre.

Función de la saliva para higiene bucal. En condiciones basales, se secreta constantemente de 0.5 a 1 -- ml. por minuto de saliva, casi totalmente de tipo mucoso, esta secreción desempeña un papel extraordinariamente importante para conservar sanos los tejidos de la -- boca, la boca esta llena de bacterias patógenas, que -- pueden destruir fácilmente los tejidos y también originar caries dental.

La saliva ayuda a evitar el daño en diversas formas, primero, el flujo salival ayuda a limpiar y alejar mecánicamente las bacterias patógenas. Segundo, la -- saliva también contiene varios factores que en realidad destruyen bacterias. Uno de ellos son los iones de tiocinato y otros son varias enzimas proteolíticas que: a)

atacan las bacterias, b) ayudan a los iones de tiocinato a penetrar en la bacteria en donde a su vez se forman en bactericidas, y c) digieren partículas alimenticias, ayudando así a eliminar el substrato metabólico para las bacterias. Tercero, la saliva suele contener cantidades importantes de anticuerpos proteínicos que pueden destruir las bacterias bucales, incluyendo las que causan caries dentales.

En consecuencia cuando no hay salivación los tejidos de la cavidad bucal se ulceran y se infectan, aumentando en exceso las caries dentales.

Regulación nerviosa de la secreción salival. Las glándulas salivales están controladas por señales nerviosas parasimpáticas de los núcleos salivadores. Estos núcleos se encuentran aproximadamente en el límite del bulbo y protuberancia, y son activados por estímulos sápidos o táctiles en lengua u otra zona de la boca.

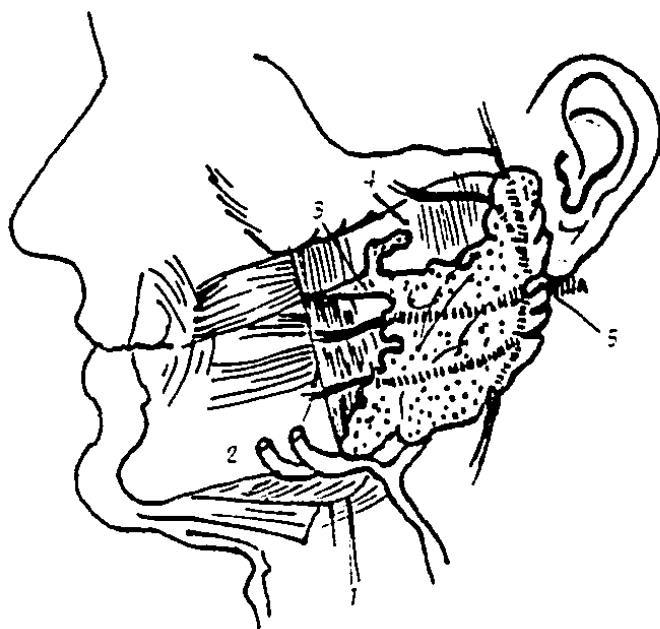
La mayor parte de estímulos gustativos, especialmente el sabor ácido, desencadenan una copiosa secreción de saliva, frecuentemente hasta de 5 a 10 ml. por minuto, o sea 8 a 20 veces el ritmo basal de secreción. Ciertos -

estímulos táctiles como la presencia en la boca de objetos lisos (por ejemplo una esferita de vidrio) provocan salivación copiosa, mientras que objetos ásperos producen menos saliva, o incluso inhiben su secreción.

Pueden aumentar o disminuir la cantidad de saliva - impulsos que lleguen a los núcleos salivales desde centros superiores. Así vemos que el hombre secreta más saliva usando hule o come un platillo apetitoso que cuando el alimento no le gusta.

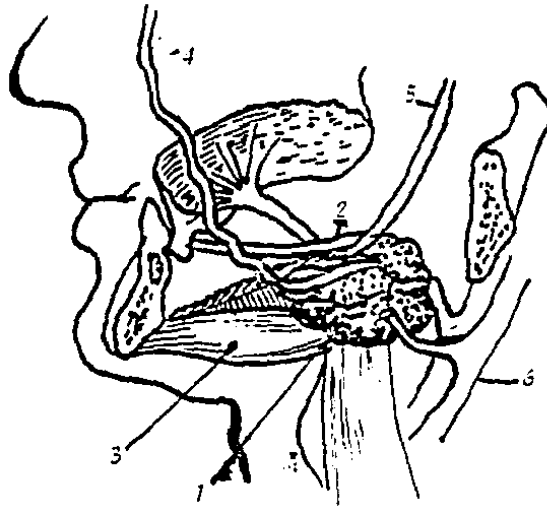
Finalmente, hay saliva por efecto de reflejos que nacen en estómago e intestino delgado, en particular cuando se han deglutido alimentos muy irritantes o cuando hay náusea por cualquier causa. Es posible que al deglutir la saliva así producida se reduzca la irritación por dilución o neutralización del irritante.

RELACIONES ANATOMICAS DE LA GLANDULA PAROTIDA
Y SUS CONDUCTOS.

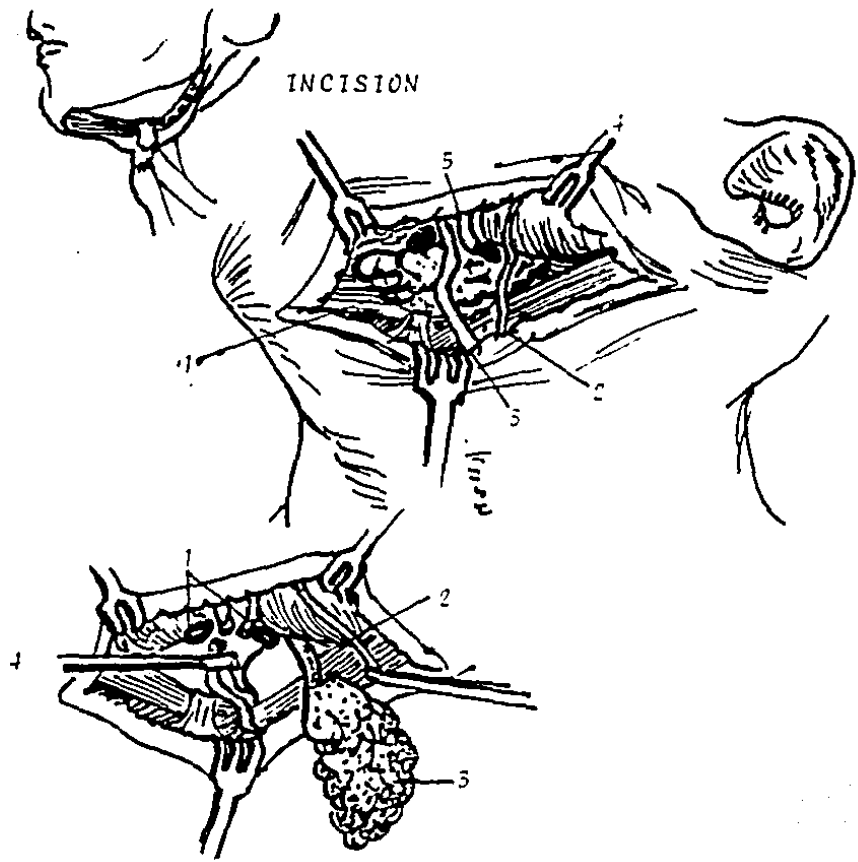


- 1.- M. digástrico
- 2.- Arterias y venas faciales
- 3.- Conducto de Stenon
- 4.- Músculo masetere
- 5.- Nervio facial y sus ramas que emergen detrás de la parótida.

RELACIONES ANATÓMICAS DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR
Y SU CONDUCTO.



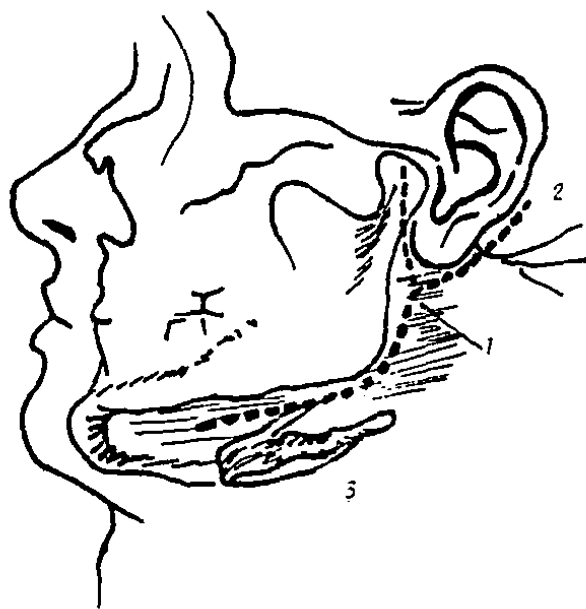
- 1.- Glándula submaxilar
- 2.- Conducto de Wharton
- 3.- Vientre anterior del m. digástrico
- 4.- Arteria maxilar externa
- 5.- Nervio lingual
- 6.- Vena facial anterior



- 2- 1.- Glándula submaxilar
 2.- Rama cervical del facial
 3.- Vena facial anterior
 4.- Músculo masetero
 5.- Arteria maxilar externa

- 3- 1.- Ganglios prevascular y retrovascular
 2.- Conductos de Wharton
 3.- Glándulas submaxilar
 4.- Milohioideo retracto anteriormente

PUNTOS DE REFERENCIAS Y LINEA DE INCISION PARA LA
EXTIRPACION DE LA GLANDULA PARÓTIDA.



- 1.- Incisión
- 2.- Apofisis mastoïdes
- 3.- Hueso híoïdes.

CAPITULO II

" CLASIFICACION , ETIOLOGIA Y DIAGNOSTICO DE LAS -
TUMORACIONES BENIGNAS. "

CAPITULO II

" CLASIFICACION, ETIOLOGIA Y DIAGNOSTICO DE LAS TUMORA-
CIONES BENIGNAS. "

Los tumores que se originan en las glándulas salivales han sido objeto de numerosas clasificaciones. El número y la variedad de esas clasificaciones corroboran el hecho de que se trata de afecciones interesantes, pero - al mismo tiempo, el poco conocimiento que se tiene de ellos.

Los diversos tipos de tumores de glándulas salivales se distinguen mejor por sus patrones histológicos, - la formación clínica de las diversas lesiones puede basarse, como en casi todos los tumores, en el tipo de tumor así como en el tratamiento utilizado.

Los tumores benignos y malignos de las glándulas salivales pueden ser clasificados en 2 grupos distintos de acuerdo a sus características clínicas: tumores epiteliales y tumores mesenquimatosos.

TIPOS DE TUMOR:	FRECUENCIA APROX.
<i>Tumores epiteliales benignos:</i>	
<i>Benignos</i>	
<i>Adenoma</i>	<i>Menos del 0.5 %</i>
<i>Oncocítoma</i>	<i>Menos del 0.5 %</i>
<i>Tumor de Warthin (cistadenoma - linfomatoso papilar).</i>	<i>4 % al 5 %</i>
<i>Tumor mixto (adenoma pleomorfo)</i>	<i>75 %</i>

TIPOS DE TUMOR:	FRECUENCIA APROX.
<i>Malignos:</i>	
<i>Tumor mucocépidermoide</i>	<i>4 % al 5 %</i>
<i>Carcinoma de células acinosas</i>	<i>Menos del 0.5 %</i>
<i>Carcinoma adenoquístico (cilín- droma, tumor mixto basaloide).</i>	<i>4 %</i>
<i>Todo tipo de adenocarcinoma y - tumores mixtos malignos.</i>	<i>8.5 %</i>

TIPOS DE TUMOR:	FRECUENCIA APROX.
<i>Tumores mesenquimatosos benignos:</i>	
<i>Hemangioma juvenil</i>	<i>Menos del 1 %</i>
<i>Linfangioma, Schwannoma y Xantoma</i>	<i>Menos del 1 %</i>
<i>Malignos:</i>	<i>Ninguno.</i>

Los tumores de las glándulas salivales también se clasifican en Benígnos y Malígnos.

Los tumores benígnos habitualmente son de larga duración (años) y se presentan como nódulos aislados que no están fijos en la piel o mucosa suprayacente, sin embargo, las lesiones recurrentes pueden ser multinodulares.

Los tumores benígnos crecen lentamente y suelen ser asintomáticos, a diferencia de las lesiones inflamatorias, no varían de tamaño.

Los tumores malignos por lo común son de menor duración que los benígnos (semanas hasta meses) crecen con rapidez o su antecedente es el de un crecimiento lento con un período repentino de rápida actividad. Están fijos en los tejidos circundantes. La piel o mucosa suprayacente pueden estar ulcerados o inflamados. Los pacientes con cáncer de la glándulas salivales principales muestran una gran predisposición siete veces mayor que la población general para desarrollar cáncer mamario.

 CARACTERISTICAS DE LOS TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

BENIGNOS:		MALIGNOS:
DURACION:	(años)	(meses)
Sexo (preferencia)	femenino	femenino
Parálisis facial	Rara	20 al 30 %
Dolor	Raro	Frecuente
Movilidad	Móvil	Fijo
Consistencia	Blanda/quística	Pétreo
Sialograma	Valioso en lesiones -- linfopiteliales benignas.	Valor limitado

Eneroth, presentó datos de 2 500 tumores de las - - glándulas salivales mayores, en donde se encontró que la glándula parótida es la más afectada y el tumor que con mayor frecuencia afecta a las glándulas salivales mayores es el adenoma pleomorfo.

 FRECUENCIA DE TUMORES EN GLANDULAS SALIVALES MAYORES.

TUMORES BENIGNOS:	PAROTIDA	SUBMAXILAR	(NUM)	%
Adenoma pleomorfo	1658	102	1760	75.6
Cistadenoma papilar - linfomatoso.	101	4	105	4.5
Adenoma de células -- oxifílicas.	21	1	22	0.9

TUMORES MALIGNOS:

Carcinoma en el adenoma pleomor <u>fo</u> fíco.	32	3	35	1.5
Carcinoma mucopidermoide	88	6	94	4.0
Carcinoma adenoide quístico	49	26	75	3.2
Carcinoma de células acinicas	66	1	67	2.9
Carcinoma adenopapilar produc- tor de moco.	52	-	52	2.2
Carcinoma sólido no diferencia <u>do</u> .	84	15	99	4.2
Carcinoma epidermoide	7	12	19	0.3
T O T A L	2158	170	2328	100.0

Abundan las clasificaciones de los tumores de las glándulas salivales, puesto que no existe un acuerdo - universal sobre cual es la célula originaria ni siquiera en cuanto al comportamiento de varias de las entidades. Por desgracia la imagen morfológica no es siempre indicativa del potencial maligno.

Deben diferenciarse 3 tipos de tumores en la región de las glándulas salivales:

- 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 y,
- 3) *Parasialadenoma (parasialoma)*, neoplasia del tejido circundante que puede simular un tumor de la glándula salival.

TUMORES EPITELIALES.-

Adenoma monomorfo:

Es un sialadenoma puro es decir es un tumor del parenquima glandular salival, constituido principalmente por células monomorfas, constituye aproximadamente del 3% al 10% de todos los tumores de las glándulas salivales y se produce principalmente en la glándula parótida. Se distingue del adenoma plcomorfo por una estructura celular regular y uniforme, la presencia de una membrana basal y una notable estructura lobular.

Este tumor se clasifica según su forma de crecimiento (sólido, acinar, tubular, quístico, papilar) la proporción de elementos linfoides que contiene, o el tipo -

principal de células (células basales, oncocíticas, sebáceas). Sin embargo, la distinción no es tan tajante -- en algunos casos.

Adenoma de células basales:

En 1967 Kleinsasser y Klein descubrieron por primera vez a dicho adenoma como una entidad distinta. En -- 1972 Batsakis se acredita haber publicado el 1er. caso -- en la literatura norteamericana y sugirió que la célula intercalada del conducto o de reserva es el origen histogénico del adenoma de células basales.

Aspectos clínicos: los adenomas de células basales -- tienden a presentarse principalmente en las glándulas -- salivales mayores, en particular la parótida, los tumores suelen ser insensibles y se caracterizan por su lento crecimiento. Existe una predilección masculina de -- 5:1 y la mayoría de los pacientes tienen más de 60 años de edad; sin embargo, el tumor puede presentarse en personas más jóvenes.

Aspectos histológicos: estos adenomas tienen una -- cápsula de tejido conectivo bastante bien definido. En apariencia las células son isomórficas y basaloideas, con núcleos redondos ovoides basófilos. El citoplasma es es-

caso y mal definido. Las células tumorales están ordenadas en nidos sólidos con células periféricas que con frecuencia muestran un ordenamiento en palizadas. En otros tumores las células pueden estar ordenadas en cintas y cordones. Solo se encuentra poco estroma entre los nidos de las células tumorales.

Adenoma oxífilico (oncocítoma):

Este raro tumor de la glándula salival es una pequeña lesión benigna que por lo regular se presenta en la parótida. Excepto por su tamaño, que no suele ser voluminoso, no se diferencia por sus características clínicas de otro tumores benignos de las glándulas salivales.

El nombre de "oncocítoma" se deriva de la semejanza de estas células tumorales con las aparentemente normales y se han llamado "oncoitos" presentes en muchos sitios como glándulas salivales, vías respiratorias, senos tiroides, pancreas, parotiroides, hipófisis, trompas de Falopio, hígado y estómago.

Aspectos clínicos: El adenoma oxífilico constituye menos del 1% de las neoplasias de la glándula parótida y es un poco más frecuente en mujeres que en el hombre -

y se presenta casi exclusivamente en los ancianos, solo en ocasiones este tumor aparece antes de los 60 años -- de edad, pero se presenta principalmente entre los 66 y 70 años de edad. Por lo regular el tumor mide de 3 a 5 cm. de diámetro y aparece como una masa discreta, encapsulada, la cual a veces es nodular y suele ser indoloro.

Aspectos histológicos: Este adenoma se caracteriza en forma microscópica por presentar células grandes que contienen un citoplasma eosinófilo y una membrana celular distinta, además tienden a ordenarse en filas angostas o cordones.

Algunas veces las células se presentan en láminas y pueden demostrar un patrón alveolar o lobulillar. Estas células poseen pocas mitosis, se compactan y muestran poco estroma de soporte, con frecuencia hay tejido linfóide, pero no parece ser parte integral de la lesión.

Cistadenoma papilar linfomatoso (tumor de Warthin):

Este tipo poco usual de tumor de la glándula salival, se presenta casi exclusivamente en la parótida, -- aunque se han encontrado casos ocasionales en la glándu

la submaxilar.

Aspectos clínicos: Constituye cerca del 4% de todos los tumores de las glándulas salivales mayores, este tumor benigno de crecimiento lento, puede aparecer en cualquier parte de la glándula parótida o cerca de ella, generalmente en la región del ángulo o de la rama ascendente de la mandíbula o bien por debajo del lóbulo de la oreja. Es firme, no duele a la palpación y puede estar lo suficientemente circunscrito para presentar -- peloteo, suele aparecer entre los 40 y 70 años, con su mayor frecuencia entre los 50 y 60, en el 90% de los ca sos los hombres son los afectados.

Generalmente el tumor es superficial y se encuentra justo por debajo de la cápsula parotídea o protuyendo a través de esta.

La lesión rara vez alcanza un tamaño mayor de 3 a 4 cm. de diámetro, clínicamente no se distingue de -- otras lesiones benignas de la glándula parótida.

Aspectos histológicos: Este tumor está formado -- de 2 componentes histológicos: los tejidos epitelial -- y linfóide. Como el nombre lo indica esta lesión es --

básicamente un adenoma con formación quística, con proyecciones papilares dentro de los espacios quísticos y una matriz linfóide que muestra centros germinales. Las células epiteliales que cubren las proyecciones papilares son columnares o cuboides que suelen estar ordenadas en 2 filas, aunque la capa interior puede tener varias células de grosor.

Tandler utilizando el microscopio electrónico demostró que estas células son eosinófilas, que contienen núcleos hiper cromáticos o picnóticos y grandes cantidades de mitocondrias. Con frecuencia se presenta un coágulo eosinófilo dentro de los espacios quísticos, el cual aparece como un líquido de color chocolate en todo el espécimen. El componente linfóide abundante puede representar el tejido linfóide normal del ganglio linfático dentro del cual el tumor se desarrolla, o puede, de hecho representar una infiltración celular reactiva que afecta tanto a los mecanismos humorales como a los mediados por la célula.

Adenoma pleomorfo (tumor mixto):

El tumor benigno mixto se ha enmascarado bajo una gran variedad de nombres a través de los años (por ejemplo, enclaroma, branquioma, endoteliooma, encondroma) -

pero el término de "adenoma pleomorfo" que fue sugerido por Willis, caracteriza con más exactitud el patrón histológico poco usual que presenta la lesión. Existe un acuerdo casi universal de que este tumor no es tumor "mixto" en el sentido verdadero de que fuese teratomatoso o que se derivase de más de un tejido primario.

Su complejidad morfológica es el resultado de la diferenciación de las células tumorales, y las áreas fibrosas, hialinizadas, mixoides, condroides, e incluso óseas son el resultado de la metaplasia o son, de hecho, producto de las células tumorales.

Es el más común de todos los tumores de las glándulas salivales, constituye más del 50% de todos los casos de tumores tanto de glándulas salivales mayores y menores y forma aproximadamente el 90% de todos los tumores de las glándulas salivales benignas.

Aspectos clínicos: De las glándulas salivales mayores, la parótida es el sitio más común donde se localiza el adenoma pleomorfo. Es un poco más frecuente en las mujeres que en el hombre, siendo la proporción aproximada de 6:4. Casi todas las lesiones se encuentran en pa-

cientes que están entre la 4ta. y 6ta. década de la vida pero también son relativamente comunes en adultos y jóvenes y se ha sabido que también aparece en niños.

La historia que presenta el paciente es por lo regular la presencia de un nódulo que no tiene movimiento, pequeño, insensible que empieza lentamente a aumentar de tamaño, mostrando algunas veces crecimiento intermitente. El adenoma pleomorfo, es particular de la parótida suele ser una lesión que no muestra fijación ni en los tejidos más profundos ni en la piel que lo cubre.

Habitualmente, es una lesión nodular irregular firme en consistencia, aunque en ocasiones, se puede palpar áreas superficiales de degeneración quística. Rara vez la piel se ulcera, aunque estos tumores pueden alcanzar un gran tamaño, habiéndose registrado lesiones con un peso de varios gramos. El dolor no es un síntoma común del adenoma pleomorfo, pero con frecuencia hay una molestia bucal. Es raro que se lesione el nervio facial manifestándose parálisis facial.

Aspectos histológicos: El adenoma pleomorfo se caracteriza por una gran variedad de imágenes histológicas formadas por tejido glandular y conectivo. El varia

do patrón histológico que presenta este neoplasma de hecho es uno de sus aspectos más característicos. Los casos aislados rara vez se asemejan unos a otros.

Algunas áreas presentan células cuboidales ordenadas en tubos o estructuras parecidas a conductos, las cuales guardan una semejanza notable con el epitelio del conducto normal. Estos espacios parecidos a los del conducto por lo común no contiene un coágulo eosinófilo.

A menudo hay proliferación del epitelio en bandas o láminas alrededor de estas estructuras tubulares. En otras áreas, las células tumorales toman una forma de estrella polidrica o en forma de hueso y pueden relativamente estar en pocas cantidades. Las células epiteliales escamosas son relativamente comunes y tienen puntos celulares y algunas veces perlas verdaderas de queratina.

Con frecuencia el material mixoide flojo, es un aspecto predominante de la lesión y son comunes los focos de tejido conectivo hialinizado, o de material parecido a cartilago e incluso hueso. Finalmente se puede almacenar en estas áreas un material mucoso, que se origina en las células tumorales. El tumor siempre esta encapsulado aunque suelen encontrarse células tumorales en la

cápsula del tejido conectivo. Cuando no hay patrón pleomorfo del estroma, y el tumor es altamente celular, es frecuente que se le denomine "adenoma celular". Cuando predomina la proliferación mucoepitelial, por lo general se hace el diagnóstico de mioepitelioma.

TUMORES MESENQUIMATOSOS. -

Hemangioma juvenil:

El hemangioma es un tumor benigno congénito que -- constituye aproximadamente el 1% de todos los tumores de las glándulas salivales.

Aproximadamente el 75% existen en el momento del nacimiento, y el 90% se aprecian en el primer año. Solo -- cerca del 1.5% aparecen después de la edad de 10 años, -- alrededor del 80% se originan en la glándula parótida, y el 15% en la glándula submaxilar y el 1% ó 2% en las glándulas salivales menores.

Características clínicas: El hemangioma de la glándula parótida es casi siempre superficial. Según Wagner se distinguen 2 formas: 1) tipo capilar celular que es --

habitualmente pequeño y circunscrito y 2) tipo cavernoso, que es quístico, blando y escasamente delimitado a la palpación. A pesar de su riqueza en vasos no se han establecido diferencias en cuanto a la pulsación, la fluctuación, o la temperatura. Ocasionalmente, el aumento de tamaño del tumor se debe a estasis venosa.

Las características clínicas más impresionantes del hemangioma parotídeo es su aparición en la primera infancia su predominio en las niñas (aproximadamente el 30%) - y la frecuente esclerosis espontánea de las cavernas, en las cuales se forman comunmente flebolitos, este es un coágulo organizado y después calcificado.

Altmann y colaboradores, afirmaron que los hemangiomas cutáneos y musculares de la glándula parotídea deben diferenciarse con respecto al diagnóstico y al tratamiento. El hemangioma muscular es significativamente raro, casi siempre cavernoso, más frecuente en los varones (alrededor del 3:1 en contraste con el tipo cutáneo) y desplaza más al músculo masetero que a la glándula parotídea.

Aspectos histológicos: Estos hamartomas de los vasos sanguíneos aparecen habitualmente como angiomas --

racimosos con zonas terminales telangiectásicas. Durante los primeros 5 a 4 meses estas masas sólidas de células endoteliales, que habitualmente no dejan espacios vacíos crecen rápidamente. Están a menudo mal diferenciadas -- con relación al tejido conectivo circundante.

Del 4to. al 6to. mes estos brotes vasculares se caracterizan y su crecimiento se hace más lento. Debido a la dilatación de las circunvoluciones arteriales y a la proliferación de los componentes venosos, algunas paredes intermedias desaparecen y se forman entonces cavernas (angioma cavernoso). Los tejidos glandulares y circundantes son desplazados por la malla proliferante de vasos y tejido conectivo reticular y colágeno.

Linfangioma:

Comparado con el Hemangioma el Linfangioma constituye del 4% al 3% de los angiomas. Constituye aproximadamente del 1% de todos los tumores benignos de las glándulas salivales mayores.

Sus combinaciones con el hemangioma son más frecuentes. Muchos casos de Linfangioma de las glándulas salí-

vales son probablemente formas quísticas de cistadenolín forma papilar, adenoma pleomorfo o quiste salival.

El Linfangioma es también una anomalía congénita y habitualmente se anastomosa con una red vascular dilatada.

Neurinoma:

El neurinoma (neurilemoma, Schwannoma), se presenta con mayor frecuencia en la glándula parótida y es muy raro que se presente en otras glándulas salivales, con mayor frecuencia aparece habitualmente durante la infancia, pero crece tan despacio que el paciente muchas veces no busca atención médica durante largos años. La edad en que se presenta varía entre los 12 y 70 años y no existe predominio sexual.

El tumor se origina comunmente a partir de una de las ramas principales del nervio facial. El nervio puede estar completamente recubierto por el crecimiento tumoral; pero raramente se produce parálisis facial antes de que se llegue a la intervención quirúrgica.

Características clínicas: Estas no permiten habitualmente el diagnóstico preoperatorio, presenta discreta sensibilidad a la presión, en raros casos se ha observado sordera. No se observan residivas incluso en el caso en que la extirpación del tumor hubiese sido incompleta.

Aspectos histológicos: La imagen histológica muestra a menudo tejido conectivo hialinizado, especialmente en la proximidad de la cápsula densa de tejido conectivo lo cual se dice que es típico del neurinoma facial y faríngeo.

Xantoma:

El Xantoma de las glándulas salivales son tumores raros, clínicamente y microscópicamente presentan una imagen semejante a los localizados en otros puntos de la cavidad bucal.

Es un crecimiento benigno constituido por histiocitos conteniendo lípidos, que puede presentarse dentro de la boca en individuos con diversos trastornos (Lípido-sis) caracterizado por concentración anormal de lípidos-

en tejidos, líquidos extracelulares o ambos.

Etiología:

Aun cuando se hayan estudiado factores generales -- (víricos, bioquímicos, genéticos, y otros) como causa -- primaria de todos los cánceres, la verdadera naturaleza de esta lesión aun se desconoce. sin embargo, se ha comprobado que varios factores predisponentes u desencadenantes desempeñan papeles importantes en el desarrollo de los cánceres bucales.

Los irritantes físicos, tales como dientes mellados, dentaduras mal ajustadas, bordes rotos de empastes, etc., indudablemente desempeñan un cierto papel, pero la parte exacta que les corresponde en el cuadro etiológico global esta indudablemente exagerado.

La irritación química tal como el consumo excesivo del tabaco, es uno, entre los pocos factores locales, -- que puede ser correlacionados de modo definitivo en el cáncer bucal. Fumar con pipa, fumar puros, masticar tabaco y tomar rapé se ha demostrado que son factores desencadenantes o excitantes en el cáncer bucal. Los - -

irritantes términos como los alimentos y líquidos calientes y el excesivo calor del cañón de una pipa o del humo del tabaco, deben ser considerados también como factores potencialmente favorecedores.

Los estados de mala nutrición, como los que acompañan a la cirrosis hepática o están asociados con ella, - el alcoholismo y el síndrome de Plummer-Vinson, se ha comprobado por estadísticas que desempeñan un papel importante en el cáncer bucal probablemente como factores predisponentes. Existe correlación entre la sífilis y el cáncer bucal (labio y lengua) pero, como en los estados de mala nutrición, la sífilis suele ser un factor predisponente, más que un factor primario e iniciador.

La luz solar (radiación actínica) puede desempeñar un papel en el cáncer de la boca, pero solo en el cáncer labial y en las personas de piel clara, cuya mínima pigmentación por la melanina constituye una protección inadecuada contra los rayos del sol. La correlación de la luz solar con el cáncer es más evidente en el carcinoma de células basales de la cara.

Diagnóstico:

Establecer un diagnóstico de las enfermedades de --

las glándulas salivales como con otras enfermedades requiere un examen sistemático de la condición.

Este examen incluye una historia clínica y realizar una exploración física, examen radiográfico y estudios de laboratorio. Cada una de las técnicas de diagnóstico, especialmente la radiografía y los estudios de laboratorio son especialmente adaptadas a las glándulas salivales.

El diagnóstico también depende del conocimiento de varias de las enfermedades de las glándulas salivales.

Historia clínica: La historia es una de las herramientas más importantes para establecer un diagnóstico de las enfermedades de las glándulas salivales.

La elaboración de la historia clínica es un proceso ordenado, con una secuencia establecida, mediante la cual, se obtiene la información de los antecedentes del paciente que permitirán al clínico saber más acerca de su paciente.

Con mucha frecuencia esta etapa de la práctica odontológica es descuidada. El clínico atento y cuidadoso detectará pistas importantes para el diagnóstico durante el interrogatorio del paciente.

La duración de una lesión es un factor importante - si la lesión es vieja y tiene una historia de remisiones y exacerbaciones es probablemente de naturaleza inflamatoria. Si es vieja y tiene historia de crecimiento lento y continuo generalmente es un tumor benigno o de escasa malignidad.

Una lesión nueva con aumento de volumen e indoloro, sin embargo, sugiere malignidad desde el principio.

Forma de iniciación: La forma de comienzo puede -- dar alguna clave, si el comienzo es gradual e indoloro, - pero continuo, sugiere tumor, si es repentino y doloroso el diagnóstico de inflamación es más adecuado aunque no puede descartarse el tumor de crecimiento rápido con infección agregada.

La rapidez del crecimiento es un punto diagnóstico importante que indica el grado de malignidad. Una lesión de crecimiento lento y continuo generalmente es un tumor benigno. Una lesión de crecimiento rápido puede ser una lesión inflamatoria o tumor maligno.

Debe recordarse que los tumores no son dolorosos -- hasta que invaden los tejidos vecinos o se infectan.

Localización. Aproximadamente el 80% de los tumores de las glándulas salivales se originan en la glándula parótida, solo el 10% en la glándula submaxilar y el 0.5% en la glándula sublingual.

Sexo y edad: El sexo juega un papel variable entre los distintos tumores de las glándulas salivales, - en conjunto, no obstante, las mujeres se afectan más a menudo que los hombres.

La edad varía también según los distintos tipos -- de tumor. Algunos síncialadenomas (por ejemplo hemangiomas) se produce más a menudo en la infancia, mientras que la mayoría de los tumores benignos de glándulas salivales aparecen entre la edad de 30 a 60 años.

En general los tumores benignos se producen en un grupo de edad más bien joven que los tumores malignos.

Consistencia de la lesión, las lesiones circunscritas tales como los tumores mixtos, ganglios inflamatorios, aumentados y Schwannomas se mueven y pueden desplazarse fácilmente. De este fenómeno se saca en conclusión que la lesión no ha invadido los tejidos veci-

nos y no esta rodeada de exudado inflamatorio difuso.

Exploración clínica: La exploración física de las glándulas salivales comprende una gran porción de la región cervicofacial, la exploración involucra una valoración del tamaño y consistencia de la glándula, la naturaleza del flujo salival y si es necesario, una exploración de los conductos salivales y sus orificios.

Al realizar una exploración debe consistir de una observación directa del paciente, se debe observar cualquier signo de asimetría facial, decoloración, pulsación visible o secreción de los senos nasales. Esta inspección especialmente cuando se valora la asimetría facial y la decoloración, debe de realizarse a una distancia de 1 a 1.5 m. de distancia del paciente.

La palpación de la glándula parótida es realizada utilizando la punta de los dedos presionando de manera delicada y firme en sentido circular. La totalidad ocupada por la glándula debe ser palpada.

La naturaleza del flujo parótideo puede examinarse mediante "ordenamiento" de la glándula. Se everta ligeramente la mejilla del paciente, el orificio del conduc-

to se seca con gasa y se exprime la saliva mediante presión firme, pero cuidadosa iniciando inmediatamente --- por delante del oído y dirigiéndose hacia adelante. Una glándula normal proporcionará saliva clara y acuosa; en estados de enfermedad puede contener material purulento restos de alimentos o moco filante.

La glándula submandibular se palpa mejor de manera bimanual. Se coloca la cabeza del paciente ligeramente hacia abajo (para flexionar el cuello y relajar los tejidos de esa zona), el dedo índice del paciente se coloca abajo de la lengua y el dedo índice de la mano derecha se coloca extrabucalmente en la región submental, - la glándula submaxilar puede palparse entre los dedos.

El flujo salival de la glándula submaxilar puede -- evaluarse, con la lengua del paciente elevada, la papila sublingual puede secarse con gasa. La saliva puede ordenarse desde la glándula mediante una tracción hacia -- arriba, firme y cuidadosa en sentido medial de la rama -- mandibular con uno o dos dedos iniciando en el ángulo de la mandíbula y extendiéndose hacia adelante.

La saliva que de esta manera se exprime, debe ser algo viscosa y clara.

La glándula sublingual puede palparse de manera ---
bimanual; un dedo se coloca ejerciendo presión hacia - -
arriba en la región submental y el otro dedo dentro de -
la boca.

El flujo de saliva de la glándula sublingual en ge-
neral se examina con el mismo procedimiento utilizando -
en la exploración del flujo submandibular.

Valoraciones radiográficas:

Las radiografías comunes son de poco valor, excepto
en presencia de un cálculo calcificado o de invasión - -
avanzada de las estructuras óseas vecinas.

Por esta razón la radiografía común puede ser emiti-
da a menos que el examinador tenga una razón para sospe-
char estas alteraciones.

La sialografía es la visualización radiográfica del
sistema de conductos de dos de las glándulas salivales -
pares (debido a su naturaleza multíductal la glándula --
sublingual no se presta muy bien para este medio de ex-
ploración).

En esta técnica se inyecta un medio de contraste -- en el sistema de conductos de glándulas antes de que una radiografía sea tomada, es un método muy valioso en el examen radiográfico.

La sialografía como se ha realizado de manera tradicional comprende la inyección manual de un medio no soluble en agua dentro de la glándula.

La sialografía no es sino un procedimiento en el -- repertorio diagnóstico de problemas de glándulas salivales. La determinación de una condición patológica requiere de valoración de todos los datos disponibles: la -- historia clínica, la exploración física, los hallazgos -- de laboratorio, los hallazgos dentales, la examinación de la saliva y otros estudios radiográficos.

Biopsia:

La biopsia es un procedimiento de diagnóstico bien establecido. Para condiciones benignas a menudo la biopsia no está indicada a lo menos que esta aumente el tratamiento o provee datos inobtenibles de otra forma.

Un diagnóstico definitivo no puede ser hecho sola--

mente basándose en la base de una biopsia. En algunos-
casos los datos obtenidos con otras técnicas deberían -
ser relacionadas con la biopsia.

CAPITULO III

" T R A T A M I E N T O . "

CAPITULO III

" TRATAMIENTO. "

TRATAMIENTO. -

Los tumores benignos de las glándulas salivales - no son radiosensitivos y la terapia de radiación no es ta indicada en el tratamiento, por consiguiente la le- sión debería ser tratada por una excisión quirúrgica.

La mayoría de los tumores benignos deberían ser -- enucleados si estos están encapsulados, y si el tumor- envuelve solamente un lóbulo de la glándula.

De otra forma la excisión quirúrgica de toda la - glándula esta indicada.

Extirpación de la glándula submaxilar:

La glándula submaxilar algunas veces debe ser ex- tirpada y la técnica a seguir es la siguiente: La in- cisión extrabucal sigue una dirección paralela al mús- culo digástrico. Para apreciar este curso, el ciruja no palpa la mastoides, la superficie externa del hueso

hioides y la apófisis geni. Una línea curva que une estos 3 puntos representa la dirección de los vientres -- posterior y anterior del músculo digástrico. Se hace -- una incisión de 5 centímetros a lo largo de esta línea, -- directamente por encima del polo inferior de la glándula -- y se corta el músculo cutáneo del cuello. La incisión -- debería ser realizada fácilmente sin causar ninguna consecuencia funcional o cosmética.

La primera estructura que se encuentra es la vena -- facial anterior, que se liga y secciona. A nivel de la -- aponeurosis profunda, la rama cervical del facial se encuentra en el punto en que comunica con los nervios -- superficiales del plexo cervical.

Esta rama en general puede separarse hacia atrás -- con una cinta para hernia. Por debajo de la aponeurosis se encuentra el nicho submaxilar.

La disección roma entre la polea del músculo digástrico y la glándula libera la porción anterior e inferior de la glándula. Se continúa la disección alrededor del polo posterior dejando las porciones internas y superior de la glándula todavía adheridas.

Las estructuras vitales que deben tenerse en cuenta en este punto son la arteria maxilar externa, el nervio lingual y el conducto submaxilar. La arteria maxilar -- externa se dobla hacia arriba y por encima de la cara superior de la glándula y emerge en el lado externo de la mandíbula, en el borde anterior del masetero. Esta arteria, generalmente puede ser localizada por la presencia de los ganglios linfáticos prevascular y retrovascular a ambos lados del vaso.

En la mayoría de los casos conviene identificarla y aplicarle doble ligadura por debajo de la glándula para separarla antes de continuar la disección, pues sus ramas glandulares suelen ser cortas y difíciles de ligar - y el vaso está generalmente en su parénquima.

La glándula puede entonces ser separada hacia atrás y desprendida de sus conexiones con el ganglio submaxilar. El nervio lingual puede ser ahora identificado, -- pero el ganglio rara vez se ve durante la intervención.

A medida que continúa la disección roma el conducto submaxilar puede verse pasar por la parte superior y anterior, por encima del techo del nicho submaxilar, que -- esta formado por el músculo milohioideo. Este músculo -

debe separarse hacia adelante y el conducto hacia atrás, y colocarse una ligadura por delante de la lesión del -- conducto, si es que hay. Se coloca una segunda ligadura por detrás de la primera, pero todavía anterior a la lesión del conducto, y se secciona éste entre ambas.

Este procedimiento evita el derrame en la herida -- de material infectado del resto del conducto o de la -- glándula. La glándula puede extirparse entonces se procede al cierre de la herida.

El espacio muerto que resulta de la remoción de la glándula debe ser cerrado o drenado. El cierre generalmente se efectúa aproximando la aponeurosis del músculo -- digástrico, del estilohioideo, del hígloso y del milo- -- hioideo con suturas resorbibles de catgut. Si esto no -- puede hacerse y permanece el espacio muerto o si existe -- alguna razón para pensar que la cavidad se ha contamina- -- do o infectado, debe insertarse en ella un dren de pen- -- rose. Debe utilizarse una segunda capa de suturas resor- -- bibles para cerrar la aponeurosis profunda y el músculo- -- cutáneo del cuello.

Se utiliza una tercera capa de suturas resorbibles- -- subcutáneas o subcuticulares para cerrar la piel, y los-

bordes de esta se aproximan cuidadosamente con puntos - separados con cera de 4 - o o más delgada.

La herida siempre debe cubrirse con un vendaje a presión. El drenaje si se pone, debe sobresalir de la herida en el punto más bajo, que suele ser la parte posterior de la herida. Este drenaje puede retirarse después de 24 a 48 horas si no ha habido supuración. Después de 4 días el vendaje a presión y la mitad de las suturas pueden quitarse. Deben colocarse vendoletas de tela adhesivas en la incisión o bien un apósito firme de colodión.

El resto de las suturas pueden quitarse al quinto o séptimo día, pero deben colocarse vendoletas de sostenimiento en la herida cuando menos durante 2 semanas.

Extirpación de la glándula parótida:

La extirpación de la glándula parótida no se considera dentro del campo del cirujano bucal, pero debido al adiestramiento especial o por circunstancias locales el cirujano bucal puede incluir esta operación en su repertorio. En todo caso debe tener conocimiento de sus problemas para poder tomar decisiones terapéuticas.

A causa del peligro de lesión permanente del nervio facial, esta operación generalmente no se efectúa sin -- indicaciones ineludibles. La presencia o sospecha de un tumor que resiste el tratamiento conservador, son la razón principal para llevar a cabo este procedimiento.

La incisión va de la inserción superior de la oreja hacia abajo, se dobla hacia adelante en el ángulo de la mandíbula y termina en el hueso hioides. Una segunda -- incisión puede hacerse por detrás de las orejas, y se -- une a la primera en su margen inferior. La oreja se -- separa del campo operatorio y el colgajo de piel se desprende en el lado del carrillo.

El facial puede ser localizado por uno de los métodos siguientes:

- 1.- Encontrándose la porción periférica al salir del borde anterior de la glándula para disecarlo hacia atrás
- 2.- O bien, disecarlo directamente hacia dentro en la -- parte posterior de la glándula indentificando el -- tronco principal entre su entrada a la glándula y el agujero estilomastoideo. Después de identificado el nervio se siguen sus troncos y el lóbulo superficial se libera de sus inserciones. Se liga el conducto -

y se corta. Algunas de las conexiones más pequeñas entre los troncos principales pueden ser lesionadas, lo que ocasiona un trastorno facial posoperatorio. Sin embargo, la conservación de las ramas principales del nervio aseguran la recuperación final de toda su función.

Después de liberado el lóbulo superficial de la glándula y de que se han identificado las ramas principales del facial, se puede intervenir el lóbulo profundo.

Este lóbulo se envuelve alrededor del borde posterior de la mandíbula; la disección en este espacio reducido se facilita con la retracción posterosuperior de la oreja.

Debe tenerse cuidado de proteger la arteria carótida externa y la vena facial posterior durante esta manobra.

Puede ser prudente ligar estos vasos, pues uno de ellos o ambos puede estar contenido en el parenquima glandular en parte de su trayecto y la hemorragia de la arteria maxilar interna, rama de la carótida externa puede ser muy difícil de detener.

La cápsula de la parótida es muy resistente a lo -- largo de su inserción posterior, especialmente en el lugar en que la glándula se encuentra con el músculo esternocleidomastoideo y el agujero auricular.

Debe tenerse cuidado al separar la oreja, de no cortar el conducto auditivo externo durante la separación de la glándula.

La mayor parte del espacio muerto puede cerrarse -- suturando cuidadosamente después de quitar la glándula - puede estar indicado el drenaje de la herida, especialmente si se extirpa una porción de la glándula y se espera que haya acumulación de saliva.

La herida debe ser irrigada con solución salina. -- Cuando todas las partículas de tejido son removidas se - ha obtenido una completa hemostasia. Las capas de tejido se regresan a su lugar, y la incisión es cerrada.

Extirpación de la glándula sublingual:

Este debe ser extirpado en forma intraoral.

Si el conducto submaxilar va a ser conservado, una

sonda debería ser colocada para ayudar en su identificación durante la disección. La insición es hecha en cada lado de la plica que contienen los conductos excretorio, después del aislamiento de la glándula esta es disecada libre y es extirpada con la mucosa adherida.

Algunas veces se presenta una glándula sublingual más grande con su conducto unido con el conducto de la glándula submaxilar. Esta glándula se encuentra en la parte anterior y se extiende profundamente hacia abajo dentro del tejido, por consiguiente, como una regla, el conducto de la glándula submaxilar no deberá ser extirpada a lo menos que este se encuentre involucrado en la lesión.

C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES.

Una de las misiones del odontólogo, es conocer y saber distinguir las diversas patologías que afectan -- a las glándulas salivales mayores; para así, poder hacer un buen diagnóstico utilizando la historia clínica, exploración física, examen radiográfico y estudios de laboratorio.

Con esto el odontólogo será capaz de diferenciar -- entre un proceso inflamatorio o una neoplasia que afecte a las glándulas salivales mayores.

Se debe de tener en cuenta que en la glándula parótida se presenta el mayor número de tumores benignos, -- el tumor mixto es el que se presenta con mayor frecuencia y las mujeres son las más afectadas en la mayoría -- de estas neoplasias.

En el tratamiento de los tumores benignos, la glán--dula salival afectada puede ser extirpada sin dificultad y sin alteración de la función del tracto alimentario. La extirpación quirúrgica de la glándula parótida es más difícil pues el nervio facial pasa a través de --

glándula y se debe de tener especial cuidado en no dañarlo.

Los tumores benignos deben ser extirpados sin ningún daño permanente de los nervios, el tratamiento debe ser realizado por el cirujano bucal.

B I B L I O G R A F I A .

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BASKAR, S.N.
Patología Bucal
 Sexta edición
 Buenos Aires, Argentina.
 Editorial "El Atenco" 1984
 P.P. 417, 439

- 2.- BEAHARS, OLIVER H., LEWIS B. WOOLNER., ROCHESTER MINN.
Surgical treatment of diseases of salivary glands.
Journal of Oral Surgery
 Chicago, Illinois
 Vol. 27 (#2)
 Febrero de 1969
 P.P. 123, 126

- 3.- COWAN, W.K., D.S., MUKHERJEE., GATESHEAD ENGLAND.
Hemangioma of the parotid gland.
Journal of Oral Surgery
 Chicago, Illinois
 Vol. 28 (#2)
 Febrero de 1970
 P.P. 129, 130

- 4.- GLOGOFF, MICHAEL R., LANNY GARVAR., MARVIN WEISS.
Simplified catheter technics in sialography
Journal of Oral Surgery
 Chicago, Illinois
 Vol. 28 (#6)
 Junio de 1970
 P.P. 422-423

- 5.- GOLDIN, ROBERT J., HENRY M., GOLDMAN.
Thoma Patología oral
Primera Edición
Barcelona, España
Salvat Editores., 1975
P.P. 1059, 1119
- 6.- GUYON, ARTHUR C.
Tratado de Fisiología médica
Sexta Edición
México, D.F.
Nueva Editorial Interamericana., 1984
P.P. 954, 965
- 7.- HALL, DAVID H., NASHVILLE, TENN.
Diagnosis of the diseases of the salivary glands.
Journal of Oral Surgery
Chicago, Illinois.
Vol. 27 (#6)
Enero de 1969
P.P. 15, 24
- 8.- IRBY B., WILLIAM
Current advances in oral surgery
The C.V. Mosby Company
Saint Louis., 1977
P.P. 276
- 9.- KRUGER, GUSTAV O.
Oral and maxillofacial surgery
Quinta Edición
Saint Louis.
The C.V. Mosby Company., 1979
P.P. 655, 664

- 10.- MOORE, KEITH L.
Embriología clínica
Segunda edición
México, D.F.
Nueva Editorial Interamericana., 1979
P.P. 174, 175
- 11.- RASPAL, GUILLERMO.
Tumores de cara, cabeza y cuello
Atlas clínico
Salvat Editores
Barcelona, España
P.P. 1, 5
- 12.- SICHER, HARRY
Histología y Embriología de Orban
Primera Edición
México 20, D.F.
La Prensa Médica Mexicana ., 1981
P.P. 261, 291
- 13.- SHAFER, W.G., S.M., LEVY
Tratado de Patología bucal
Cuarta edición
México, D.F.
Nueva Editorial Interamericana., 1987
P.P. 234, 253
- 14.- THOMA, KURT H.
Oral Surgery
Cuarta Edición
Saint Louis
The C.V. Mosby Company., 1963
P.P. 304, 305

- 15.- WAITE, DANIEL E.
Tratado de cirugía bucal práctica
Segunda edición
México 22, D.F.
Compañía Editorial Continental., 1984
P.P. 371, 402
- 16.- ZEGARELLI, EDWARD., AUSTIN, KUTSCHER., GEORGE A. HYMAN
Diagnóstico en Patología oral
Segunda edición
Barcelona, España
Salvat Editores., 1982
P.P. 306