

318322

23

24



Universidad Latinoamericana

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**"LESIONES BENIGNAS MAS COMUNES EN  
GLANDULAS SALIVALES"**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

**ALFREDO RAMON LOPEZ**

México, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1988



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## I N D I C E

	PÁGINA
I N T R O D U C C I O N . . . . .	6
I     1) ANATOMIA DE GLANDULAS SALIVALES . . . . .	8
II    2) FISILOGIA DE GLANDULAS SALIVALES . . . . .	15
III   3) QUISTES DE RETENCION . . . . .	22
a) MUCOCELE . . . . .	22
b) RANULA . . . . .	28
IV    4) TUMORES BENIGNOS . . . . .	30
a) ADENOMA PLEOMORFICO . . . . .	31
b) CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO . . . . .	37
c) ONCOCITOMA O ADENOMA ACIDOFILO . . . . .	40
V     5) OTRAS AFECCIONES . . . . .	43
a) ENFERMEDAD DE MIKULICZ . . . . .	44
b) SINDROME DE SJOGREN . . . . .	50
c) SIALOLITIASIS. (Cálculo del conducto - salival) . . . . .	56
d) PAROTIDITIS . . . . .	64
C O N C L U C I O N E S . . . . .	70
B I B L I O G R A F I A . . . . .	71

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

Es de interés para el desempeño óptimo de los que--  
haceros de la profesión del Odontólogo, el estar identifi  
cado con cuestiones relativas a las glándulas salivales,-  
siendo que estas presentan uno de los factores de influen  
cia directa en el surgimiento de diversas afecciones tan-  
to dentales como bucales.

Debido a que dentro de las principales lesiones que-  
afectan las diversas glándulas salivales están las deno--  
minadas "Lesiones Benignas", encontré que resultaría im--  
portante el realizar un estudio que me condujese a pro--  
fundizar en el conocimiento de las situaciones que se ---  
presentan en los casos de pacientes con este tipo de - --  
lesión y de las conveniencias e inconvenientes en su tra-  
tamiento o tolerancia, esto en vista de las funciones bag  
tericidas e higiénicas propias de la saliva, mismas que -  
han de sopesarse en relación con los perjuicios que la --  
alteración en su secreción pueda acarrear en cada caso --  
particular debido a las características individuales de -  
cada organismo.

Dentro de la realización de este trabajo, lo mas - - frecuente con respecto a las patologías de glándulas salivales son: los quistes de retención como el Mucocele y la Ránula, así como algunos otros que no siendo lesiones quísticas sino tumores benignos u otras afecciones aparecen en un alto índice alterando el funcionamiento de dichas glándulas.

Es por esa razón que dediqué atención especial a -- las citadas anomalías de la cavidad oral, lo que constituye la parte medular de esta labor de investigación, y a través de la cual he llegado a determinados puntos - - concluyentes que desarrollaré al final de la presente -- Tesis.

## GLANDULA PAROTIDA.

### Constitución Anatómica.

La parótida, como la submaxilar, es una glándula - - acinosa, cuyos acinos, de forma tubular más o menos abultada en su origen, se agrupan para formar lobulillos primitivos, los cuales, a su vez, se reúnen con otros para formar lóbulos secundarios, cuyo conjunto viene a constituir la glándula. Los lobulillos están separados entre sí por tejido conjuntivo, donde se encuentran elementos linfáticos y adiposos.

De cada acino, parten conductos intercalares llamados también conductos de Boll, muy estrechos, revestidos en su interior de una capa epitelial que descansa en una pared propia y que van a desembocar a los conductos intralobulillares, los cuales resultan de la confluencia de varios -- conductos de Boll. Los conductos intralobulillares, reunidos entre sí, van a formar conductos de mayor calibre, - - llamados conductos interlobulillares, que van a terminar-- al conducto excretor, el cual es el conducto de Stenon.

### Conducto de Stenon.

Se halla constituido por la confluencia de los conductos interlobulillares que se realiza en la cara antero interna de la parótida o en el espesor mismo de esta glándula. Se dirige hacia adelante, cruza la cara externa del masetero por debajo de la arteria transversa de la cara - alcanza la cara externa del buccinador al que atraviesa - oblicuamente hacia adelante y adentro para abrirse en la mucosa del vestíbulo de la boca al nivel del cuello del - segundo molar superior.

Está cubierto en su origen por la prolongación anterior de la parótida y en el resto de su trayecto por el - tejido celular y la piel. Su dirección se halla definida - por una línea que, partiendo del lóbulo de la oreja, va a la comisura de los labios.

El canal de Stenon está constituido por una gruesa - pared de tejido conjuntivo compacto y fibras elásticas, - revestido interiormente por un epitelio de células cilíndricas.

La parótida se halla irrigada por ramas directas -- derivadas de la carótida externa, ramas de la aurícula posterior y de la transversa de la cara; de sus redes capilares nacen venas que forman troncos afluentes de la yugular externa.

Los linfáticos que nacen de los acinos forman conductos colectores que caminan por el tejido conjuntivo intersticial y van a desembocar a los ganglios parotídeos, de donde parten troncos eferentes que terminan en los ganglios yugulares externos y en los cervicales profundos.

Los nervios de la parótida proceden del auriculotemporal, del plexo cervical por intermedio de la rama auricular y de ramas simpáticas que acompañan a las arterias parotídeas.



LESIONES BENIGNAS MAS COMUNES EN GLANDULAS SALIVALES.

## GLANDULA SUBMANDIBULAR.

### Constitución Anatómica.

La glándula submandibular es una glándula mixta, -- pues está constituido por acinos serosos como la parótida y acinos mucosos separados por tejido conjuntivo. Su secreción se vierte por conductos excretores que tienen la misma disposición que en la parótida.

Está irrigada por arterias procedentes de la facial y de la submentoniana, y en sus redes capilares nacen -- venas que desembocan igualmente en la facial y en la submentoniana.

Los linfáticos que nacen de los acinos caminan por los intersticios glandulares y desembocan en los ganglios submandibulares, de donde parten troncos eferentes que -- van a los ganglios cervicales profundos.

Los nervios parasimpáticos proceden del lingual, el cual se anastomosa con la cuerda del tímpano. También -- derivan del ganglio submandibular, situado entre la glándula y el lingual, el que recibe varias ramas y emite --

numerosos filetes que abordan a la glándula por su cara-supero-interna. Recibe asimismo ramas simpáticas que rodean a las arterias de la glándula.

#### 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 2 a 5 milímetros de diámetro - - siendo su punto más estrecho el orificio bucal.

En su parte mas anterior, el conducto corre por debajo de la mucosa del piso de la boca, adosado al del -- lado opuesto y desemboca a los lados del frenillo lingual.

## GLANDULA SUBLINGUAL.

### Constitución anatómica.

La glándula sublingual es una glándula mixta, compuestas de acinos serosos y acinos mucosos, cuyos productos de secreción son eliminados por conductos intraglandulares y extraglandulares. Los primeros están situados en el espesor de la glándula; los segundos, continuación de los primeros, son los conductos de Bartholin y de Walther.

El conducto de Bartholin o conducto de Rivinus nace de la parte posterior de la glándula, se dirige hacia adelante y adentro, al lado del conducto de Wharton, abriéndose por fuerza de él en el vértice de la carúncula sublingual. Es el más voluminoso de los múltiples conductos excretores de la sublingual.

A los lados de la glándula sublingual propiamente dicha se encuentran formaciones glandulares llamadas glándulas sublinguales accesorias, las cuales poseen sus conductos excretores propios (conductos de Walther), que

corren por el borde superior de la glándula y desembocan en la carúncula sublingual, aunque algunos de ellos pueden desembocar en el conducto de Wharton.

La glándula sublingual recibe arterias de la sublingual y de la submentoniana y en sus capilares nacen venas que van a la ranina.

Los linfáticos de la sublingual terminan en los ganglios submandibulares y su inervación parasimpática procede del lingual y de la cuerda del tímpano, así como del gran simpático, el cual penetra en la glándula acompañado a las arterias que la irrigan.

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

### SECRECION DE SALIVA.

Glándulas salivales: Características de la saliva.

Las principales glándulas salivales son las parótidas, submaxilares y sublinguales. Además, hay un gran número de glándulas bucales pequeñas. La producción diaria de saliva oscila entre litro y litro y medio.

La saliva consta de dos tipos de secreción:

- 1) Una fracción serosa que contiene ptialina (una amilasa alfa), que contribuye a la digestión de almidones.
- 2) Una fracción mucosa que se encarga de lubricación.

Las glándulas parótidas no secretan sino fracción serosa; las submaxilares secretan fracción serosa, moco; las sublinguales fabrican sobre todo moco; las bucales moco nada más.

El pH de la saliva se encuentra entre 6.0 y 7.0, margen que permite acción óptima de la ptialina.

#### Secreción de iones con la saliva.

La saliva contiene una cantidad particularmente elevada de potasio y, en ciertas condiciones, también de iones de bicarbonato. Por otra parte, las concentraciones de sodio y de cloruro son considerablemente menores en la saliva que en el plasma. Pueden comprenderse estas concentraciones especiales de iones en la saliva según la descripción siguiente del mecanismo de la secreción salival.

La secreción salival tiene lugar en dos etapas: la primera incluye los acinos, la segunda los conductos salivales. Los acinos secretan la llamada secreción primaria, que contiene las enzimas salivales en una solución de iones de composición no muy diferente de la composición del plasma. Sin embargo, cuando la secreción primaria fluye siguiendo los conductos, tienen lugar dos procesos principales de transporte activo que modifican netamente la composición iónica de la saliva. En primer lugar, los iones de sodio son resorbidos activamente y los iones de potasio son secretados hacia los conductos, en recambio por el -

sodio. Por lo tanto, la concentración sódica de la saliva disminuye, como la de cloruros, mientras que aumenta el -- potasio. En segundo lugar, se secretan iones de bicarbonato hacia los conductos; este proceso es catalizado por la anhidrasa carbónica que se encuentra en las células epiteliales de los conductos. Durante la secreción de iones de bicarbonato se absorben en forma pasiva todavía más iones de cloruro, absorbidos pasivamente de los conductos en cambio por iones de bicarbonato. El resultado neto de estos -- procesos de transporte activo es que, en condiciones de -- reposo, las concentraciones de sodio y de cloruro en la -- saliva sólo son aproximadamente de 15 meq/litro cada una, -- aproximadamente un séptimo a un décimo de sus concentraciones en plasma. Por otra parte, la concentración de iones -- de potasio es de unos treinta meq/litro, ó sea, unas siete veces mayor que su concentración en el plasma y la de iones de bicarbonato es de 50 a 90 meq/litro, ó sea, de dos a cuatro veces la concentración del plasma.

Durante la salivación máxima, las concentraciones iónicas de la 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 reacondicionamiento de la secreción dentro de los conductos disminuye mucho. Por lo tanto, cuando se eliminan grandes volúmenes de saliva, su concentración de cloruro aumenta hasta aproximadamente la mitad a los dos tercios de la plasmática, mientras que la concentración de potasio disminuye hasta ser solamente cuatro veces la de plasma.

En presencia de una secreción excesiva de aldosterona, la resorción de sodio y de cloruro y la secreción de potasio aumentan considerablemente, de manera que la concentración de cloruro sódico en la saliva entonces disminuye hasta ser casi nula, mientras que la del potasio aumenta más todavía.

Dada la elevada concentración de potasio en la saliva, en cualquier estado normal en el cual se pierda saliva al exterior del cuerpo por largo tiempo, la persona puede sufrir una grave pérdida de iones de potasio, que acabe produciendo hipopotasemia grave y parálisis.

Función de la saliva para higiene bucal.

Incluso en condiciones basales, se secretan constantemente hasta un 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 está llena de bacterias patógenas, que pueden destruir fácilmente los tejidos de la boca y también originar caries dental. La saliva ayuda a evitar los procesos destructores en diversas formas. En primer lugar, el flujo salival ayuda a limpiar y alejar mecánicamente -- las bacterias patógenas. En segundo lugar, la saliva también contiene varios factores que en realidad destruyen -- bacterias. Uno de ellos son los iones de tiocianato, otro es una enzima que ataca a las bacterias o que ayuda al -- ion de tiocianato para penetrar en las bacterias donde, a su vez, se vuelve bactericida-

Por lo tanto, en ausencia de salivación, los tejidos bucales se ulceran y se infectan en formas diversas y aumenta la caries de los dientes.

Control nervioso de la secreción salival.

Los núcleos salivales en su parte superior controlan las glándulas maxilar y sublingual y en las inferiores la-

parótida. Estos núcleos se encuentran aproximadamente en el límite del bulbo y protuberancia y son activados por estímulos rápidos o táctiles en lengua u otras zonas de la boca. La mayor parte de estímulos gustativos, especialmente el sabor ácido; desencadenan una copiosa secreción de saliva frecuentemente hasta de 5 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, 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 saliva mucho más cuando huele o come un platillo apetitoso, que cuando el alimento no le gusta. La zona del apetito que controla estas diferencias se encuentra en el cerebro, cerca de los centros parasimpáticos del hipotálamo anterior, y funciona -- sobre todo en respuesta a señales procedentes de las áreas corticales de gusto y olfato, o de la amígdala.

Finalmente hay salivación por efectos de reflejos que nacen en estómago e intestino alto, en particular cuando -

se han deglutido alimentos muy irritantes o cuando hay - -  
náuseas por cualquier causa.

Es posible que al deglutir la saliva así producida, -  
reduzca la irritación por dilución o neutralización del --  
irritante.

## M U C O C E L E .

### (QUISTE DE RETENCION DE LA MUCOSA)

El fenómeno de retención mucosa, que por lo general se acepta que tiene origen traumático, es una lesión que afecta a las glándulas salivales y sus conductos.

### ETIOLOGIA Y PATOGENESIS.

El fenómeno de retención mucosa es una lesión común, aunque solo se han manifestado unos pocos estudios que describen estos aspectos en forma detallada. Muchas autoridades creyeron que esta lesión resultaba de la obstrucción de un conducto de la glándula salival menor o accesoria, pero las investigaciones experimentales realizadas en ratones y en ratas, no pudieron producir el fenómeno de retención mucosa mediante la ligadura de los conductos de las glándulas submaxilares y sublinguales. En vez de esto, los estudios mostraron que si el conducto salival era cortado de tal manera que se presentara una acumulación continua de saliva en los tejidos, se desarrollaba una cavidad bien delimitada la cual era histológicamente idéntica a la del mucoccele natural.

Estas investigaciones parecen indicar que el corte traumático del conducto salival, como el producido al morder los labios o el carrillo, o al pinchar el labio con las pinzas de extracción precede al desarrollo del fenómeno de retención. También es posible que la obstrucción parcial crónica de un conducto salival, en contraste con la obstrucción total aguda producida experimentalmente mediante la ligadura en ratones y ratas, puede ser de importancia etiológica. Dicha obstrucción parcial podría resultar de un pequeño cálculo intraductal o incluso de una contracción de las cicatrices de tejido conectivo que se están desarrollando alrededor de un conducto después de una lesión traumática. Se ha informado de casos ocasionales de cálculos dentro de los conductos de las glándulas salivales accesorias, o sialolitiasis, pero son poco frecuentes. Así, los mucocelos con frecuencia se han clasificado en:

- 1) Mucocelo de extravasación.
- 2) Mucocelo de retención. (o quiste de retención - verdadero).

El tipo de extravasación es más común.

La causa es alguna lesión traumática que secciona -- uno o varios conductos. El moco fluye y se acumula con el tejido conectivo adyacente y no en la superficie de la -- mucosa. El moco es extraño para el tejido conectivo y el organismo experimenta una reacción inflamatoria con tejido de granulación para circunscribirla. Se forma un espacio de tipo quístico lleno de moco, pero un mucocelo no -- es un quiste, porque no tiene revestimiento epitelial.

#### ASPECTOS CLINICOS.

El fenómeno de retención que afecta a las estructuras de la glándula salival, se presenta con mas frecuencia en el labio inferior, pero también en el paladar blando, en el carrillo, en la lengua (afecta a las glándulas de Blau din-Huhn), y en el piso de la boca. Clínicamente la le-- sión puede estar situada profundamente en el tejido, o -- ser muy superficial y dependiendo de la localización, - - presentará un aspecto clínico variable. La lesión super-- ficial aparece como una vesícula circunscrita elevada de forma redondeada u oval, de varios milímetros hasta un -- centímetro o mas de diámetro, con un tinte translúcido de color azulado. La lesión más profunda se manifiesta tam-- bién como un abultamiento, pero debido al grosor del - -

tejido que lo cubre, el color y el aspecto de la superficie son los de la mucosa normal.

El fenómeno de retención mucosa a menudo surge en pocos días, alcanza un cierto tamaño y puede persistir por meses a menos que se trate. Si se libera el contenido del quiste, por lo general se encuentra que consiste de material micinoso espeso. Algunas lesiones regresan y se agrandan periódicamente y pueden desaparecer después de una lesión traumática que provoca su evacuación. Sin embargo, casi siempre vuelven a recurrir.

#### ASPECTOS HISTOLOGICOS.

Casi todos los mucocelos, que son del tipo de extravasación, consisten de una cavidad circunscrita en el tejido conectivo y la submucosa, que producen una elevación obvia de la mucosa con adelgazamiento del epitelio como si estuviese retirado. La cavidad en sí no está revestida con epitelio y por tanto no es quiste verdadero. En vez de esto, su pared está formada por un revestimiento de tejido fibroso conectivo comprimido y de fibroblastos. Algunas veces estas células se pueden confundir con células



epiteliales aplanadas. No es raro que la pared del tejido conectivo sea esencialmente tejido de granulaci3n, - - pero en cualquier caso por lo regular muestra infiltraci3n de abundantes leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y c3lulas plasm3ticas. La luz de la cavidad semejante al quiste se llena con un co3gulo eosin3filo que contiene cantidades variables de c3lulas; se encuentran principalmente leucocitos y fagocitos mononucleares.

Algunos mucocelos demuestran un revestimiento epitelial aplanado intacto. Es probable que esto simplemente represente la porci3n del conducto excretor que bordea la l3nea de separaci3n, si esta es en realidad, la manera en que se desarrolla esta lesi3n. El revestimiento epitelial plano, se conoce como epitelio del "conducto alimentador". En otras ocasiones, el mucocelo revestido de epitelio representa una lesi3n de tipo de retenci3n.

Con frecuencia los acinos de la gl3ndula salival que son vecinos al 3rea del mucocelo y est3n asociados con el conducto afectado muestran alteraciones. Estas pueden - - constituir en una inflamaci3n intersticial o sialadenitis, dilataci3n de los conductos intralobulares e interlobulares con colecci3n de moco y trastorno de las c3lulas - -

acinosas individuales, que dan como resultado la formación de áreas muy pequeñas de moco estancado.

#### TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento de la retención mucosa es la escisión. Si la lesión se incide, su contenido se evacua, pero se llena de nuevo rápidamente tan pronto como cicatriza la incisión. A veces hay recurrencia después de la incisión, pero esta posibilidad es menos probable si también se eliminan los acinos de las glándulas salivales asociadas.

## R A N U L A .

La rínula es una forma de mucocelo que específicamente se presenta en el piso de la boca asociado con los conductos de las glándulas submaxilar o sublingual. La etiología y la patogenesis parece ser esencialmente la misma para el fenómeno de retención mucoso que afecta a las glándulas accesorias, aunque algunos investigadores creen que puede surgir por bloqueo del conducto o por el desarrollo de un aneurisma ductal.

## ASPECTOS CLINICOS.

Esta lesión, que es rara comparada con el mucocelo, se desarrolla como una masa no dolorosa que crece poco a poco en un lado del piso de la boca. Como la lesión por lo regular tiene un asentamiento profundo, la mucosa que lo cubre tiene un aspecto normal.

Si la lesión es superficial la mucosa puede tener un color azulado translúcido. También se ha descrito un tipo suprahioideo raro, sumergido, que forma una hernia a través del músculo milioideo.

### ASPECTOS HISTOLOGICOS.

El aspecto microscópico es similar al del mucocelo más pequeño, excepto que algunas veces se encuentra un revestimiento epitelial definido. Por este descubrimiento, la mayoría de los investigadores consideran que la ránula es un quiste de retención verdadero, que probablemente ocurre como un fenómeno de bloqueo parcial, aunque con frecuencia no es posible demostrar un cálculo en el conducto salival.

### TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento y pronóstico también son los mismos que el mucocelo, excepto que algunos autores prefieren quitar sólo la parte superior de la lesión, en vez de eliminarlos en su totalidad. En ocasiones la lesión recurre. Algunos prefieren remover toda la glándula sublingual.

TUMORES - BENIGNOS

## TUMORES BENIGNOS.

### ADENOMA PLEOMORFICO.

El adenoma pleomorfo es el tumor más frecuente de las glándulas salivales, integrando cerca del 70 % de los tumores de las series más extensas, ocasionalmente se maligniza en un 2 % a 3 % de los casos. Es de crecimiento lento, habitualmente bien delimitado.

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.

#### Histogénesis.

Se determina la presencia de células mioepiteliales y ductales en los adenomas pleomórficos. Cualquiera de ellas o ambas, pueden jugar papeles activos en la histogénesis.

La célula mioepitelial es la causa de la diversidad -  
morfológica del tumor, incluyendo la producción de las - -  
áreas fibrosas, micinosas, condroides y óseas. La célula de  
reserva del conducto intercalado puede diferenciarse en cé-  
lulas ductales y mioepiteliales, esto último a su vez, pue-  
de producir metaplasia mesenquimal, debido a que, de forma  
hereditaria tiene propiedades parecidas al músculo liso.

#### ASPECTOS CLINICOS.

De las glándulas salivales mayores, la parótida es el  
sitio más común donde se localiza el adenoma pleomórfico. -  
Sin embargo, puede presentarse en cualquiera de las glándu-  
las mayores o en las glándulas salivales accesorias que es-  
tán ampliamente distribuidas en la boca.

Por lo general, se presenta un nódulo que no tiene mo-  
vimiento, pequeño, insensible, que empieza lentamente a au-  
mentar de tamaño, mostrando algunas veces crecimiento inter-  
mitente.

El adenoma pleomórfico, en particular de la parótida -  
suele ser una lesión que no muestra fijación ni en los - -

tejidos mas profundos, ni en la piel que lo recubre, Es una lesión nodular irregular firme en consistencia, aunque en - ocasiones se puede palpar áreas superficiales de degenera-  
ción 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 pleomórfico, pero con frecuencia hay una moles-  
tia bucal. Es raro que se lesione el nervio facial, manifes-  
tándose por parálisis facial.

El adenoma pleomórfico de las glándulas accesorias in-  
trabucuales pocas veces obtiene un tamaño mayor de 1 a 2 cm.  
de diámetro. Este tumor causa dificultades en la mastica-  
ción, en el habla y en la respiración, se detecta y es tra-  
tado antes que el resto de los tumores en las glándulas.

A menudo, las glándulas palatinas son el sitio de ori-  
gen de los tumores de este tipo, así como las glándulas de-  
labio.

A excepción del tamaño, los tumores intrabucuales no se  
diferencian en forma notable de su contraparte que está en-  
la glándula mayor.



El adenoma pleomórfico palatino puede aparecer fijo -- al hueso subyacente, pero no es invasivo. En otros sitios-- el tumor suele moverse con libertad y se palpa fácilmente.

#### ASPECTOS HISTOLOGICOS.

El variado patrón histológico que presenta este neoplasma, de hecho es uno de sus aspectos más característicos. Algunas áreas presentan células cuboidales ordenadas, en tubos o estructuras parecidas a conductos, los cuales guardan una semejanza notable con el epitelio del conducto normal.

A menudo hay proliferación de epitelio en bandas o láminas alrededor de estas estructuras tubulares.

Las células epiteliales escamosas son relativamente comunes y tienen puntos celulares y algunas veces perlas 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.

El tumor siempre está encapsulado, aunque suelen en---

contrarse células tumorales en la cápsula de tejido conectivo.

Cuando no hay patrón pleomórfico del estroma, y el tumor es altamente celular, es frecuente que se le denomine - "adenoma celular". Cuando predomina la proliferación mioepitelial, por lo general se hace el diagnóstico de "mioepitelioma".

#### FRECUENCIA.

Es un poco más frecuente en mujeres que en los hombres, siendo la proporción aproximada de 6 : 4, casi todas las -- lesiones se encuentran entre la cuarta y sexta décadas de -- la vida, relativamente en jóvenes y muy raro en niños.

#### TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento es la excisión quirúrgica. En la parótida, el tratamiento debe ajustarse a los principios establecidos de la cirugía de parótida, es decir, deben extirparse el tumor y el lóbulo de la glándula afectada.

Los tumores de las glándulas submaxilares son tratados mediante la escisión de la glándula y seguida de la - del tumor.

Las lesiones intrabucales pueden tratarse de manera más conservadora mediante escisión extracapsular. En general, las lesiones del paladar duro deben quitarse junto con la mucosa que lo cubre, en tanto que las que se encuentran en mucosa de revestimiento, como en los labios, paladar blando y mucosa bucal, muchas veces son tratadas con éxito, mediante la enucleación o la escisión extracapsular.

Como los tumores son radioresistentes, tiene poco -- beneficio la radioterapia, razón por la cual está contraindicada.

Los adenomas pleomórficos benignos pueden sufrir una transformación maligna. El componente maligno puede ser: -- un carcinoma, un adenocarcinoma o cilindromatoso. Esta -- transformación puede aparecer en un tumor no tratado que -- duro mucho tiempo o en uno que es recurrente, o el elemento maligno puede estar presente al momento de la cirugía bucal.

## CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO.

### Tumor de Warthin.

Se presenta casi exclusivamente en la parótida y ---  
rara vez en glándula submaxilar.

### HISTOGENESIS.

La teoría mas aceptada es la que dice que el tumor--  
surge en el tejido de la glándula salival atrapado dentro  
de los ganglios linfáticos paratiroides o intrapariroi-  
des durante la embriogénesis. Aunque otros sugieren que-  
es una enfermedad de hipersensibilidad retardada y, ade--  
más los linfocitos presentan una reacción inmune a los --  
conductos salivales, sufriendo un cambio oncocítico.

### ASPECTOS CLINICOS.

El cistadenoma papilar linfomatoso presenta una defi-  
nitiva predilección por el sexo masculino. Siendo la edad  
promedio entre 40 y 70 años, y en la mayoría de los casos  
los tumores son bilaterales.

El tumor es superficial y se encuentra justo por --  
debajo de la cápsula parótida o protuyendo a través de --  
ésta.

La lesión rara vez alcanza un tamaño mayor de 3 a 4-  
centímetros de diámetro.

Es sensible, firme a la palpación y clínicamente no-  
se distingue de otras lesiones benignas de la glándula --  
parótida.

#### ASPECTOS HISTOLOGICOS.

Este tumor está formado de dos componentes histológi-  
cos: los tejidos epiteliales y linfoides. Esta lesión es  
básicamente un adenoma con formación quística, proyec-  
ciones papilares dentro de los espacios quísticos y una ma-  
triz linfoide que muestra centros germinales.

Las células epiteliales que cubren las proyecciones-  
papilares son columnares o cuboides que suelen estar orde-  
nadas en dos filas, aunque la capa interior puede tener -  
varias células de grosor. Estas células son eosinófilas,-  
con núcleos hiper cromáticos o picnóticos y grandes canti-  
dades 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.

#### TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento aceptado a seguir es la escisión quirúrgica. Esta puede realizarse sin que se dañe el nervio facial, en particular porque la lesión es comúnmente pequeña y superficial.

Es raro que se presente una recidiva después de una extirpación. Es sumamente raro que se presente una transformación maligna, ya sea en el componente epitelial o -- linfoideo.

## ADENOMA OXIFILICO.

### (Oncocitoma)

Es un tumor raro en las glándulas salivales. Es una pequeña lesión benigna que por lo regular se presenta en la parótida. Excepto por el tamaño que no es voluminoso, no se diferencia en sus características clínicas de otros tumores benignos de las glándulas salivales, por lo cual es difícil, pero posible, establecer un diagnóstico - - - clínico.

El nombre de "oncocitoma" se deriva de la semejanza de estas células tumorales con los normales "oncocitos";- estos se encuentran en diferentes sitios:

-Glándulas salivales, vías respiratorias, la tiroi--des, etc. Estas células predominan en los conductos revestidos de las glándulas de personas ancianas.

Este tumor se encuentra bien circunscrito y encapsulado.

### ASPECTOS CLINICOS

El adenoma oxifilico es un poco más frecuente en mujeres que en hombres.

Siendo la edad promedio entre 51-80 años.

Por lo regular el tumor mide de tres a cinco centímetros de diámetro. Aparece como una masa discreta, encapsulada, la cual a veces es nodular y suele ser indolora.

### ASPECTOS HISTOLOGICOS.

Este adenoma se caracteriza en forma microscópica - por presentar células grandes que contienen un citoplasma eosinófilo y una membrana celular distinta.

Tiende a ordenarse en filas angostas o cordones; en algunas ocasiones estas células se presentan en láminas y pueden demostrar un patrón alveolar o lobular.

Estas células poseen pocas mitosis, se compactan y muestran poco estroma de soporte.



Con frecuencia hay tejido linfoideo, pero no parece ser parte esencial de la lesión.

Estudios realizados han demostrado que las células -- son liberadas y presentan mitocondrias alargadas y morfológicamente alteradas.

#### TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica. El tumor no tiende a recurrir.

Es raro que haya transformación maligna.

O T R A S   A F E C C I O N E S

## ENFERMEDAD DE MIKULICZ.

### (Lesión linfoepitelial benigna)

Es una lesión específica de las glándulas salivales: es más bien poco frecuente.

Esta enfermedad es interesante ya que muestra características inflamatorias y neoplásicas.

Se presenta una inflamación, la cual es indolora, -- que puede ser unilateral o bilateral de la glándula salival; ésta puede ocurrir de distintas formas.

Existen pruebas de que la enfermedad está estrechamente relacionada con el Síndrome de Sjogren.

Es una enfermedad autoinmune, en la cual el propio tejido de la glándula salival del paciente se vuelve antigénica.

Es probable que la lesión linfoepitelial benigna sea una forma leve de Síndrome de Sjogren, pero no debe pensarse que las lesiones linfoepiteliales terminarán en la enfermedad de Sjogren. Es más adecuado pensar que las dos

enfermedades se pueden considerar como dos formas -- de la misma enfermedad con una probable etiología común.

#### ASPECTOS CLINICOS.

La lesión linfoepitelial benigna se manifiesta básicamente con un agrandamiento unilateral o bilateral de -- las glándulas salivales; siendo generalmente la más afectada la glándula parótida, pero en ocasiones también se - encuentran afectadas las glándulas submaxilares y aún las glándulas sublinguales.

En ocasiones, el inicio de la lesión está asociado - con fiebre, infección de las vías respiratorias superio-- res, infección bucal, extracción dental o algunos otros - trastornos inflamatorios locales.

Con frecuencia se presenta un crecimiento mal deli-- nado y difuso de la glándula salival, en vez de la forma ción de una nódula tumoral discreto.

Los agrandamientos varían de tamaño, pero por lo ge-- neral, miden algunos centímetros de diámetro.

En ocasiones se descubren antecedentes de un aumento y disminución alterna en el tamaño de la masa. La duración de la masa tumoral es variante, puede ser desde un plazo breve hasta períodos indefinidos de tiempo. Muchas veces también se agrandan las glándulas lagrimales. Durante la palpación se revela la firmeza de las hinchazones, que no presentan un margen definido.

#### ASPECTOS HISTOLOGICOS.

La lesión linfoepitelial benigna es característica por una infiltración linfocítica en forma ordinaria de tejido de la glándula salival, que destruyen o reemplazan los acinis, con persistencia de islotes de células epiteliales, lo cual representa probablemente residuos de los conductos glandulares. Aunque el linfoide por lo regular es difuso, en ocasiones están presentes centros germinales. El epitelio puede consistir en conductos que muestran una proliferación celular y pérdida de polaridad o, si la enfermedad persiste, de nidos sólidos o racimos de células epiteliales mal definidas, denominadas "islotes epimioepiteliales", algunas veces éstas forman un sincitio. Se ha sugerido que dichos islotes como resultado de la proliferación de las células ductales y de las células

mioepiteliales periféricas. Un cambio característico que también se encontró en las lesiones avanzadas es la disposición de material hialino eosinófilo en los islotes epiteliales.

La diferenciación principal entre un tumor linfocpitelial benigno y un linfoma maligno que afecta las glándulas salivales. En este último, no están presentes los - - islotes epimioepiteliales, el elemento linfoide es atípico y hay infiltración de los septos interlobulares por el tejido linfoide.

#### S I N T O M A S

Los síntomas presentados por los pacientes corresponden a dos amplias categorías:

- INFLAMATORIA OBSTRUCTIVA.
- NEOPLASICO SIMULANTE

Respecto al grupo inflamatorio obstructivo se caracteriza por hinchazones glandulares, cuyo tamaño varía, con remisiones intermitentes. El grupo neoplásico simulante va acompañado habitualmente por una historia de aumento - - -

gradual, durante largo plazo, del tamaño de la glándula, - pero sin variación durante su crecimiento. Este último -- tipo ha sido a menudo diagnosticado erróneamente y tratado como si fuera un tumor.

A veces, se han visto pacientes inicialmente con - - síntomas inflamatorios y obstructivos, mientras que mas - tarde presentan signos del tipo neoplásicosimulante.

#### TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

La lesión linfoepitelial benigna ha sido tratada - - tanto por escisión quirúrgica como por radiación.

En casos leves, no se indica el tratamiento una vez - hecho el diagnóstico.

En algunos casos, la hinchazón puede aparecer de ma - nera espontánea.

La enfermedad persistente puede ser tratada mediant - te la escisión quirúrgica.

Existe una gran oposición por el uso sistemático de la radioterapia, por la posibilidad de que se malignice.

En general, el pronóstico de la lesión linfopitelial es buena.

Existe la posibilidad de regresiones espontáneas.



## SINDROME DE SJOGREN

Es una enfermedad que consiste en querato conjuntivitis seca, faringolaringitis seca, rinitis seca, poliartritis y a menudo aumento de tamaño recidivante de la glándula parótida.

El sexo femenino es el más afectado; sobre todo en la edad adulta.

## PATOGENIA

La patogenia del Síndrome de Sjogren es múltiple. Se supone en general que la reacción antígeno-anticuerpo no es la única causa de esta enfermedad. El hecho de que se afecten principalmente las mujeres en el período climatérico, señala el importante papel que tiene en ella el trastorno de la regulación hormonal.

La sialadenitis reumatoidea la provoca una infección durante la cual una gran respuesta inmunológica conduce a procesos autoinmunes en las glándulas parótidas. Dado que las infecciones víricas y micóticas atacan no sólo al citoplasma de un órgano, sino también a los núcleos, hallamos-

anticuerpos anticitoplasmáticos y antinucleares; los primeros habitualmente en mayor cantidad.

En los pacientes con el Síndrome de Sjogren parece indicar que un agente todavía no descubierto ataca no sólo a las glándulas parótidas, sino también a las sinoviales y las glándulas tiroideas.

### CARACTERISTICAS CLINICAS

El síntoma predominante es la sequedad de la mucosa de los conductos respiratorio y digestivo debida a la - - afectación de las glándulas salivales y lagrimales.

La glándula parótida es la más sensible de las glándulas salivales y reacciona con aumento de tamaño y a veces dolor.

Los síntomas de sequedad combinados con una discreta afectación artrítica y aumento de tamaño de las glándulas salivales.

El primer síntoma en aparecer suele ser la queratoconjuntivitis seca. La sequedad de boca suele ser extremadamente molesta. La mucosa oral se hace atrófica y puede-

apreciarse una atrofia de las papilas linguales. El paciente reporta una sensación de quemazón en la mucosa -- lingual, bucal y faríngea. A menudo se producen a consecuencia de ello un gran número de caries. La voz se hace a menudo bitonal y existe tos seca, dificultad de deglución.

Al llegarse a la generalización total, el paciente presenta una piel seca y telangiectasias y a veces caída del cabello, uñas anormales y otitis externa seca. En -- casos excepcionales, el curso puede ser fatal. Además de la sequedad de los ojos y de la rinofaringe, la artritis reumatoidea es el síntoma más frecuente de la enfermedad de Sjogren.

El grado de afectación de las glándulas salivales -- en el Síndrome de Sjogren puede medirse mediante la sialometría. De las glándulas salivales mayores, las parótidas son las primeras en presentar los signos de hiposalivaria.

También presentan una mayor incidencia de aumento -- de tamaño de las glándulas salivales, adenopatías, leucopenia, esplenomegalia, vasculitis y neuropatías.

## CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS

Inicialmente existe una infiltración periconicular - de linfocitos pequeños y grandes y de células plasmáticas. La infiltración se extiende alrededor de los - - - - canaliculos interlobulillares y centroacinares.

Finalmente el tejido linforreticular crece hasta - - ahogar el parénquima, con lo que sólo pueden hallarse canaliculos salivales y sus restos en la zona afectada.

Las proliferaciones epiteliales de los conductos salivales terminales presentan 3 o más capas. Estas islas epiteliales en forma de almohada constan de células redondeadas con núcleos grandes y pequeños y de células planas con núcleos que se tienen de color obscuro. Se han descrito estas proliferaciones epiteliales como islas de células mioepiteliales.

Sin embargo, no estamos convencidos de que existe -- una proliferación aislada de células mioepiteliales, sino más bien una notable proliferación de ambas capas celulares del conducto salival terminal.

## DIAGNOSTICO

Se diagnostica la enfermedad de Sjogren si existen -- los tres datos siguientes:

- 1) Si en la historia del paciente indica molestias -- reumatoideas junto con sequedad de la boca, nariz y ojos.
- 2) Si la serología apoya el diagnóstico.
- 3) Si el exámen histológico descubre la imagen de la sialadenitis reumatoidea.

## TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

No hay un tratamiento satisfactorio para el Síndrome de Sjogren. La mayoría de los pacientes son tratados en -- forma sintomática. La queratoconjuntivitis se trata mediante la introducción de lubricantes oculares como las lágrimas artificiales que contienen celulosa, y la xerostomía - se trata con substitutos de la saliva como las que se usan en el tratamiento de las personas con xerostomía secunda--

ría o la radioterapia. La caries dental; extensa es una - - complicación bastante común; la buena higiene bucal y las- frecuentes aplicaciones de fluoruro están indicadas para - reducir el problema. No hay tratamiento específico para el crecimiento de las glándulas salivales. Se ha empleado la cirugía, pero suele recomendarse sólo cuando el paciente - tiene malestar. Aunque anteriormente se recomendó la radio- terapia, no se emplea en forma usual.

La principal complicación que se presenta en los pa- cientes con el Síndrome de Sjogren es el desarrollo de un- seudolinfoma maligno.

## SIALOLITIASIS

La Sialolitiasis es la formación de concreciones cálcicas en el interior del sistema de conductos de una glándula salival principal o accesoria.

Se forman por el depósito de sales de calcio alrededor de un nido central que puede estar formado por células epiteliales descamadas, bacterias, cuerpos extraños o productos de la descomposición bacteriana.

Aún cuando se desconoce la verdadera evolución del Sialolito, 3 prerequisites parecen actuar como factores principales de desarrollo:

- Una estasis salival
- Un centro para la formación del cálculo
- Un mecanismo metabólico que favorezca la precipitación de las sales salivales.

Comparando la parótida con el sistema glandular; éste último es más susceptible a la Sialolitiasis a causa de sus características:

- INHERENTES
- FISIOLÓGICOS
- ANATÓMICAS

#### FISIOLÓGICAMENTE:

La saliva de la glándula submaxilar es un poco más alcalina que la de la parótida y contiene mayores concentraciones de sales de calcio y fosfato.

La relativa alcalinidad, junto con alteraciones en la relación salival calcio-fósforo, facilita que la apatita salival exceda de su producto de solubilidad y es -- cuando ocurre la precipitación.

#### ANATÓMICAMENTE:

El conducto de la glándula submaxilar es más largo que el de la parótida y se encuentra en un nivel inferior respecto del orificio de la glándula parótida.



Estos factores producen un estancamiento de la saliva en el conducto de Warthon, y para la formación secundaria de un cálculo. Los cálculos presentan una estructura anular concéntrica, en la que alternan restos proteínicos del epitelio desprendido y leucocitos con depósitos de sales de apatita.

La formación de cálculos también es facilitada por otros factores secundarios:

- Mayor contenido mucoso de la glándula submaxilar.
- La secreción de la glándula submaxilar es más viscosa que la glándula parótida.

#### ASPECTOS QUIMICOS Y FISICOS

El Sialolito puede ser redondo, ovoide, o alargado y medir desde unos pocos milímetros hasta dos centímetros o mas de diámetro. El conducto afectado contiene un solo o muchos cálculos. Por lo regular son de color amarillo. Wa keley informó que la composición promedio de la estructura de apatita es la siguiente:

Ca <sub>3</sub> (PO <sub>4</sub> ) <sub>2</sub> . . . . .	74.3 †
CaCO <sub>3</sub> . . . . .	11.1 †
Sales solubles . . . . .	6.2 †
Materia orgánica . . . . .	6.2 †
Agua . . . . .	2.2 †

### ASPECTOS CLINICOS

Al tratar con pacientes con Sialolitiasis que afecta a alguna glándula salival, muchos se han quejado de dolores, en particular, alrededor de las horas de la comida, esto es porque se estimula psíquicamente al flujo salival.

La oclusión del conducto impide el libre paso de la saliva, y al acumularse produce un cierto dolor o hinchazón.

Como un cálculo nunca obstruye totalmente un conducto, la hinchazón remite gradualmente a medida que la saliva resuma más allá de la obstrucción.

Los cálculos salivales pueden madurar dentro o fuera de la glándula en el sistema de conducto.

Esta enfermedad afecta con más frecuencia a los varones de mediana edad.

La Sialolitiasis puede ocurrir uni o bilateralmente y también se pueden presentar varios cálculos en la misma -- glándula.

Existen dos tipos de cálculos:

- LISOS Y CILINDRICOS
- IRREGULARES Y RUGOSOS

Los lisos se presentan dentro de los límites del conducto de Wharton.

Los rugosos son formados en el interior de la glándula.

El orden de aparición de la Sialolitiasis en las glándulas y conductores es el siguiente:

- GLANDULA Y CONDUCTO SUBMAXILAR
- GLANDULA Y CONDUCTO PAROTIDEO
- GLANDULA Y CONDUCTO SUBLINGUAL

A veces la Sialolitiasis afecta a un conducto de las glándulas salivales menores o accesorias intrabucales.

La Sialolitiasis no presenta siempre los mismos síntomas. Ocasionalmente se puede presentar sin síntomas previos. Más a menudo, sin embargo, se puede obtener una historia de hinchazones intermitentes y pasajeras, de la glándula afectada.

También se puede presentar como un exacerbación aguda, caracterizada por un proceso supurativo agudo, con sus manifestaciones generales asociadas.

#### DIAGNOSTICO.

La palpación a lo largo del curso del conducto confirma a menudo la existencia de una estructura dura y calcificada. Además la percepción de una sensación chirriante al sondear cuidadosamente el conducto, revela también la existencia y la localización del cálculo.

El examen radiológico no siempre descubre la presencia del Sialolito. Esto es ya que el 20 % de los Sialolitos son radiotransparentes o también porque el Sialolito,-

dentro del conducto de Wharton, se encuentra en el punto - donde se refleja un ángulo recto, alrededor del borde posterior del músculo milohioideo. Este punto recibe el nombre de " comma ".

La Sialografia es eficaz cuando permite aislar el depósito. La solución Sialográfica proyecta una sombra opaca mucho más densa que la del cálculo calcificado. Por consiguiente, una radiografía radiotransparente de la solución de contraste, producida por un defecto de repleción, señalará el cálculo.

#### TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Algunas veces se pueden eliminar pequeños cálculos mediante manipulación.

Los mas grandes requieren de una extirpación quirúrgica.

Si se encuentran situados en el parénquima glandular requiere habitualmente la extirpación simultánea de la - - glándula.

De modo similar, el tratamiento de un Sialolito ex---  
traglandular no se limita siempre a la extirpación del - -  
cálculo.

Las alteraciones extensas y secundarias, de naturale-  
za infecciosa de la glándula, pueden hacer necesaria su --  
extirpación.

Por lo regular no recurren los Sialolitos solitarios,  
aunque se han presentado casos de recidivas múltiples - -  
crónicas.

## P A R O T I D I T I S

### (Paperas)

Es una infección viral contagiosa, aguda, caracterizada por un aumento doloroso del tamaño de las glándulas salivales.

En ocasiones se encuentran afectadas las glándulas submaxilares y sublinguales, pero rara vez sin que también, la glándula parótida se encuentre afectada.

Es una enfermedad característica de la niñez, pero la parotiditis también puede afectar a los adultos, y en dichos casos existe mayor tendencia a que se desarrollen complicaciones.

Ocasionalmente en los adultos existen localizaciones secundarias de la enfermedad como son: testículos, ovarios, páncreas, glándulas mamarias y en ocasiones la próstata, la epididimitis y el corazón.

Estudios demostraron que el agente responsable es un virus, cuyo modo usual de transmisión son las gotitas de

saliva contaminada llevadas por el aire o por el contacto directo.

Se cree que su puerta de entrada son las fosas nasales y la boca. El virus se aloja en la mucosa, penetra en la sangre circulante y se localiza en los puntos seleccionados.

La parotiditis tiene un período de incubación de 2 a 3 semanas. Es preferible considerar a las paperas como una enfermedad general que manifiesta síntomas locales benígnos en las glándulas salivales.

#### ASPECTOS CLINICOS

La parotiditis es una enfermedad propia del ser humano.

El virus manifiesta una predilección por las glándulas salivales, parte del sistema nervioso central, páncreas, órganos genitales principalmente.

La glándula más afectada siempre será la parótida con respecto a las otras glándulas salivales.



La mayor parte de los pacientes se encuentra entre los cinco a quince años de edad.

No presenta ninguna predilección respecto a uno u otro sexo. Su mayor frecuencia corresponde a las estaciones del año como son invierno y primavera.

La contagiosidad máxima es aproximadamente de 48 horas antes de la aparición de la inflamación de la parótida y durante los siete días que dura la enfermedad, pero éste paso de contagiosidad es variable. La enfermedad, una vez superada, deja inmunidad perenne y no se puede contraer más.

La enfermedad se inicia con malestares, con fiebres más o menos elevadas, dolores de cabeza, vómitos y dolor por debajo del oído. A los dos o tres días empieza a hincharse la región anterior de la oreja de un lado; en donde está situada la glándula parótida, inicia su ciclo inflamatorio. Raramente la inflamación queda localizada en un sólo lado y bien pronto la del lado opuesto empieza a hincharse; con las dos glándulas tumefactas la face del paciente adquiere un aspecto completamente carac

terfístico, muy ensanchada por su porción posterior a nivel de las zonas preauriculares.

La tumefacción parotídea tiene una superficie casi lisa y los contornos redondos y ovales. Se continúan casi -- insensiblemente con los tejidos sanos contiguos; palpando la región, se aprecia que la piel está caliente y la glándula adquiere una resistencia blanda elástica de carácter -- pastoso.

La tumefacción parotídea es dolorosa, y se hace más -- dolorosa a la palpación, y sobre todo a los movimientos -- masticatorios por la vecindad inmediata de la glándula con la rama ascendente del maxilar inferior; que durante la -- masticación comprime la parótida; por este hecho el paciente rechaza el alimento sólido.

En el interior de la boca, el orificio del conducto -- de Stensen está frecuentemente rojo. No hay supuración y -- la resolución ocurre sin cambio glandular perceptible.

El flujo de saliva, durante la infección, es menor, -- como cabe esperar, pero la naturaleza de la saliva es esencialmente normal.

La hinchazón de la glándula alcanza su máximo de inflamación entre uno a tres días, luego va disminuyendo entre los tres a siete días siguientes.

Al declinar la fiebre, y desaparecer la inflamación, el paciente empieza a comer con apetito, se siente bien y está deseando abandonar el lecho; en una palabra; se considera absolutamente curado de su afección banal. Pero no siempre es así, porque pueden presentarse otras localizaciones del mismo que se acompañan de una nueva elevación febril.

#### DIAGNOSTICO.

El diagnóstico se establece sobre una base epidemiológica. Es importante averiguar si el paciente tuvo alguna vez paperas y si estuvo sometido a su exposición recientemente. Además, se puede descubrir durante la convalecencia un aumento de los anticuerpos de fijación del complemento.

El diagnóstico es fácilmente deducible a partir de la historia y cuadro clínico.

### TRATAMIENTO

El tratamiento es, por lo general, sintomático. Sin embargo, la inmunoglobulina específica contra las paperas, puede ser eficaz para prevenir la orquitis, entre uno y dos días después de la exposición.

La vacuna del virus muerto alivia los síntomas de la parotiditis epidémica cuando se administra inmediatamente después de la exposición. Otra vacuna ha sido introducida recientemente. Es eficaz un mes después de su aplicación y confiere protección para un período indefinido.

### TRATAMIENTO LOCAL.

El tratamiento local sobre las glándulas parótidas -- inflamadas consiste en aplicaciones de fomentos húmedos y calientes, de pomada de ictiol, y desinfección de la cavidad bucal con colutorios diversos.

## CONCLUSIONES

La finalidad de este trabajo es enfocar las enfermedades más comunes de las glándulas salivales. Para así -- tener una visión de los trastornos de las mismas y determinar la importancia de cada uno de los padecimientos y - efectuar el diagnóstico y tratamiento correcto.

La incidencia más elevada de las enfermedades de - - las glándulas salivales corresponden a la obstrucción de los conductos excretores.

Es de importancia para el Cirujano Dentista el conocimiento, tanto anatómico como funcional, de las glándu-- las salivales, ya que éstas se encuentran en la cavidad - bucal formando parte importante del aparato masticatorio, como del digestivo.

Dentro de los padecimientos que afectan a las glándu las salivales, se les debe dar mayor importancia a todos-- aquellos en que se presenta una disminución en la secre-- ción salival, debido a que provoca una autólisis deficien-- te y favorece el desarrollo de gérmenes en el medio bu-- cal. Así como falta de acción enzimática para la activi-- dad digestiva.

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

- 1.- BHASKAR S. N.  
PATOLOGIA BUCAL.  
EDITORIAL EL ATENEO.  
1974.
  
- 2.- GLICKMAN IRVING.  
PERIODONTOLOGIA CLINICA.  
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA.  
1985.
  
- 3.- Dr. GUYTON ARTHUR C.  
FISIOLOGIA HUMANA.  
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA.  
1975.
  
- 4.- Dr. QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO.  
TRATADO DE ANATOMIA HUMANA.  
EDITORIAL PORRUA.  
1980.
  
- 5.- ROBBINS L. STANLES  
PATOLOGIA BASICA.  
EDITORIAL INTERAMERICANA.  
1979.

- 6.- Dr. SHAFER WILLIAM G.  
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.  
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA.  
1987.
  
- 7.- TESTUT, L , LATARJET, A.  
COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIPTIVA.  
EDITORIAL SALVAT  
1980.
  
- 8.- THOMA  
GORLIN ROBERT J.  
PATOLOGIA ORAL.  
SALVAT EDITORES.  
1973.
  
- 9.- VANDER ARTHUR J.  
FISIOLOGIA HUMANA.  
EDITORIAL MCGRAW-HILL LATINOAMERICANA.
  
- 10.- ZEGARELLI EDWARD V.  
DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.  
SALVAT EDITORES.  
1982.
  
- 11.- FRIENDENTHAL MARCELO.  
DICCIONARIO ODONTOLOGICO.  
EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA.  
1981.