

367
20

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

U. N. A. M.



“ALGUNAS ENFERMEDADES EN GLANDULAS SALIVALES”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

FRANCISCA TERESA PERALTA ARAGON



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

Indice.

I. Clasificación de glándulas salivales.	1
Glándulas mayores.	1
Glándulas menores.	1
II. Estructura de las glándulas salivales	3
Anatomía microscópica.	3
Anatomía macroscópica.	5
III. La saliva.	11
Propiedades físicas de la saliva.	12
Composición química.	12
Funciones de la saliva.	14
IV. Métodos y técnicas de exploración de las glándulas salivales	19
V. Trastornos de la secreción salival.	29
Sialorrea.	31
Xerostomía.	33
VI. Enfermedades de las glándulas salivales.	35
Enfermedades no neoplásicas inflamatorias.	36
Enfermedades autoinmunes.	48
Quistes.	50
Tumores.	52
Tumores benignos.	52
Tumores malignos.	56
- Conclusiones.	62
- Bibliografía.	63

Introducción.

El que el Dentista tenga los conocimientos suficientes para poder dar un diagnóstico temprano de alguna enfermedad de la cavidad bucal, es importante, y sobre todo forma parte de la Ética profesional, si la enfermedad de la cual hace un diagnóstico temprano, es general, esto será esencial para ayudar a crear conciencia en el paciente, de que el Dentista, no es sólo una persona que abre y tapa agujeros, que saca muelas, sino que es una persona al servicio de la Salud.

Para lograr un buen diagnóstico, es necesario diferenciar, lo normal de lo anormal, tanto anatómicamente, histológicamente, en cuanto a signos y síntomas, etc.

En el presente trabajo me limitaré a tratar de algunas estructuras dentro de la cavidad bucal, que son las glándulas salivales. Teniendo en cuenta que son constituyentes de una parte de un todo, llamado cuerpo humano.

I

Clasificación de las glándulas salivales.

En el presente trabajo empezaré por dar una clasificación de las glándulas salivales, dividiéndolas en dos grupos bien diferenciados:

A) Glándulas mayores.

B) Glándulas menores.

A) Entre las glándulas mayores o principales tenemos:

1) El par de glándulas parótidas.

2) El par de glándulas submaxilares.

3) El par de glándulas sublinguales.

El nombre de glándulas mayores se les dá por su tamaño y no por la cantidad de secreción excretada.

Estos tres pares de glándulas también suelen clasificarse de acuerdo al tipo de secreción, así tenemos que las glándulas parótidas son de tipo seroso, las submaxilares son mixtas, y las sublinguales son de tipo mucoso.

B) Las glándulas menores también son conocidas con el nombre de glándulas accesorias, y de estas existen numerosas en la cavidad bucal. Estas glándulas menores son más fácilmente

te se clasifican por su localización, que por el tipo de secreción. Estas glándulas se encuentran en la cavidad bucal en varios grupos, que es la forma en que se clasifican, ya que son muy pequeñas para clasificarse individualmente, además de que no cuentan con un sistema excretor tan completo como el de las glándulas mayores, como veremos más adelante.

En la cavidad bucal se encuentran tres grandes grupos de glándulas menores:

- 1.- Glándulas labiales.
- 2.- Glándulas palatinas.
- 3.- Glándulas yugales.

En continuidad con las anteriores se encuentran otros pequeños islotes glandulares de menor importancia (importancia dada por el número de glándulas que los constituyen). Los islotes glandulares son los siguientes:

- a) Glándulas del trigono retromolar.
- b) Glándulas del suelo de la boca.
- c) Glándulas linguales.

II

Estructura de las glándulas salivales.

A) Anatomía microscópica.

B) Anatomía macroscópica.

A) Anatomía microscópica de las glándulas salivales.-

La anatomía microscópica de las glándulas salivales mayores y menores es semejante, así que generalizando, están compuestas de acinos mucosos, serosos o combinaciones de ambos. La diferencia principal es, tomando en cuenta un fragmento de tejido, el número de acinos mucosos o serosos.

Elementos estructurales:

- Tejido conjuntivo.- Este se propaga hacia la glándula dividiéndola en lóbulos y lobulillos, que llevan los conductos de la glándula, los vasos sanguíneos y linfáticos, y los nervios de la lengua.

- Conductos.- Al igual que los lóbulos, los conduc--

tos se estrechan progresivamente, formando un sistema complejo que se une por medio de sus ramas más pequeñas, con las -- porciones terminales secretorias de la glándula. Si la distribución de los conductos se viera en su totalidad (lo que intenta la sialografía), semejaría un árbol sin hojas; la terminación de cada pequeña ramita sería un acino individual, las ramas más grandes los conductos interlobulares, y el tronco -- vendría siendo el conducto excretor principal.

- Células secretorias.- Las células secretorias las vamos a localizar en las en las porciones terminales, porciones que se encuentran dentro de los lóbulillos de la glándula.

La porción terminal está constituida por una capa de células secretorias, que reviste la parte interna del conducto. La forma de las porciones terminales varía de acuerdo al tipo de secreción que excretan. La glándula puramente mucosa tendrá células tubulares compuestas, y sus porciones terminales son tubulos largos ramificados con porciones terminales en tubulos ramificados con numerosas salientes. Así tenemos:

- a) Células secretorias mucosas.
- b) Células secretorias serosas.
- c) Glándulas mixtas (células serosas y células mucosas)

a) Células secretorias mucosas.- Estas células en vivo, -- se encuentran llenas de gotitas de gránulos de mucígeno (de -- donde se deriva su nombre), que es una sustancia antescesora a la mucina, el mucígeno inhibe a otros elementos como son: mitocondrias, sustancias basófilas. Cuando la célula vacía su -- contenido a la luz del conducto, ésta se vuelve más pequeña y sólo quedan unas cuantas gotitas de mucígeno cerca de la su--

perficies libres.

b) Células secretorias serosas.- Estas células en vivo, al igual que las células mucosas contienen gránulos, pero, de cinógeno. Los componentes citoplasmáticos de las células secretorias se observan de color oscuro al teñirse con hematoxilina y eosina.

c) Glándulas mixtas.- Llamadas así porque están constituidas tanto por células mucosas como por células serosas, por consiguiente sus terminaciones son de tres tipos: serosas puras, mucosas y mucoserosas.

b) Anatomía macroscópica.-

a) Glándulas mayores.- Los tres pares de glándulas mayores se encuentran bien diferenciadas dentro de la cavidad bucal.

1.- Glándula parótida. Es el par de glándulas salivales más voluminosas, son bipolares y serosas. Como glándulas pares se encuentra una a cada lado de la línea media, con la siguiente localización. Se extienden hacia arriba hasta el agujero auricular externo, por debajo de la apófisis mastoideas, y hacia abajo por detrás de la rama ascendente de la mandíbula, antes del borde inferior de la rama.

Como ya se mencionó esta glándula es bipolar (formada por dos lóbulos, uno superficial y el otro profundo, que están unidos por un istmo en el borde posterior de la glándula.

Cada glándula se encuentra alojada en una celda de paredes anfractuosas, formada por tejido conjuntivo, esta es la llamada celda parotídea. Estas glándulas tienen forma de prisma triangular, con una base superior y otra inferior, una cara externa, otra anterior y otra posterior, un borde interno

(faringeo) y dos bordes externos, uno anterior y otro posterior.

Sus relaciones se dividen en intrínsecas y extrínsecas.

Relaciones extrínsecas.- Su cara externa está relacionada con la aponeurosis superficial, con el tejido celular subcutáneo y la piel.

La cara anterior corresponde de afuera a adentro: al borde posterior del masetero, borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula, borde posterior del pterigoideo interno. En la unión de esta cara con la externa se desprende una prolongación anterior, de cuya profundidad emana el conducto excretor principal de esta glándula, el conducto de Stenon. / Este conducto se desprende en la parte anterior e interna de la glándula, a lo largo del borde externo del músculo masetero y se dobla en ángulo recto alrededor del borde anterior del mismo músculo. Después atraviesa al músculo buccinador y la mucosa bucal y desemboca al nivel del cuello del segundo molar superior. El conducto de Stenon está compuesto por una capa gruesa de tejido conjuntivo compacto y fibras elásticas.

La cara posterior de la parótida corresponde de afuera a adentro: al borde anterior del esternocleidomastoideo, al borde posterior del digástrico, al estilohioideo.

La cara inferior descansa sobre el tabique intermaxiloprotideo, el cual separa a la parótida de la glándula submaxilar.

La cara superior corresponde a la articulación temporo-mandibular.

El borde interno se relaciona con la pared lateral de la faringe.

El borde anterior corresponde a la cara externa del masetero.

El borde posterior corresponde al borde anterior del esternocleidomastoideo.

Relaciones intrínsecas.- Estas relaciones están dadas por: arterias, venas, linfáticos y nervios que atraviesan la celda parotídea y el parénquima glandular. Entre las arterias tenemos: la carótida con sus ramas colaterales; auricular posterior, maxilar interna y temporal superficial.

Entre las venas se encuentran: la yugular externa, la transversa de la cara y la auricular posterior.

Los linfáticos intraparotídeos son los ganglios de los cuales unos son superficiales, situados en la cara externa de la parótida, y otros profundos, que se encuentran en el trayecto de la carótida externa y de la yugular externa.

Los nervios en relación con la masa parotídea son: el facial, el cual en su trayecto por la glándula parótida da dos ramas colaterales, la rama temporofacial y la cervicofacial.

b) Glándula submaxilar.- Es una glándula mixta, constituida por acinos mucosos y serosos. Se encuentra situada en la parte lateral de la región suprahioides, en la foseta que se encuentra en la cara interna de la maníbulas y que lleva el nombre de foseta submaxilar. Se encuentra alojada en una celda osteocitrrosa, la cual se encuentra en relación con el músculo digástrico, el milohioides y el hiogloso; con el nervio hipogloso mayor y por el intermedio del hipogloso con la arteria lingual. En su parte posterior se relaciona con el esternocleidomastoideo y con la pared lateral de la faringe.

La glándula submaxilar es de forma prismática triangular.

Cara interna.- Esta cara se halla en contacto por atrás con el triángulo de Beclard (por abajo el hueso hioides, por arriba y adelante el vientre posterior del digástrico, por atrás el borde posterior del hiogloso). También tiene relación con el triángulo de Pirogoff (borde posterior del milohioideo abajo el tendón intermedio del digástrico, arriba el hipogloso mayor).

De la cara interna se desprende una prolongación anterior o submilohioidea que se dirige hacia arriba y hacia adelante entre los músculos hiogloso y milohioideo, acompañando al canal de Wharton hasta la glándula sublingual.

La cara inferior de la glándula se relaciona con la vena facial, el vientre posterior del digástrico y con el estilohiideo..

El conducto de Wharton, conducto excretor principal de esta glándula nace en la parte media de la cara interna de la glándula, se dirige hacia adelante y adentro hasta el borde inferior del frenillo lingual, en donde cambia de dirección y corre hacia adelante, para desembocar en el piso de la boca.

En su parte más anterior el conducto de Wharton corre -- por debajo de la mucosa del piso de la boca, adosado al del lado opuesto y desemboca a los lados del frenillo. Se encuentra irrigado por arterias procedentes de la vena facial y de la mentoneana y en sus redes capilares nacen venas que desembocan igualmente en la facial y en la mentoneana.

c) Glándula sublingual.- Es una glándula par mucosa. Se encuentra situada en el piso de la boca, en el llamado

espacio sublingual, por debajo del músculo milohioideo y por dentro del cuerpo de la mandíbula, en una línea paralela al conducto de Wharton. Esta glándula es la más pequeña de las glándulas mayores, es de forma elipsoidal, aplanada transversalmente.

Relaciones.- Esta glándula no tiene celda osteofibrrosa, como los otros dos pares de glándulas mayores, se encuentra envuelta por tejido conjuntivo.

Su cara externa es convexa, labrada en la cara posterior del cuerpo de la mandíbula.

Su cara externa se encuentra en relación con el conducto de Wharton, el nervio lingual y li

El borde inferior está en relación con los músculos genio glosa y el milohioideo.

El borde inferior está en relación con la mucosa del piso la boca, a la que levanta para formar las carúnculas linguales

B) Glándulas menores:

1) Glándulas labiales.- Estas glándulas forman una capa continua debajo de la vertiente mucosa de los labios, que se interrumpe a nivel de las comisuras y del tabique de la nariz.

2) Glándulas yugales.- Se encuentran situadas en la cara interna del músculo buccinador. Forman un collarete alrededor del conducto de Stenon.

3) Glándulas palatinas.- Estas glándulas como su nombre lo indica se encuentran situadas en el paladar, siendo más abundantes hacia la parte posterior de la región y faltan sobre la línea media y por delante de la línea transversa que pasa por los premolares, a nivel del velo del paladar --

forman una banda continua.

a) Glándulas del trigono retromolar.- Estas glándulas forman un grupo de menor importancia, que se encuentra por lo general en continuidad con las glándulas sublinguales.

b) Glándulas del suelo.- La topografía imprecisa de estas glándulas hace difícil precisar el punto de partida de un tumor mixto, ya que por debajo de la misma se encuentra la glándula sublingual.

c) Glándulas de la lengua.- Las glándulas linguales forman dos grupos: uno posterior a la V lingual; el otro más profundo, en la capa muscular, situada sobre los bordes de la lengua, por delante de la V lingual.

III) La Saliva.

III) La Saliva.

A) Propiedades físicas.- La saliva es un líquido in coloro, transparente, ligeramente viscoso, insípido, inodmoso por agitación, muy acuoso.

Al recogerse en un recipiente se observan las siguientes características:

a) En el fondo se observa un depósito blancusco, que contiene partículas sólidas, constituidas por células epiteliales de la mucosa, masas de células redondeadas, corpúsculos salivales, organismos parásitos y carbonatos.

b) La parte media es ligeramente opalescente, e in colora.

c) Y una parte espumosa, que desaparece rápidamente.

La saliva submaxilar presenta un aspecto claro, viscoso. La saliva sublingual es un líquido transparente, espeso, muy viscoso. La saliva parotídea es un líquido claro, pobre en mucina, no viscoso.

Se admite que el volumen de secreción salival varía de 500cc. en 24 horas. La densidad (relación entre el peso de un cuerno y el de igual volumen de agua) es por término medio de 1,004 para la saliva mixta, 1,003 para la saliva submaxilar, y 1,007 para la parotídea.

La saliva es neutra con legera tendencia a la acidez, el pH. salival es de alrededor de 7, notablemente constante mientras el individuo goza de buena salud.

B) Composición química.- En cuanto al peso de la saliva, el agua es su componente principal, esto es, tanto en la saliva parotídea como en la mixta, conteniéndola en 99.4

a 99.5 de su peso total.

Los componentes minerales son entre los cationes: calcio magnesio, potasio y hierro, y entre los aniones: cloruros, -- fluoruros, nitratos y carbonatos.

Los gases que constituyen el aire atmosférico se encuentran disueltos en la saliva.

Los componentes orgánicos que se encuentran en la saliva son:

a) Los prótidos, que son los compuestos orgánicos -- más abundantes; entre los que encontramos a la mucina y la albumina.

La mucina es un producto representativo de la secreción de las glándulas salivales; existe una proporción de 0.2gr/cc en la saliva mixta. Su propiedad principal consiste en precipitar los ácidos en frío, además desempeña un papel mecánico en la masticación (permite el deslizamiento de los alimentos al mantener las partículas unidas en una pasta más o menos ligada). Tiene así mismo papel doble de la limpieza bucal:

1.- Gracias a su propiedad de precipitación (arrastra numerosos microbios).

2.- Por un poder bactericida debido a una lisosima proteolítica.

b) Glúcidos.-- La saliva contiene glucosa en cantidades inferiores a la de la sangre.

c) Vitaminas.-- Entre las que encontramos la C y la PP.

d) Enzimas.-- La saliva contiene una enzima principal, la ptiolina.

La saliva contiene componentes antimicrobianos, entre los principales se encuentran la lisosima y las inhibinas.

La lisozima es una enzima termoestable, filtrable, resistente a la desecación y a la luz. Liza las bacterias saprófitas del líquido bucal y ejerce acción sobre los microorganismos patógenos, a los que inhibe sin producir lisis.

Las inhibinas son gérmenes de fermentos de acción inhibidora, no lisante, termoestables y no filtrables, activos solamente durante el tiempo que están vivas. Ejercen acción idéntica sobre bacterias patógenas y saprófitas.

c) Funciones de la saliva.- La saliva realiza varias funciones como son: la lubricación, permite deglutir y hablar. Tanto la mucina una glucoproteína elaborada por las glándulas mucosas como la voluminosa, secreción serosa de las glándulas parótidas contribuyen a este proceso. La saliva tiene propiedades antibacterianas y una gran capacidad de amortiguación de pH. Probablemente contribuye poco a la digestión. Investigaciones recientes indican que la glándula parótida contribuye poco a la digestión. La parótida puede elaborar una hormona (parctina), de la que más adelante veremos su papel.

Las funciones de la saliva se dividen en:

- a) Papel de defensa.
- b) Papel digestivo.
- c) Papel de excreción.
- d) Papel endocrino.

Es de mencionarse que la inmunidad bucal está garantizada igualmente por la actividad antimicrobiana de los alimentos y bebidas absorbidos, y principalmente por el antagonismo bacteriano.

a) Papel de defensa.- Esto se lleva a cabo mediante una acción mecánica y de las propiedades físico-químicas de

de la saliva.

La acción mecánica se basa en la captación salival que se ayuda de los movimientos de la lengua y de las mejillas, acción que facilita por el poder húctante de la saliva y por la mucina que al precipitar engloba los gérmenes.

Entre sus propiedades físicas y químicas, las que juegan papeles más importantes son: su poder oxidoreductor, que se opone a la pululación microbiana. Su estabilidad ácido-básica, debido a su poder amortiguador, se opone al desarrollo de los gérmenes patógenos.

La mucina por su viscosidad muy acentuada, engloba diversos gérmenes microbianos, los ciela unos de otros y forma una masa poco propicia para el cultivo intensivo.

La saliva también tiene efecto bactericida por la acción de sus propiedades serológicas (anticuerpos) y sus enzimas antibacterianas: la lisosima, actuando particularmente sobre los saprófitos, y las inhibinas que lo hacen no sólo sobre saprófitos, sino también sobre la mayoría de los microbios patógenos.

La saliva permite una descamación regular de la mucosa, conservando así la integridad de ésta.

Los leucocitos salivales ejercen una doble acción:

i) Una acción antibiótica gracias a las bacteriolisinas que elaboran (endolisinas y leusinas), las cuales son resistentes al calor, son precipitadas por alcohol, éter y sulfato de amonio. Son numerosos gérmenes saprófitos y otros altamente patógenos que son sensibles a las bacteriolisinas.

ii) Una fagocitosis activa de los microorganismos del medio salival. Finalmente la calicreína de la saliva, al

al transformarse en histamina, ejerce influencia sobre la circulación capilar. Esta transformación se produce en un medio ácido, y por consiguiente puede ser realizada por las bacterias acidogénicas.

La saliva alterada (paso de urrea, azúcar, plomo, mercurio, etc.) no ejercería ya su acción estimulante sobre el apato linfoide; de ahí la disminución de los leucocitos y el debilitamiento de su papel fagocitario.

b) Papel digestivo.- Este es de origen físico y químico:

De orden físico.- La saliva es necesaria a la masticación y a la deglución, al humedecer y disolver los alimentos. La insalivación provoca y refuerza la gustación.

De orden químico.- La acción de la saliva se ejerce por medio de la ptialinamilasa sobre las sustancias amiláceas.

c) Papel de excreción.- La secreción salival actúa como un emuntorio, respecto a los productos de los intercambios orgánicos y también con respecto a los introducidos en el organismo.

d) Papel endocrino.- Recordemos en primer lugar que la insulina es una hormona excretada por la saliva.

Trabajos experimentales han mostrado que existen ciertas relaciones entre las glándulas salivales, particularmente la parótida y las glándulas endocrinas (sexuales, hipófisis, tiroideas, suprarrenales).

También se ha mostrado:

- Que la ablación experimental de una glándula salival en el animal provoca modificaciones de las otras glándulas salivales.

- La presencia de enzimas en las glándulas salivales.

- La función endocrina asegura la proliferación de los tejidos mesenquimatosos, es decir; cartilagos, huesos, dientes, fibras elásticas, sistema reticulo endotelial, tejidos conjuntivos y hematopoyéticos.

Actualmente existe en el Japón la parotina, hormona cristalizada por refrigeración, que se extrae de las glándulas salivales de los mamíferos, en particular de la glándula parótida. Esta hormona parotídea hallada por primera vez como ya se mencionó en el Japón, es indispensable para el desarrollo y nutrición de los tejidos óseos y cartilagosos.

El síndrome provocado por el déficit de parotina se caracteriza por el reblandecimiento del cartílago. En el feto e el déficit provoca una distrofia cartilaginosa que impide sobre todo el desarrollo de los huesos de los miembros. En el adulto o en el anciano, la falta de parotina ocasiona la artritis deformante dolorosa asociada a la anquilosis de los miembros de la cadera.

La parotina es muy eficaz en el tratamiento de las enfermedades anteriormente mencionadas. Otras observaciones han mostrado que la parotina influye de modo muy favorable en la catarata senil, la altralgia, la atrofia muscular, la parodontosis y en diversas enfermedades de la piel.

La parotina utilizada en clínica ha permitido mejoras en xerostomias, parodontosis crónicas con brotes inflamatorios agudos.

Secreción salival.- La secreción salival está regulada por el sistema nervioso, el cual actúa a la vez sobre --

los elementos glándulares y sobre los vasos, así resulta de una doble excitación glándular y vasomotora.

Las fibras nerviosas secretorias que llegan a las glándulas salivales dependen tanto del sistema simpático como del parasimpático. La estimulación simpática de la glándula submaxilar a través del ganglio cervical superior; por ejemplo: -- produce una secreción de mucosidad espesa y viscosa, mientras que la estimulación parasimpática a través de la cuerda del tímpano, da lugar a una secreción copiosa y acuosa.

Segun Dozin el mecanismo nervioso es el siguiente:

Vías aferentes.- Clásicamente la secreción salival está sometida a dos arcos reflejos dominados, anterior y posterior, cuyas vías motoricas dependen del glosofaríngeo y del nervio intermedio de Wrisberg.

Los estímulos son esencialmente sensoriales (gustativos) y sensitivos (táctiles y termalgésicos) y psíquicos.

Vías eferentes./ El simpático y el parasimpático -- participan conjuntamente en la inervación vasomotora y secreción de las glándulas serosas, mucosas y seromucosas.

Por medio de los ganglios ótico, esfenoopalatino, submaxilar y de los ganglios periféricos al neumogástrico, los influjos secretores proceden de los núcleos orgánicos son distribuidos en un terreno muy amplio (mucosas cefálicas, respiratorias y digestivas). Esta dispersión se realiza a lo largo de los nervios que cubren así los territorios, de los cuales aseguran la inervación sensitiva; las fibras simpáticas y parasimpáticas en relación a la inervación vasomotora y secretora, la treficidad y la inervación gustativa (IX y X pares craneales) e intermedio de Wrisberg.

IV) Métodos Y Técnicas De Exploración De Las Glándulas
Salivales.

IV) Métodos y técnicas de exploración de las glándulas salivales.- Uno de los problemas relacionados con el tratamiento de las lesiones de las glándulas salivales es la decisión del clínico respecto al tipo de lesión que se está tratando y su localización anatómica en las diversas estructuras de la glándula. El clínico debe decidir con la ayuda de los medios no quirúrgicos a la mano, cuales, si es que se necesitan, son los pasos indispensables para lograr un diagnóstico exacto; los medios de que dispone son principalmente:

- a) Historia clínica.
- b) Examen físico.
- c) Examen radiográfico.
- d) Sialografía.
- e) Sialometría.
- f) Biopsia.
- h) Estudios especiales, que se realizan en función de la afección sistémica (tuberculosis, sífilis, sarcoidosis, actinomicosis).

a) Historia clínica.- Una historia clínica de la lesión ayuda a definir su naturaleza. Así que la historia clínica de la lesión constará de los siguientes aspectos:

- Duración.- La duración de la lesión es un factor importante. Si la lesión es vieja y tiene una historia de remisiones y exacerbaciones es probablemente de naturaleza inflamatoria. Si la lesión es vieja y tiene una historia de crecimiento lento y continuo, generalmente es un tumor benigno o de escasa malignidad. Si es una lesión nueva con síntomas agudos, sugiere inflamación. Una lesión nueva con aumento de volumen, indoloro, sugiere malignidad desde el principio.

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

- Rapidez de crecimiento.- La rapidez de crecimiento es un punto diagnóstico importante que indica el grado de malignidad. Una lesión de crecimiento lento pero continuo es raras veces inflamatoria o de un grado avanzado de malignidad. Una lesión de crecimiento rápido puede ser una u otra; sin embargo, el dolor, el exudado, la fiebre, o alteraciones hemotológicas con tendencia a la inmadurez suelen acompañar a las inflamaciones. Debe recordarse que los tumores no son dolorosos hasta que invaden los tejidos vecinos sensitivos o se infectan. Las lesiones de crecimiento rápido, con historia de remisión y resolución son frecuentemente inflamatorias. Las lesiones de crecimiento lento con historia de remisiones son generalmente quistes o algun otro fenómeno de retención.

- Estados asociados.- La historia de otros estados asociados al síntoma principal, con frecuencia ofrece una clave o una explicación del problema. Una historia de tuberculosis juvenil o tuberculosos en la familia, puede explicar la presencia de un cuerpo calcificado en la región de la glándula salival cuando no puede demostrarse ninguna conexión con la glándula. La historia de neumonía u otra enfermedad febril aguda puede señalar el comienzo de alguna sialodenis, especialmente de la glándula parótida.

Examen físico.- Un examen físico es el factor individual más importante en el diagnóstico diferencial de cual--

quier trastorno. Además el examen físico general para determinar los factores generales que pueden intervenir, debe llevarse a cabo un examen cuidadoso de las glándulas anexas. Es importante recordar, que tanto las glándulas parótidas como las sublinguales tienen ganglios linfáticos adyacentes y dentro de la estructura glandular misma. Las infecciones adyacentes o tumores situados dentro de las áreas de drenaje de estos ganglios ocasionan con frecuencia aumentos de volumen, que parecen ser primarios de las glándulas.

Es necesario el examen bimanual de estas lesiones y puede recogerse mucha información con el dedo examinador. El examen manual se efectúa correctamente colocando un dedo dentro de la boca y la mano opuesta sobre la lesión. La manipulación cuidadosa de ambas manos puede proporcionar los datos que a continuación se mencionan:

- Localización de la lesión.- Las lesiones de los conductos se palpan mejor por dentro de la boca cuando la lesión se encuentra en el conducto submaxilar, o en el tercio anterior del conducto parotídeo. Las lesiones situadas por fuera de la musculatura de la boca pueden desplazarse con facilidad con el dedo intrabucal y palparse con más facilidad con la mano extrabucal. Pueden palparse porciones de la glándula misma y su estructura apreciarse fácilmente. Los ganglios y tumores pueden sujetarse e indiferenciarse. Las lesiones que no son palpables o móviles desde el interior de la boca, se juzgan en relación con su localización.

Exprimir la glándula y el conducto bimanualmente permite estimar la naturaleza de la secreción, y por lo tanto de la localización de la lesión. Las lesiones situadas fuera de los conductos rara vez producen pus dentro del sistema canicular,

a menos que esten tan avanzadas que las ocluyan por presión.

- Consistencia de la lesión.- Las lesiones circuncritas se mueven y pueden desplazarse fácilmente, o sea, que la lesión no ha invadido los tejidos vecinos y no está rodeada de exudado inflamatorio difuso.

Las áreas inflamatorias en forma aguda no se mueven fácilmente, por haber infiltrado la enfermedad de los tejidos circundantes.

Las lesiones duras tienen por pronóstico la malignidad. En general la induración del área en cuestión es un signo grave y más si faltan los signos de infección. La induración es típica de las lesiones invasoras malignas, este signo debe considerarse como diagnóstico hasta que se pruebe lo contrario.

La consistencia del resto de la glándula es muy importante. Las lesiones malignas rara vez abarcan la totalidad de la glándula a menos que esten infectadas o muy avanzadas. Por lo tanto una porción de la glándula aparece normal a la mano examinadora.

Muchas lesiones tienen características típicas. Los abscesos generalmente son fluctantes; los quistes dermoides de pared gruesa generalmente tienen consistencia pastosa; los cálculos son duros y pueden ser estrellados, la glándula infectada u obstruida generalmente es firme y tensa.

- Reacción subjetiva.- La respuesta subjetiva del paciente al examen bimanual con frecuencia varía según la naturaleza de la enfermedad.

Los estados inflamatorios generalmente se acompañan de dolor, el cual, aumenta con la manipulación. Debe recordarse

que los tumores que se han infectado o que han invadido estructuras sensoriales pueden también ser dolorosos, pero, ese dolor es signo de malignidad tardío y no temprano, así que no es de mucha utilidad.

Los tumores benignos, los de poca malignidad, y los tumores malignos que empiezan rara vez son dolorosos. La manipulación puede llevarse a cabo sin queja del paciente, a menos que se prolongue lo suficiente para producir dolor. Por lo tanto los tejidos que recubren el cálculo salival siempre son sensibles a la palpación, debido a los procesos agudos algunas veces presentes y a la inflamación de los conductos vecinos.

c) Valoración radiográfica.- La radiografía se omitirá a menos que se sospeche de la presencia de un cálculo calcificado, o de invasión avanzada de las estructuras óseas vecinas.

Cuando se sospecha de un cálculo salival, las placas oclusales y lateral oblicua de la mandíbula son de gran valor sobre todo en los cálculos submaxilares. Las radiografías posteroanterior y lateral de cara con placa oclusal colocada en las paredes bucales pueden ser de valor para localizar cálculos de la parótida.

d) Sialografía.- Es una visualización de las ramificaciones de los conductos, lo que se logra gracias a una sustancia radiopaca, que se inyecta en los conductos y radiografías, esto es en las glándulas mayores.

Indicaciones:

- Es útil para determinar la presencia de procesos patológicos extraglandulares, que pueden simular una enferme-

dad de las glándulas salivales. Estas enfermedades no propias de las glándulas salivales, desplazan la glándula y sus conductos.

- Es empleada la sialografía para visualizar las estenosis de los conductos, los quistes y las fístulas.

- Demostración de un tumor y sus características (localización, tamaño, infiltración, etc.) y se puede llegar a diferenciar entre un tumor benigno y un tumor maligno.

- Estudio de litiasis y determinación del estado glandular secundario a la obstrucción.

- Estudio de inflamaciones recidivantes.

- Para identificar cálculos salivales demasiado pequeños o insuficientemente calcificados, razones por las que no podrán ser visualizados en las radiografías normales.

- También se ha llegado a utilizar con fines terapéuticos, cuando el medio de contraste es viscoso, este ayuda a dilatar el conjunto de los conductos y deshace tapones que estén deteniendo el flujo salival.

- Para determinar la localización del sitio de elección de una biopsia.

Contraindicaciones:

- No se debe practicar la sialografía en casos de sospecha de infecciones agudas.

- La sustancia radiopaca contiene el halógeno yodo, el cual puede crear reacciones de hipersensibilidad (alergia a compuestos yodados.)

Los medios de contraste pueden ser aceites halogenizados viscosos (Lipiodol, Yodoclorol, Ethiodol, Pantopaque y el

Hystrat), tienen escasa misibilidad con la saliva, aunque no son inertes farmacológicamente, no son tóxicos, producen mejor opacificación, pero, tardan en eliminarse. Dentro de este grupo el Hystrat es el que presenta mayor grado de efecto negativo, llegando a causar necrosis glandular, ya que tardan en eliminarse y tienen gran opacificación, es recomendable no hacer el sobrellenado de la glándula por explorar, llegan a tardar hasta siete días en eliminarse.

También existen medios de contraste hidrosolubles, los cuales se caracterizan por su misibilidad con la saliva, no son tóxicos locales, producen opacificación satisfactoria, y son de fácil eliminación. Entre estos se encuentran: el acetatrizoato de sódico (Urokon), el diatrizoato metilglucamina (Renografin) y el diatrizoato sódico (Hypaque).

Técnica:

Recordando la anatomía de las glándulas salivales - mayores (sólo en estas se puede practicar la sialografía) sabemos la ubicación de conducto de Stenon y del de Wharton, éste último de la glándula submaxilar, y sabemos que la glándula sublingual muchas veces carece de un conducto principal, y a veces el conducto de Bartolin (conducto principal de la glándula sublingual, cuando lo llega a presentar) se propaga hacia el conducto de Wharton, causa por la que al hacer la exploración de la glándula submaxilar, se puede llegar a observar en el sialograma algunos conductos de la glándula sublingual, y en ocasiones la glándula en conjunto.

Ya que se haya visualizado los conductos glandulares (Stenon y Wharton), para esto se puede ayudar con masaje local, lo que producirá mayor flujo salival, o usando cualquiera de

los siguientes sialogogos: pilocarpina, el sabor agridulce de algún caramelo de limón, o soluciones diluidas de ácido clorhídrico, o de ácido cítrico. En dichos conductos se introducirá una sonda lacrimonasal delgada y se irá aumentando de grosor hasta que la dilatación del conducto permita la entrada de una aguja Luerlok roma de calibre 20 a 22, que irá enroscada a una jeringuilla con el medio de contraste. El medio de contraste será de 0.8cc. aproximadamente para los conductos parótídeos, y de 0.6 para los submaxilares.

A continuación se inyecta el medio de contraste, deteniéndose cuando el paciente presente dolor (se puede aplicar una gotita de anestésico en las inmediaciones de la glándula).

El estudio comprenderá:

/ Placas simples previas.

- Sialografía: fase de repleción mesenquimatosa y posevacuación.

Ayuda de la sialografía en el diagnóstico diferencial.

- La sialografía contribuye al diagnóstico diferencial con osteomas mandibulares y adenopatías calcificadas que se sitúan fuera del contorno glandular.

- En los procesos inflamatorios crónicos específicos, podemos llegar a observar atrofia parenquimatosa, siendo los hallazgos más variables, según el período de evolución.

- Las alteraciones inflamatorias del epitelio de los conductos dan lugar a dilataciones terminales, estrechamientos y reducciones del número de ramificaciones terminales; la imagen sialográfica típica es la llamada cuerda de salchichas

y la fase de eliminación estará retardada.

- En los procesos con afección del parénquima fundamentalmente se produce dilatación de los acinos y ductos terminales, permaneciendo los conductillos principales e interlobulares normales, dando la imagen llamada "manzano en flor", la eliminación también está retardada.

Todo esto lleva a diversas imágenes que reciben el nombre de sialectasias, las cuales pueden ser de diversos tipos: punteadas, globular, cavitaria y destructiva.

e) Sialometría.- Se realiza cateterismo de los conductos de Wharton y/o Stenon y se recoge la saliva tras la estimulación con pilocarpina o simplemente con limón. En muchas ocasiones se constatará la disminución de la saliva y en otras tendrá escasa utilidad clínica. En las inflamaciones se observa elevación del sodio y de la concentración de albúmina, permaneciendo normal la de potasio. En la sialodentitis hay descenso del cloro y el sodio y aumento del potasio.

V) Trastornos De La Secresión Salival.

V) Trastornos de la secreción salival.

Dentro de la denominación de trastornos de la secreción salival se engloban las variaciones de volumen salival patológicas.

Según Schner y Levin la producción salival es de 163ml/min., con un umbral de variabilidad de 0.56 a 2.7ml/min. El volumen de saliva al día varía de 500 a 1500cc. De esta cantidad sólo el 47% es aportada por las glándulas mayores, siendo la mayor cantidad secretada por las glándulas menores.

La mayor cantidad de saliva se produce entre las edades de 6 a 14 años, después de los 20 años de edad la cantidad de saliva disminuye notablemente, con un flujo hacia los 60 años comprendido entre los 0.0025ml/min., y 0.034ml/min.

Otros factores que modifican el flujo salival son:

- Los cambios de estación.
- Los varones secretan habitualmente más saliva en reposo que las mujeres.
- La masticación es un estímulo salival, ya que triplica la salivación en reposo.
- Los estímulos olfatorios combinados con los estímulos del trigémino son los más intensos.
- Hay disminución de la salivación asociada a la psicosis.

Fármacos que aumentan la salivación:

- 1) Éteres de la colina-acetilcolina-metacolina y carbacal.
- 2) Inhibidores de la colinesterasa.
- 3) Alcaloides con acción colinérgica.

Las variaciones de volumen salival patológicas son:

- A) Sialorrea.
- B) Xerostomía.

A) Sialorrea.- Estimológicamente sialorrea significa salida de saliva al exterior de la cavidad bucal, y se sobreentiende que obedece a un aumento de su volumen; en cuyo caso puede ser deglutida en su totalidad, a lo que se le dará el nombre de sialofagia, o bien puede ser expulsada al exterior por un gargajo más o menos continuo (ptialismo o ptialomanía), la ptialomanía puede existir sin que haya aumento de volumen de la secreción salival, ya que esta es el hábito de salivar exprimiendo las glándulas con movimientos masticadores, es un hábito voluntario.

Características clínicas:

- Boca llena de líquido, que el paciente no puede deglutir sin experimentar fatiga, y al no deglutir la saliva se derrama a lo largo de las comisuras y aún de las mejillas.

- Este aumento es continuo y llega a exagerarse en el curso de la deglución y de la digestión gástrica de los alimentos.

Etiología:

a) Afecciones del tubo digestivo:

- Sialorrea de origen esofágico: espasmos, cuerpos extraños o cánceres del esófago.

- Sialorrea bucofaríngea: en las amigdalitis, estomatitis, las erupciones dentarias, los cánceres de la lengua, también un aparato de prótesis demasiado voluminoso, en general las intervenciones en boca desencadenan hiper-salivación.

- Sialorrea de origen gástrico: en las dispepsias hiperclorhídricas.

b) Intoxicaciones e infecciones:

- Intoxicación mercurial.
- Intoxicación por yoduro de potasio.
- Autointoxicación urémica.
- Diabetes.
- Enfermedades infecciosas.- La sialorrea puede ser una de las primeras manifestaciones de una infección general del organismo y desaparecer cuando se localiza y se trata la infección

c) Enfermedades del Sistema Nervioso:

- En la parálisis glossofaríngea, la parálisis de -- los labios, sobreañadida a los trastornos de la deglución contribuye en gran medida a la expulsión del flujo salival.

- Enfermedad de Parkinson.- En estas enfermedades de tipo nervioso, se puede decir que no hay una verdadera sialorrea, sino que la imposibilidad de deglutir, o los movimientos de deglución tan reducidos que existen en estas enfermedades son las que ocasionan que haya un sobrellenado en la boca de líquido salival.

- Crisis de epilepsia, la saliva se derrama en forma espumosa, esto se puede deber a las contracciones hiperclónicas e hipertónicas que hay durante la crisis, lo que provoca estimulación en los conductos, que junto con la agitación existente y la falta de los movimientos de deglución hacen que se derrame la saliva, en cuyo caso no se puede hablar de una sialorrea verdadera.

d) Sialorrea terapéutica.- Ya se mencionaron los fármacos que producen mayor insalivación.

Tratamiento. Esencialmente es etiológico y a veces también sintomático.

B) Xerostomia (Asialia o acrinia salival)

Xerosis es la insuficiencia progresiva y atrofia progresiva de las glándulas salivales y mucosas de la boca, de las conjuntivas y a veces de las mucosas nasal, faríngea y vulvar.

Signos y síntomas.- Hay sensación de rosequedad bucal acompañada con impedimento de la masticación y de la deglución. Alteraciones de las mucosas endobucal, más o menos recubiertas por una capa mucosa, blanqueca, espumosa o filamentososa que se adhiere al espejo bucal, son rojas y como barnizadas.

La lengua se encuentra más lisa y despapilada, con mucha frecuencia escabada en surcos (lengua escrotal o plegada)

Foliculares y alveolosis que conducen rápidamente a la desdentación, la cual es mal descompensada con prótesis poco toleradas.

Afecciones en las glándulas salivales:

- Las parótidas pueden ser voluminosas como si una hiperplasia parenquimatosa intentará compensar el déficit de la secreción acinosa.

Diagnóstico.- Antes de afirmar el diagnóstico de xerostomia es preciso saber que ;

- Los pacientes no siempre distinguen bien la sed y

la sequedad bucal.

- Los xerostómicos beben con frecuencia para humedecer su mucosa bucal.

Etiología de las xerostomias.- Las xerostomias propiamente dichas obedecen a causas diversas, entre las que tenemos:

a) Polidisplasia ectodérmica hereditaria de Fourane. La xerostomia ligada a la aplasia de las glándulas salivales no siempre es muy acentuada.

b) Ciertas avitaminosis producen la sequedad bucal, por intermedio de las lesiones mucosas y salivales: arriboflaminosis (B2), pelagra (PP), avitaminosis A y avitaminosis E.

c) Anemia hipocroma diabética.- Se acompaña de manifestaciones xerostómicas.

d) Intoxicaciones medicamentosas crónicas (belladonna opiáceos, espasmódicos) son capaces de secar no sólo el conjunto del aparato salival, sino también con el tiempo de alterar discretamente los parénquimas.

e) Xerosis de la vejez./ Parece invocar una desproteinosis senil, ligada a trastornos del metabolismo de los tejidos mesenquimatosos.

VI) Enfermedades De Las Glándulas Salivales.

VI) Enfermedades de las glándulas salivales.

1.- Enfermedades no neoplásicas inflamatorias.

A) Agudas:

a) Parotiditis epidémica.- Las paperas como se denomina comúnmente a la parotiditis epidémica, es una de las enfermedades más difundidas de las glándulas salivales, aunque el término de parotiditis epidémica es bastante restringido, ya que pueden verse afectados otros órganos sin involucrar a las glándulas salivales.

La parotiditis epidémica es una infección viral de la segunda infancia, también se puede encontrar en los adultos en quienes tiene mayor tendencia a las complicaciones. Se caracteriza por hipertrofia dolorosa de una o más glándulas, por lo general son las parótidas, aunque pueden verse involucradas ocasionalmente los otros dos pares de glándulas salivales mayores.

Etiología.- Su agente patógeno pertenece a la categoría de los virus filtrables, la denominación de virus filtrables se les dá a aquellos virus que tienen la propiedad de atravesar los filtros destinados a la retención de bacterias. El periodo de incubación es de dos a tres semanas, el de transmisibilidad de dos días antes y siete días después de aparecidos los síntomas. La transmisión es por gotitas de saliva, diseminadas al toser o estornudar el paciente infectado. El virus también se encontrará durante algún tiempo en sangre y orina.

signos y síntomas.- Esta enfermedad es precedida por aumento de la temperatura y una sensación de dolor en la región retromolar, que es seguida de una hinchazón firme, algo gomosa o elástica, que desplaza el lóbulo de la oreja para extenderse al ángulo de la mandíbula.

Hay dolor por delante del conducto auditivo externo, la tumefacción aparece primero unilateral y después de tres a seis días se presenta en la otra glándula. En el 30% de los pacientes, sólo una de las parótidas está aumentada de tamaño.

En la exploración oral, la mucosa se encuentra más enrojecida de lo normal, y el orificio de Stenon se encuentra enrojecido y tumefacto debido a que hay una descamación epitelial del mismo.

En menos de ocho días la tumefacción desaparece y la temperatura se normaliza.

Esta enfermedad puede tener complicaciones glandulares como: pancreatitis, prostatitis, oovitis; cuando la infección se presenta después de la pubertad la orquitis se puede llegar a presentar, pudiendo ocasionar esterilidad; también puede haber complicaciones nerviosas: meningitis, ésta se puede considerar siempre presente, como lo demuestran las modificaciones en el líquido cefalorraquídeo, pero sin llegar a cambios histológicos definitivos.

Tratamiento.- Como prevención existe una vacuna preparada a base de virus atenuado, preparadas en células de embrión de pollo, capaz de provocar la producción de anticuerpos en una cantidad inferior a la que provocaría la infección natural, pero con el nivel de resistencia que garantiza la in

munidad durante varios años, quizá de por vida. La vacuna está indicada en niños desde el primer año de edad y en adultos y contraindicada en aquellos casos establecidos para las vacunas a virus vivos.

Incisión.- Cuando la tumefacción o los dolores aumentan, la piel enrojece y persiste la temperatura.

La incisión debe ser por lo menos de 6cm., empezando exactamente por debajo del lóbulo de la oreja, y en sentido descendente, de convexidad anterior, hasta la región submaxilar. Solamente se incidirán los planos superficiales para descubrir la glándula, los abscesos intraglandulares se abrirán con incisión roma.

Cuando sea necesario practicar incisiones múltiples se harán siempre horizontales, paralelas a los filetes del facial y al conducto de Stenon.

b) Parotiditis supurativa o secundaria.- En el primer estadio las parotiditis agudas (parotiditis epidémica y parotiditis supurativa) se desarrollan de igual forma: aumento de la temperatura, dolor en la región retromolar, hinchazón que desplazará el lóbulo de la oreja y que producirá dolor al masticar.

Etiología.- El mismo virus que el de la parotiditis epidémica, sólo que en este caso, la inoculación será directa en la glándula o en el conducto excretor.

Signos y síntomas.- La parotiditis supurativa es normalmente unilateral; se anuncia por un dolor muy intenso y

su primera diferenciación de la epidémica, es que en ésta hay trismus.

La piel adquiere una coloración roja intensa, se infiltra y conserva la huella del dedo al presionarla. La palpación profunda es dolorosa, permite percibir una masa difusa no fluctuante.

La mucosa alrededor del conducto de Stenon se encuentra roja, los bordes del orificio están elevados y por estos salen gotitas de pus al hacer la exploración endobucal.

Si la parotiditis no es tratada hacia el quinto o sexto día aparecen una serie de fístulas que desembocan en la piel, y el pus sale por estas fístulas. Después de la cicatrización persisten algunas adherencias y una induración parcial de la glándula.

Tratamiento.- Será igual que para la parotiditis epidémica, pero además será curativo: expresión de la glándula por presión prolongada para evacuar el pus del conducto, aspiración del pus e instalación de una solución antibiótica.

c) Litiasis salival.- La litiasis salival, o formación de cálculos en las glándulas salivales, se presenta principalmente en la glándula submaxilar, siendo poco frecuente en las glándulas parótidas, y excepcionalmente en las glándulas menores. Es más frecuente en el sexo masculino, en una proporción de 2:1, se presenta desde los cinco años de edad, siendo más frecuente en la edad adulta. Es predominantemente unilateral.

Etiología.- Existen varias teorías que tratan de explicar el porqué de la formación del cálculo salival.

Teorías de la estasis salival:

- Una se basa en que un órgano vecino puede estar comprimiendo el conducto excretor.

- Otra, culpa a un agente irritante, podría ser una infección, que produce un espasmo de esfínter del conducto salival, que provoca una estasis y con esto una hipersaturación y precipitación de las sales salivales.

- Que el curso ascendente del conducto de Wharton y sus muescas dificultan el curso salival.

- Teria infecciosa de Galipe: El cálculo se forma alrededor de microbios. La litiasis estaría ligada a la infección, en cuyo caso debe haber otra u otras causas, ya que la flora bucal en estado normal es la misma en todos los individuos.

El cálculo se encuentra con mayor frecuencia en el conducto excretor; es de color blanco, puede tener un peso hasta de 93grs., los conductos son largos en forma de hueso de dátil, los de las glándulas son esféricos, estas formas son bien diferenciadas cuando son pocos los cálculos. Su consistencia es por lo común dura.

Signos y sí tomas.- La litiasis salival se divide en litiasis submaxilar simple y litiasis submaxilar complicada o wharntonitis, y ayudados por esta clasificación daremos sus signos y síntomas.

Litiasis submaxilar simple.- En esta lesión las crisis del cólico salival son intermitentes y la expulsión del cálculo espontánea, después de lo cual no hay ningún veg

tigio clínico del cálculo.

Litiasis submaxilar complicada.- Cuando se presenta se observa una disociación entre la supuración whartoniana y la supuración glandular. Esta afección es precedida por la infección, pero sus síntomas primarios no siempre son los de inflamación, sino que pueden ser algunos de los siguientes cuadros:

- Hernia salival.- Esta se manifiesta en el curso de una comida, el cálculo impide la salida de la saliva, por lo que se presentará un aumento de forma, se hará la expulsión del cálculo, después de lo cual todo vuelve a la normalidad.

- Cólico salival.- Al igual que la hernia salival, el cólico salival se manifiesta en el curso de una comida, el paciente presenta dolores agudos en la lengua y en el piso de la boca, al mismo tiempo habrá una hinchazón rápida y con frecuencia considerable de la región suprahioidea, acompañada de una prominencia de la mucosa sublingual. A continuación habrá expulsión en chorro de saliva, sediendo los dolores primero y lentamente la hinchazón; la hinchazón puede tardar varias horas en desaparecer. En el momento de la crisis el orificio del conducto de Wharton se presenta rojo y edematoso.

- Flemón del suelo de la boca.- Es un cuadro bastante doloroso y molesto, ya que se presenta bruscamente, manifestándose por dolores intensos, que se irradian hacia la oreja y que pueden producir insomnio, en estos casos jamás falta el trismus; estos síntomas disminuyen al derramarse pus por el conducto de Wharton, para volver a ser más intensos cuando se produce de nuevo la retención. Durante estas crisis puede

o no haber ligero aumento de la temperatura y malestar general. La lengua se encontrará desviada hacia el lado contrario de la lesión, sus movimientos se verán limitados, especialmente los de protracción, con frecuencia todo el piso de la boca se encuentra levantado y la mucosa congestionada.

Tratamiento.- Incisión, esto es, cuando las lesiones son recientes y poco acentuadas.

B) Crónicas:

a) Tuberculosis.

Etiología.- Las lesiones bucales son generalmente secundarias, son complicaciones en un individuo ya infectado por el bacilo de Koch; el bacilo puede llegar a la cavidad bucal por cualquiera de las siguientes vías: sanguínea, traqueal, linfática; propagación de lesiones de vecindad (laríngeas, nasales, óseas, ganglionares o cutáneas).

Entre las causas locales que favorecen el desarrollo de las lesiones bucales cabe citar:

1.- Causas mecánicas: mordeduras, traumatismos masticatorios o protésicos.

2.- La primera infección bucal tuberculosa aparece después de una extracción o de una infección apical, por contaminación alimentaria.

El período de incubación del bacilo de Koch varía de ocho días a los meses, después de este tiempo aparece el primer signo patognomónico de la tuberculosis, el chancro tuberculoso, el cual llega a alcanzar la dimensión de una moneda.

La lesión se caracteriza por tener bordes delgados, despegados, de fondo violáceo, es una lesión poco profunda. Poco a poco el chanero se vuelve fluctuante, después de dos a tres meses de la aparición del chanero se establece una fístula. El chanero se lleva varias semanas para cicatrizar. La cicatrización de la fístula es más lenta.

La infección puede curar o bien aparecer otras manifestaciones tuberculosas.

Diagnóstico.- Es difícil diagnosticar la tuberculosis de las glándulas salivales ya que suele no existir síntomas de tuberculosis general. La biopsia por punción y la sialografía son de gran ayuda.

La tuberculosis afecta a la parótida y a la glándula submaxilar y el un 5% a la glándula sublingual.

Las lesiones están constituidas por focos caseosos:

Forma diseminada.- De origen hematógeno y curso muy leve. No existe tumefacción, ni fiebre, ni dolor. Los conductos secretores no contienen pus. Los trastornos de la secreción pueden ser producidos o faltar del todo.

Cuando hay lesiones fibróticas, en la sialografía se observa un sistema de conductos normal.

Cuando predominan las reacciones caseosas, existen zonas irregulares con conductos policíclicos, además de estenosis y dilatación.

Forma nodular circunscrita.- Formando abscesos. La tuberculosis nodular de la parótida es menos excepcional de lo que se admite, pero, su diagnóstico clínico y sialográfico resulta difícil. Solamente la comprobación de algunos canales excretores salivales entre los folículos tuberculosos

permite atribuir esta formación nodular a una tuberculosis parotídea, y no a una adenitis.

Los pacientes afectados de tuberculosis de la parótida - presentan con suma frecuencia los caracteres de un tumor mixto, o bien de una adenitis de la región parotídea.

La tuberculosis submaxilar puede permanecer largo tiempo latente y adoptar los caracteres de la submaxilitis o desarrollarse sobre ésta.

Tratamiento.- El tratamiento debe ser general: higiénico, dietético, antibiótico (PAS, izonazido, aisladas o asociadas). Contra el chanero la abstención operatoria debe ser la regla.

Contra la adenopatía los rayos X pueden dar buenos resultados.

b) Sífilis congénita.

Etiología.- Es causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, la que es contraída por el feto en el curso de la vida intrauterina. Los gámetos que crean el cigoto son sanos, así que la infección se da después de la concepción. La transmisión transplacentaria es la forma como se infecta un sífilítico congénito; esta infección se lleva a cabo después del quinto mes de vida intrauterina, es muy virulenta hacia el sexto mes, por lo que, el feto generalmente muere; de sobrevivir el sífilítico congénito presentará lesiones sífilíticas, las cuales se manifestarán unas semanas o algunos meses después del nacimiento.

La sífilis no entra en evolución hasta pasados cinco, di

ez, quince, treinta años o incluso más tarde.

Lesiones en las glándulas salivales.

La parotiditis se puede llegar a observar en la segunda infancia y en los adolescentes, esta parotiditis se presenta en forma gomosa.

Se puede llegar a presentar el síndrome de Mikulick: es una afección rara que se caracteriza por una hipertrofia bilateral de las glándulas salivales y lagrimales, indolora, de evolución crónica; sin signos generales, ni modificación de la fórmula sanguínea.

b') Sífilis adquirida.

Etiología.- La sífilis adquirida es una enfermedad infecciosa causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. La inoculación se produce generalmente por contagio inmediato, o el contacto puede realizarse por objetos que se llevan a la boca, algo muy raro, ya que el *Treponema pallidum* no es capaz de sobrevivir más que algunos minutos fuera del organismo y está expuesto a la disecación.

La sífilis adquirida se divide en tres periodos:

- 1) Periodo primario (chancre).
- 2) Periodo secundario (verdadera septicemia).
- 3) Periodo terciario (enfermedad orgánica, esclerosis y goma).

El periodo secundario tiene manifestaciones a nivel de glándulas salivales, y se manifiesta después de 45 días de establecido el chancre sífilítico, esto es, cuando este ya está cicatrizado. afecta principalmente a las glándulas parótidas: parotiditis de la sífilis secundaria, es una parotiditis agu-

da, caracterizada al comienzo por un dolor local, trastornos de la masticación y de la deglución, y una tumefacción unilateral y después bilateral.

Cuando ya están afectadas las dos parótidas, estas se observan tumefactas, apenas sensibles, los tegumentos supradayacentes son rosados. Existe trismus, los orificios de Stenon están enrojecidos.

c) Actinomicosis.-

Etiología.- Entre las infecciones micóticas que atacan a las glándulas salivales tenemos la actinomicosis. Enfermedad causada por microorganismos anaerobios gram positivos, el *Actinomyces israeli* y otra variedad el *A. bovis*.

El actinomiceto es un microorganismo normal de la cavidad bucal, por lo que la patogenia de la enfermedad no está bien establecida. Se sabe que los traumatismos, como las intervenciones quirúrgicas y las extracciones juegan un papel importante en esta enfermedad.

Existen tres zonas principales de localización:

- 1) Cervicofacial.
- 2) Abdominal.
- 3) Pulmonar.

Hablaré sólo de la cervicofacial, que es la que está relacionada con las glándulas salivales.

Signos y síntomas.- La actinomicosis cervicofacial es la forma más común de las actinomicosis, se encuentra en dos tercios de los pacientes con esta infección. Los microorganismos pueden estar en los tejidos, en las mucosas bucales,

permanecer localizados en los tejidos blandos subyacentes, o difundirse y alcanzar las glándulas salivales, hueso e incluso piel de la cara y cuello, produciendo tumefacción e induración de los tejidos. Esta tumefacción se puede transformar en abscesos, que se habren hacia la superficie por medio de múltiples fistulas que drenan un líquido mucopurulento de olor fétido y color amarillo.

La infección de los tejidos blandos se extiende hasta abarcar la mandíbula o con menos frecuencia el maxilar. Una vez que la infección alcanza hueso, la destrucción de tejidos puede ser muy amplia, afectando cráneo, meninges o cerebro.

Tratamiento y pronóstico.- Es difícil su tratamiento, si sin resultados positivos, con mayor frecuencia se han empleado penicilinas y tetraciclinas, pero el curso de la enfermedad es igualmente prolongado.

Enfermedades autoinmunes:

a) Parotiditis crónica recidivante de los adultos.

Etiología.- La hiposialia de la glándula es el requisito previo más importante.

Signos y síntomas.- La parotiditis crónica recidivante es poco más frecuente que la parotiditis supurativa.

Puede existir dolor asociado en la región preauricular y retromolar. Toda la glándula se encuentra moderadamente aumentada de tamaño. El orificio del conducto parotídeo está a menudo enrojecido. Rara vez existe fiebre.

Diagnóstico.- El diagnóstico se basa en una historia de tumefacciones recidivantes, algo dolorosas de la glándula parotídea. La saliva tiene un aspecto turbio, y se afirma que tiene sabor ácido. Habitualmente sale pus al exprimir el conducto parotídeo. En los frotis de saliva se observan esta filococos y estreptococos hemolíticos. El flujo salival se encuentra muy disminuido, los análisis de saliva descubren un aumento del contenido de sodio, normalmente bajo, una elevación de las proteínas (habitualmente superior a 400mg/100ml.) y un cambio en la distribución electroforética en favor de las fracciones protéicas que emigran hacia el cátodo.

Resultados de la sialografía.-El sistema excretor salival de los adultos presenta casi siempre una estasis del conducto principal. Se pueden observar cualquiera de los siguientes tipos de imagen:

1) Una forma irregular más o menos pronunciada. La estasis y la estenosis se alternan al azar, sobre todo en la

porción extraparotídea del conducto.

2) Formación de hileras de cuentas.

3) El conducto extraparotídeo sufre una dilatación cilíndrica, pero las ramificaciones de segundo y tercer orden están aplanadas en forma de dedos. Los cortes histológicos descubren una dilatación ligera, a veces hasta los acinos.

4) Forma de capullos de cerezo.- Suele aparecer en fases precoces o inflamaciones asociadas a una menor dilatación del conducto principal. Habitualmente está difundida -- por la totalidad de la glándula.

No es necesario recurrir a la biopsia en ésta enfermedad. La imagen microscópica es la hiperplasia del epitelio de los conductos salivales, infiltración linfocítica periductual, atrofia y fibrosis acinar que conducen eventualmente a la desaparición de los acinos.

b) Parotiditis crónica recidivante del niño.

Etiología.- Es desconocida, aunque se piensa que tiene base autoinmune. Se presenta en niños varones de tres a cuatro años.

Signos y síntomas.- Los niños presentan una brusca tumefacción parotídea unilateral o bilateral; no se encuentra afectada la glándula submaxilar, la evolución es rápida, pudiendo durar días o años, y los episodios son únicos o múltiples. En ocasiones el cuadro simula obstrucción o tumor.

Existe disminución de la secreción salival y lacrimal, y

a veces en la saliva se observa mucopus.

El niño no dá la impresión de estar enfermo, aunque puede existir fiebre al comienzo del cuadro. Dicha afección puede desaparecer al llegar el niño a la pubertad o progresar a la forma del adulto.

Quistes:

a) Quiste branquial.

Etiología.-- Es un quiste congénito. Es una anomalía embriológica, no neoplásica o maligna, que se origina del epitelio embriológico incluido entre los arcos branquiales, al tiempo que estos se funden.

El quiste generalmente se manifiesta como un aumento de volumen en la parte lateral del cuello, o en el piso de la boca. Se ha presentado en sitios vecinos o dentro de las glándulas salivales principales; en tales casos es difícil diferenciarlos por medios clínicos de tumores de las glándulas salivales.

Signos y síntomas.-- El quiste branquial es firme, pero, más blando, que otra neoplasia verdadera. Puede sufrir remisiones periódicas, signo que nunca presenta una neoplasia verdadera. Puede haber movimiento, pero, no siempre es característico, ya que el quiste puede fijarse a estructuras que se muevan con dificultad, o bien puede experimentar por un episodio inflamatorio, el cual produce fibrosis periférica, lo que le impedirá moverse. Durante su existencia puede presentar dolor a la palpación.

El quiste branquial se muestra en el sialograma como un

defecto de llenado, semejante en muchos aspectos a otras lesiones quísticas o maculas de las glándulas salivales.

Quistes de retención:

a) Mucocelo.- Es un quiste de retención que contiene moco, aparece en la región de las glándulas salivales de la mucosa bucal, comprende un 2.8% de las biopsias orales. Es una lesión pequeña y circunscrita de la mucosa, generalmente elevada, translúcida y azulada. Los labios y la lengua constituyen el lugar de elección de este quiste.

Etiología.- Es un quiste adquirido, que resulta de la rotura de un conducto dentro del parénquima de la glándula. La rotura se llena con secreción salival y eventualmente se encapsula con tejido conectivo fibroso. Puede haber un revestimiento epitelial completo o parcial, o puede no haberlo.

Signos y síntomas.- Estos quistes son asintomáticos. Se pueden localizar en la superficie, o ser profundos. Cuando son profundos, al palparse se pone de manifiesto una formación circunscrita, que se desplaza con facilidad. Las lesiones superficiales se habren frecuentemente, y luego de descargar una sustancia mucóide viscosa, se colapsan, para tener recidivas. Esta secuencia de ruptura, descarga y recurrencia puede continuar durante meses.

Tratamiento.- Es quirúrgico, eliminación del quiste junto con la glándula, esto para evitar la recurrencia.

b) Ránula.- Es un quiste de retención, que al contrario del mucocelo, se va a localizar en las glándulas salivales mayores, principalmente las sublinguales y las submaxilares.

Etiología.- Al igual que el mucocelo, se produce por una ruptura del conducto excretor de una glándula salival y la posterior acumulación de saliva en los tejidos.

Signos y síntomas.- La ránula es una tumuración grande, asintomática del piso de la boca, de color azulado y llena de moco, es móvil a la palpación.

Tratamiento.- Marsupialización.

Tumores de las glándulas salivales.- En raros casos las glándulas salivales presentan tumores, los más frecuentes, se llaman inadecuadamente tumores mixtos. El ataque es más común en las parótidas. Por cada cien casos de tumores parotídeos hay aproximadamente 10 de glándulas submaxilares, 10 de glándulas salivales menores y uno de glándulas sublinguales. Más del 80% de los tumores parotídeos son benignos, aunque los tumores de las otras glándulas salivales son benignos en menos del 50% de los casos, su escasa frecuencia en relación con las neoplasias parotídeas significa que en general los tumores de las glándulas salivales son benignos.

A) Tumores benignos:

a) "

a) Adenoma Pleomórfico o "tumor mixto".- Es el tumor más común observado en las glándulas salivales, abarcando más del 50% de estos y el 90% de los tumores benignos en estas glándulas.

El tumor mixto se localiza principalmente en la glándula parótida, aunque puede detectarse en los otros dos pares de glándulas mayores, e incluso se puede llegar a localizar entre las glándulas menores. Tiene una mayor tendencia en el sexo femenino con una relación de 5:4 sobre el masculino. Se presenta entre los 40 y los 60 años de edad.

Etiopatogenia.- El tumor nace como una hipertrofia del epitelio glandular, más probablemente del epitelio del conducto, con transformación gradual de las diversas estructuras que caracterizan a esta lesión.

Signos y síntomas.- En las glándulas parótidas aparecen como masas ovaladas que pueden alcanzar el tamaño de una toronja, invadiendo hasta el ángulo de la mandíbula, puede alcanzar el lóbulo de la oreja, atacar el nervio facial, pudiendo ocasionar parálisis facial en grado variable, en cuyo caso produce dolor, síntomas de neuralgia del trigémino.

Los tumores se encuentran encapsulados por tejido conectivo fibroso. La lesión no presenta fijación a los tejidos más profundos, ni a la piel que lo cubre.

A la palpación es de forma nodular, de consistencia firme. El dolor no es síntoma característico, a menos que se vea involucrado el nervio facial.

Los tumores mixtos son de crecimiento lento, son detectados por el paciente, ya que aunque no hay dolor, si hay difi-

cultad a la masticación, fonación y respiración.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica. Algunos autores prefieren enucleaer todo el lóbulo afectado, mientras que otros, particularmente en el caso de las lesiones parotídeas, prefieren eliminar todo el lóbulo afectado. Las lesiones intra bucales se tratan por lo común mediante la excisión extracapsular conservadora. Por lo común estos tumores se encuentran bien encapsulados por lo que es importante que al hacer la ex tirpación quirúrgica, arrasar con todos los pseudópodos invasores, para evitar la recurrencia, lo cual es muy frecuente.

Los tumores mixtos son radiorresistentes, por lo que la irradiación con rayos X esta contraindicada.

Es difícil diferenciar clínicamente los tumores mixtos de otros tumores del área, o de ganglios linfáticos hiperplásicos, por lo que el diagnóstico diferencial se hará con ayuda de la biopsia por excisión. Los sialogramas son de poca utilidad, ya que para obtener una buena imagen es necesario que la lesión este muy avanzada, que sea de gran tamaño, para que se ven el desalojamiento de la estructura glandular.

b) Tumor de Warthin.- Es un tumor benigno de crecimiento lento, puede aparecer en cualquier parte dentro de la glándula parotídea o cerca de ella, generalmente en el ángulo o en la región de la rama ascendente de la mandíbula, o bien por debajo del lóbulo de la oreja. Aunque se han comunicado casos en la glándula submaxilar. Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, en una relación de 5:1 se presenta entre los 50 y los 60 años de edad.

Etiopatogenia.- Hay varias teorías que tratan de explicar el crecimiento de esta lesión:

1) Proliferación del tejido salival glandular heterotópico de los ganglios linfáticos en la zona de la glándula parótida.

2) Restos de arcos branquiales.

3) Desarrollo heterotópico de la mucosa de la trompa de Eustaquio.

4) Endotelio linfático metaplásico.

5) Según Chaudry y Garlin, este tumor se origina en el tejido heterotópico de las glándulas salivales, atrapado o incluido en los ganglios linfáticos durante la embriogénesis.

Signos y síntomas.- Es un tumor de localización superficial, rara vez alcanza un diámetro mayor de tres o cuatro centímetros. Es firme, bien circunscrito, por lo que es bien diferenciado a la palpación, la cual es indolora. El sialograma presenta mínimas alteraciones, a no ser que el tumor tenga un gran tamaño que produzca el efecto de llenado en la sialografía.

El tumor de Warthin se encuentra encapsulado, es unilateral y quístico, cuyo contenido mucoso claro desplaza los tejidos y facilita el diagnóstico por sialograma.

Características histológicas.- Tumor compuesto por epitelio linfático. La formación quística presenta proyecciones papilares y una matriz linfoidea que tiene centros terminales. Con frecuencia se encuentra un coágulo eosinófilo dentro de los espacios quísticos, que aparecen como un líquido

de color achocolatado en las muestras macroscópicas. El componente linfoide es abundante, aunque sólo representa el tejido linfoide normal del ganglio linfático, dentro del cual está atrapado el tejido glándular salival, que da origen a la neoplasia.

Tratamiento.- Exisi3n quirúrgica.

c) Adenoma sebáceo.- Es una proliferaci3n neoplásica benigna de la célula secretoria de una glándula salival, por lo que también recibe el nombre de adenoma salival. Suele circunscribirse al parénquima de la glándula parótida. Es firme, indoloro, generalmente está bien encapsulado, crece lentamente y se mueve fácilmente de su lugar de crecimiento al aplicar presi3n, volviendo a su posici3n original al suspender esta; este es un signo importante, ya que casi todas las neoplasias están induradas y no pueden desplazarse en esta forma. Las alteraciones apreciables en el sialograma son escasas o nulas. El diagnóstico diferencial no puede hacerse satisfactoriamente sin biopsia.

Tratamiento.- Es quirúrgico.

B) Tumores malignos:

a) Tumor mixto. Adenoma pleomorfo maligno.- Son lesiones raras que aunque tienen un cuadro histológicamente benigno, dan metástasis a manera de una lesi3n primaria, presentando zonas citológicamente malignas.

Etiología.- No se sabe con seguridad si estos tumores han tenido origen benigno, malignizándose por alguna razón. Se ha comprobado que el adenoma pleomorfo maligno se presenta una década más tarde que el benigno, tiempo que daría lugar a que el primero se malignizara, además de que los pacientes relatan por lo general, que desde tiempo atrás tienen la masa tumoral, pero que de un tiempo a la fecha, han observado un crecimiento continuo.

Aunque también existe la contraparte de quienes afirman que el tumor es maligno desde su iniciación.

Signos y síntomas.- El tumor es doloroso, lo cual es un rasgo diferencial del benigno. Suele adherirse o fijarse a las estructuras subyacentes, así como a la piel de la mucosa que lo cubre. Es variable la presencia de ulceración.

Diagnóstico.- No han quedado totalmente establecidos los criterios para reconocer un tumor maligno; sin embargo parecen inducir los cambios nucleares, que habitualmente se consideran indicadores de malignidad (hipercromatismo, pleomorfismo nuclear, aumento o anormalidad de la mitosis y aumento de la relación entre núcleo y estroma), invasión de vasos sanguíneos, linfáticos o nervios e inflamación periférica obvia y destrucción del tejido normal.

Tratamiento y pronóstico.- El tratamiento es quirúrgico; aunque a veces lesiones que manifiestan una tendencia a la recidiva local, son tratadas mediante la terapéutica de cirugía e irradiación.

b) Carcinoma de células acinosas.- Es un tumor poco frecuente, se llega a presentar en un rango de 2.7 a 7% en las glándulas mayores, y es relativamente raro que se presente en las glándulas salivales menores. Se presenta entre las edades de 35 a 59 años.

Signos y síntomas.- Se presenta como un aumento de volumen lento pero continuo, crecimiento que al principio el paciente no le dá importancia, y al que llega a acostumbrarse, ya que no hay dolor.

Hay un crecimiento del área facial afectada (generalmente la parótida), bien enmarcado, y que es fácilmente delimitado con la palpación bimanual. Su consistencia es firme, con bordes definidos. Es una masa de difícil manipulación, ya que presenta peloteo. Puede haber ulceración intraoral, posiblemente debida a factores uatrogénicos del paciente.

Histológicamente este tumor se compone de tejido epitelial neoplásico. Sus células son de forma poligonal, el núcleo ovoide, hipercromático, localizado excentricamente, en ocasiones se observan núcleos múltiples. La actividad mitótica puede ser baja, lo que explica el crecimiento lento de este tumor.

Diagnóstico.- El diagnóstico se hace con la ayuda de la biopsia excisional. Y aún así es difícil, ya que este tumor se puede presentar en formas distintas histológicamente.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica del tumor.

c) Carcinomas primarios:

-Carcinoma mucocelidmoide y carcinoma indiferenciado.- Se hablará de estos dos tumores al mismo tiempo porque tienen las mismas características, con la diferencia de que el carcinoma mucocelidmoide presenta frecuentemente adenopatías, mientras que el indiferenciado sólo lo hace en el 50% de los casos.

Estos tumores se originan principalmente en la glándula parótida, aunque se han llegado a observar en las otras dos glándulas mayores, y aún en las accesorias. Afectan a personas entre los 50 y los 60 años de edad, no teniendo predilección por sexo, ni raza. También se pueden encontrar entre los niños (siendo de los tumores que se presentan a edad más temprana).

Signos y síntomas.- Son de malignidad variable; pueden crecer rápidamente o con lentitud. Rara vez presentan dolor, a menos que se presente infección o invasión de estructuras vitales.

- Tumor de bajo grado de malignidad.- Este tumor aparece como una masa indolora, cuyo diámetro rara vez alcanza más de 50mm., presenta una cápsula, la cual lo cubre de forma incompleta, con frecuencia presenta cavidades quísticas ocupadas por material mucoso viscoso. Debido a la tendencia de formar zonas quísticas, estas lesiones llegan a semejarse al fenómeno de retención mucosa o mucocel.

ii) Tumor de alto grado de malignidad.- Se caracteriza por su crecimiento rápido, y como síntoma temprano se manifiesta dolor. Es frecuente cuando el tumor afecta la glándula parótida, parálisis del facial. El carcinoma mucocelidmoide

de de alto grado de malignidad no esta encapsulado y tiende a infiltrarse en los tejidos vecinos, y en un elevado porcentaje de casos a metastizar a los ganglios regionales. También pueda haber metastásis a pulmones y tejidos subcutáneos.

Características histológicas.- Tumor pleomorfo, -- compuesto de células secretorias de moco, células de tipo epidermoide y células intermedias, a veces presenta microquistes compuestos de células mucosas, estas células se pueden romper y al estallar liberan moco, el cual se puede acumular en el tejido conectivo y provocar una reacción de inflamación.

Diagnóstico.- Este tumor involucra a conductos a vecinos, por lo que el sialograma en este caso es de gran utilidad. Puede haber signos de cavidades en los sitios donde se ha producido necrosis de hiperplasia glandular, con formación de nuevos conductos, o bien de contricción ocasionada al llenarse un conducto por tejido neoplásico. Estas características se pueden confundir con lesiones inflamatorias, por lo que se hace necesario el examen histológico.

Tratamiento.- Es quirúrgico, y depende de la malignidad o del poder de invasión del tumor, así será el grado de resección que se tendrá que efectuar. El tratamiento conservador del nervio facial no debe considerarse importante, por el contrario, el cirujano debe guiarse por la extensión en que la lesión ha invadido los tejidos adyacentes. Esto no implica que el nervio deba ser siempre sacrificado. Las disecciones radicales del cuello no suelen ser necesarias, a menos que -- existan signos de metastásis en los ganglios cervicales.

La irradiación puede ser beneficiosa para controlar la

metastásis, o como procedimiento paliativo, pero no se considera indicada como método profiláctico postoperatorio.

- Adenocarcinoma.- Tumor sumamente maligno, que se forma en las estructuras de las glándulas salivales. Puede presentarse en el tejido de las glándulas aberrantes de los labios, carrillos, paladar y bucofaringe, así como en las glándulas salivales principales.

Signos y síntomas.- Es de rápido crecimiento, dolor temprano ocasionado por la compresión de los nervios sensitivos e inmovilidad de la masa del tumor, por sus extensiones en los tejidos adyacentes. El adenocarcinoma produce metastásis a los ganglios linfáticos de la región, pulmones y esqueleto.

Diagnóstico.- Este se establece por medio de la biopsia. Las radiografías del tórax son aconsejables para descubrir las lesiones metastásicas.

Tratamiento.- Este incluye la extirpación radical del tumor y sus prolongaciones accesibles. La terapia por irradiación puede emplearse para tratar las lesiones metastásicas.

Pronóstico.- Es menos favorable cuando aparecen las metastásis

Conclusiones.

- Los trastornos de la secreción salival no son propiamente enfermedades de las glándulas salivales, sino respuestas a diferentes estímulos, o manifestaciones de otras enfermedades generales.

- La glándula parótida es la más atacada por las diversas enfermedades propias de las glándulas salivales, sobre todo en cuanto a enfermedades inflamatorias y tumores se refiere.

- Debido a que la glándula parótida esta en relación directa con grandes músculos de la cavidad bucal, como son el masetero y el buccinador, cuando se afecta esta glándula se observa asimetría facial, esto sucede en las otras glándulas principales, cuando la enfermedad esta muy avanzada.

- Los tumores en glándulas salivales ocupan el 3% de la totalidad de los tumores del cuerpo humano, siendo la mayoría benignos.

Bibliografía.

- HARRY Sicher (Comp) Histología y Embriología Bucal, Tr. Tomás Velázquez, 4a reim--
presión, México, La Prensa Médica Mexi--
cana 1969, 405p.
- QUIROZ Gutiérrez Fernando, Tratado de Anato--
mía Humana, Tomo III, Vigésima primera
edición, Ed. Porrúa, México 1981, ----
p. 513.
- MICHEL Dechaume, Estomatología, Tr. A. Jor--
net, España, Ed. Toray-Masson, 1969,
p.XIX, o. 955.
- ROBERT J. Gorlin, Henry M. Goldman, Patología
Oral, Tr. Dr. Joaquín Felipe Llimas,
2a reimpresión, Barcelona España, Sal--
vat Editores 1980; pXX, p.1273.
- WILLIAM G. Shaffer, Tratado de Patología Bu--
cal, Ed. Interamericana, tercera edi--
ción, México 1981, p.846.
- KRUGER Gustav, Tratado de Cirugía Bucal Tr.
Dra. Georgina Guerrero, 2a edición,
México, Nueva Editorial Interamericana,
1978, p.XV, p.616.