

90
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PATOLOGIA DE GLANDULAS SALIVALES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

GEORGINA CEBALLOS ORTEGA

BUENAVENTURA RAQUEL JASSO MONDRAGON



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:

	PAG.
INTRODUCCION.	1
CAPITULO I.-	
1.- GENERALIDADES.	
a) Clasificación de las Glándulas Salivales de Acuerdo a su Tamaño	2
b) Saliva.	
c) Función de la Saliva.	3
d) Composición de la Saliva.	4
CAPITULO II.-	
GLANDULAS SALIVALES	
1. Histología	4
2. Anatomía	13
3. Fisiología	20
a) Estimulación Experimental de los Nervios Secretores	
b) Secreción Refleja de la Saliva.	22
c) Secreción de la Saliva en Condiciones Normales. . .	22
d) Papel que desempeñan las Glándulas Salivales - en el Equilibrio Hídrico.	24
CAPITULO III.-	
DIAGNOSTICO.	
1. Historia Clínica.	25
a) Exploración Física.	25
b) Inspección y Examen Extraoral	26

	PAG.
c) Examen Intraoral	26
2. Métodos de Laboratorio	26
a) Sialograffa.	27

CAPITULO IV.-

ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

1. Procesos Inflamatorios

a) Sialodenitis	22
b) Sialolitiasis	32
c) Sialodoquitis	33
d) Enfermedad de Mikulicz.	33
e) Síndrome de Mikulicz	34
f) Parotiditis Epidémica o Paperas	34
g) Síndrome de Sjögren	36
h) Mucocele	36
i) Ranula	38

2.- Neoplasias Benignas.

a) Adenoma	40
b) Oncocitoma.	41
c) Tumores Mixtos Benignos	41
d) Cistoadenoma Linfomatoso Papilar.	42
e) Adenoma Pleomórfico (Tumor Mixto)	43

3.- Neoplasias Malignas

a) Carcinoma Mucoepidermoide	45
b) Carcinoma de Células Acinosas	48

PAG.

c) Cárcinoma Adenoquistico, Cilindroma o Tumor	
Mixto Basaloide	48
d) Adenocarcinoma	50
e) Carcinomas de Células Escamosas	51
CONCLUSIONES	53
BIBLIOGRAFIA	54

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

Las glándulas salivales humanas son merócrinas compuestas y sus conductos se abren hacia la cavidad bucal. Existe gran número de glándulas salivales las cuales, se dividen en mayores y menores aproximadamente tenemos de 400 a 500 glándulas menores. Y hay tres glándulas salivales mayores.

Las glándulas salivales pertenecen a la clasificación de las glándulas exocrinas, las cuales se diferencian de las endocrinas por estar constituidas por conductos. Los cuales están revestidos por células que son potencialmente capaces de diferenciarse en mucosas y serosas de tal forma que esto nos lleva a encontrar diferentes tipos de secreción como las secreciones serosa, mucosa y mixta.

Las glándulas desempeñan muchas funciones, entre las cuales la más extensamente estudiada es la producción de saliva, su producto secretorio, que ayuda a la masticación deglución de la comida y a la digestión de ciertos elementos alimenticios.

Podemos localizar las glándulas salivales menores en toda la cavidad bucal excepto sobre las encías y la porción anterior del paladar duro y las glándulas salivales mayores las localizamos en puntos claves.

GENERALIDADES

a) CLASIFICACION DE LAS GLANDULAS SALIVALES DE ACUERDO A SU TAMANO.

Glándulas Mayores

- 1.- Parótida.
- 2.- Submaxilar.
- 3.- Sublingual.

Glándulas Menores

- I.- Glándulas Labiales.
 - a) Glándulas labiales superiores.
 - b) Glándulas labiales inferiores.
 - 2.- Glándulas Bucales.
 - a) Glándulas Bucales Menores.
 - 3.- Glándulas glosopalatinas.
 - 4.- Glándulas linguales
 - a) Glándulas linguales anteriores
 - b) Glándulas linguales posteriores.
 - 5.- Glándulas palatinas.
- b) S A L I V A.

Es la mezcla de la secreción de las glándulas salivales y es un fluido viscoso, inodoro, opalescente.

La cantidad salival producida por día es alrededor de 1.0 a 1.5 litros en el hombre. En este líquido suelen encontrarse bacterias, restos celulares y leucocitos, su densidad...

es de 1.003 a 1.010. el pH de la saliva varía de 6.3 a 6.8, - pero pronto se vuelve más alcalina en la boca, por pérdida de bióxido de carbono.

c) FUNCION DE LA SALIVA:

- 1.- Humedece los alimentos secos y facilita su ingestión.
- 2.- Suministra una enzima para la digestión del almidón.
- 3.- Mantiene la boca y los dientes limpios.
- 4.- La saliva actúa como vehículo para la excreción de ciertas sustancias, tales como el plomo, mercurio y yoduros.
- 5.- Facilita los movimientos de la lengua y de los labios, hace posible la rápida articulación.
- 6.- Actúa en el sentido del gusto por su capacidad como solvente.

d) COMPOSICION DE LA SALIVA:

Depende de varios factores como estimulación, dieta, -- edad, momento del día, enfermedad, etc.

Los constituyentes orgánicos más importantes son la mucina y la enzima ptialina, junto con pequeñas cantidades de albúminas y globulinas, urea y trazas de sulfocinato de potasio.

Los constituyentes orgánicos representa el 60% de los sólidos totales; el 40% restantes comprenden sustancias inorgánicas, tales como el potasio, el sodio, el calcio, los cloruros, fosfatos y bicarbonatos.

H I S T O L O G I A

=====

Las glándulas salivales están formadas por los siguientes elementos:

1.- Tejido conjuntivo que forma una cápsula y se prolonga como tabique o bandas hacia la glándula propia, dividiéndola en lóbulos y, por su división subsecuente, en los lobulillos. Llevan los conductos, los vasos sanguíneos, linfáticos y los nervios de la glándula.

2.- Conductos: En el tejido conjuntivo de la glándula los conductos más grandes se dividen en conductos de calibres progresivamente menor. De este modo se forma un sistema complejo, y sus ramas más pequeñas que se encuentran unidas con las porciones terminales secretorias de la glándula.

3.- Células Secretorias: Están localizadas en las porciones terminales que a su vez se encuentran dentro de los lobulillos de la glándula.

Cápsula: Tabiques, Lóbulos y Lobulillos de la glándula.
Las unidades secretorias y los conductos de las glándulas son de naturaleza epitelial y constituyen el parénquima de la glándula. El parénquima, por ser blando, debe ser sostenido por una estroma de tejido conectivo, que se requiere también para poner a los capilares en contacto estrecho con las unidades secretorias y los conductos, y abastecer a las células con oxígeno y sustancias nutritivas.

El soporte de la glándula es proporcionado por:

- 1.- Una cápsula de tejido conectivo que rodea a la - - glándula de manera global.
- 2.- Separaciones de tejido conectivo que se extiende hacia el interior de la glándula desde la cápsula y dividen a - la substancia de la misma en áreas que por lo tanto, están -- "separadas" en tres dimensiones por tejido conectivo. La cápsula y las separaciones contienen sustancia intercelular suficiente para hacerlas fuertes. En algunas glándulas las grandes áreas tabicadas de esta manera, en particular, si ha ocurrido segmentación en la separación, de modo que las zonas tabicadas están algo separadas entre sí, se denominan lóbulos.- Si las zonas tabicadas no son muy grandes y están cerca entre sí, se denominan lobulillos (lóbulos pequeños). La separación de tejido conectivo del tipo descrito se denomina tabique. De aquí que las separaciones de tejido conectivo entre los lóbulos se denominan tabiques interlobulares y los que hay entre lobulillos se denominan interlobulillares.

Vasos sanguíneos en el extroma: Los vasos sanguíneos -- más grandes que abastecen a una glándula suelen entrar y salir de ella a través de los tabiques de tejido conectivo. los que pueden distinguirse con facilidad de los conductos, puesto que están revestidos por células escamosas. En tanto que - los conductos lo están por células epiteliales cilíndricas. - Los vasos sanguíneos que están dentro de los lobulillos dan - origen a redcillas capilares que se encuentran en el tejido-

conectivo delicado; y en el cual están embebidas las unidades epiteliales secretorias. Esas redcillas capilares proporcionan oxígeno y sustancias nutritivas a las células secretorias.

Conductos.

El sistema de conductos de las glándulas salivales está formado por la división sucesiva en el interior del tejido --conjuntivo de la glándula, de los conductos mayores en conductos de calibres progresivamente menor. Los conductos se denominan en relación a la arquitectura macroscópica de la glándula y pueden distinguirse conductos interlobulillares, e intralobulillares.

Conductos interlobulillares e intralobulillares: En algunas glándulas los septos convergen hacia el punto donde el principal penetra en la glándula. Así, pues, proporcionan un medio excelente para distribuir las ramas principales del conducto y protegerlas en el interior de la glándula. Como las ramas principales del sistema de conductos siguen por los tabiques interlobulillares, se denominan conductos interlobulillares, y son fáciles de reconocer por su gran calibre, por tener un revestimiento epitelial grueso y por estar rodeados de tejido conectivo correspondiente al tabique que los alberga. Las ramificaciones del sistema de conductos que son más pequeños y se encuentran intralobulillados se denominan conductos intralobulillares; drenan su contenido en los conduc--

tos interlobulillares de los tabiques. Los conductos intralobulillares son más pequeños que los conductos interlobulillares. Además no están rodeados de tanto tejido conectivo, -- pues no siguen su curso por un tabique Sin embargo, pueden estar rodeados por cierta cantidad de tejido conectivo que entra en contacto con la separación en la que se introduce el conducto interlobulillar. Esto dá cierto apoyo a los conductos dentro de la substancia de los lobulillos.

Porciones Terminales (ácinos y túbulos).

En general, la porción terminal está constituida por -- una capa de células secretorias revistiendo una luz estrecha y se apoyan sobre una membrana basal, que las separa de la -- red capilar subyacente.

La forma de las porciones terminales no es la misma en todas las glándulas, pues las mucosas puras son tubulares compuestas y las porciones terminales son ordinariamente túbulos largos ramificados.

Por otra parte, las glándulas serosas y mixtas son tuboacinosas compuestas, y sus porciones terminales son túbulos ramificados con numerosas salientes saculares sobre la pared y en los fondos de saco.

Células Mucosas: El aspecto de las células mucosas y serosas varía con el estado de actividad funcional. Cuando se estudia en fresco se ve que estas células contienen muchas gotitas o gránulos de mucígeno, substancia antecesora de la mu-

cina.

La célula mucosa está por lo regular tan llena de gotitas de mûcigeno, que hacen menos visibles a los otros elementos.

En preparaciones fijadas con H y E, las gotitas de mûcison destruidas por los fijadores y en el cuerpo celular adquiere un aspecto clásico claro ligeramente teñido, por una red de mayas amplias, los espacios de la red no se tiñen -- mientras que las trabéculas son ligeramente basófilas y están formadas por citoplasma y mûcigeno precipitado. En esas preparaciones el núcleo es anguloso, se tiñe intensamente y está -- situado en la base de las células, se encuentra rodeado por -- un pequeño cúmulo de citoplasma que contiene sólo escasas cantidades de material basófilo.

En el método de congelación en seco, las células mucosas no están asociadas con capilares, secretorios y a la luz de las porciones terminales mucosas es más ancha que la de -- las porciones terminales serosas. La descripción previa es la de una célula en estado de reposo.

Células Serosas: Cuando se estudian en fresco, se ve -- que contienen gran número de gránulos de secreción o mucigeno

Los gránulos de secreción son destruidos por los fijadores, y no dan reacción positiva con el mucicarmin y no son me -- tacromáticos.

Este es el aspecto de la célula serosa en estado de re-

poso: Cuando se estimula a secretar disminuye el número de -- gránulos de secreción que se encuentran cerca de la superfi-- cie libre. El volumen celular disminuye y la intensidad de la tinción del material basófilo sufre cambios importantes; las mitocondrias aumentan de tamaño y número, y el aparato de Golgi, se vuelve más grande. El núcleo aumenta de volumen, se tiñe menos intensamente, y se aleja de la base de la célula.

Disposición de las células en las glándulas mixtas: Con-- sisten tanto de células mucosas como de células serosas. En -- ellas se pueden observar no solamente porciones terminales se-- rosas y mucosas puras, sino también porciones terminales mix-- tas, limitadas por ambos tipos celulares. En las porciones -- terminales mixtas las células serosas están localizadas en el fondo de saco, mientras que las mucosas están situadas cerca-- del conducto excretorio. En las glándulas mixtas donde predom-- inan las células mucosas, la luz de las porciones secreto -- rias mixtas está limitada totalmente por células mucosas, -- mientras que las células serosas están dispuestas en pequeños grupos que en los cortes aparecen como medias lunas, cubrien-- do los fondos de saco de los túbulos mucosos. Las células se-- rosas de las medias lunas se unen con la luz de la porción ter-- minal mediante capilares secretorios situados entre las célu-- las mucosas. Estas formaciones se conocen como medias lunas -- de Ebner o Gianuzzi, y todas tienen las características de -- las células serosas.

Tejido conjuntivo intersticial: Irrigación sanguínea y

linfática, e Inervación.

El tejido conjuntivo puede formar una cápsula alrededor de la glándula y después extenderse hacia la glándula propia, dividiéndola en lóbulos y lobulillos. Este tejido conjuntivo-colágeno es continuo el reticular de los lobulillos y de la membrana basal, sobre la cual se apoyan las células secretoras y los elementos de los conductos.

Las glándulas salivales poseen rica irrigación; las arterias más grandes siguen el curso de los conductos excretorios, dándose ramos que acompañan a las divisiones de los conductos hasta los lobulillos.

Los vasos venosos y linfáticos siguen a las arterias, - en dirección inversa, para drenar la glándula.

Las ramas principales de los nervios que van a las glándulas salivales siguen también el recorrido de los vasos, para dividirse en plexos terminales en el espesor del tejido conjuntivo cercano a las porciones terminales. Las fibras nerviosas atraviesan la membrana basal y terminan como filamentos finos sobre las superficies basal e intercelular de las células acinosas.

Glándulas Salivales Mayores:

Glándula Parótida. Es tubuloacinososa ramificada. En el adulto es de tipo seroso puro, aunque se pueden encontrar acinos mucosos ocasionales, pero en el recién nacido se encuentran con mayor frecuencia conductos intercalares, son largos-

y ramificados, y los estriados son notables y; en la parótida los tabiques de tejidos conjuntivos contienen frecuentemente células adiposas que aumentan con la edad.

Glándula Submaxilar.- Es tubuloacinososa compuesta, de tipo mixto, con predominio de elementos serosos. Existen muchas porciones terminales serosas y sólo algunas mucosas.

Glándula Sublingual.- La glándula sublingual mayor es tubuloacinososa compuesta de tipo mixto, pero en contraste con la submaxilar aquí predominan los elementos mucosos. Existen numerosas porciones terminales mucosas. Los fondos de saco en algunas de ellas están cubiertas por semilunas de células serosas y la mayor parte de las porciones secretorias mucosas no las poseen. Los alveolos serosos puros son raros. Los conductos estriados e intercalares particularmente los últimos, son escasos o no existen. Los tabiques de tejido conjuntivo, que separan a los lóbulos y los lobulillos, son más pronunciados en la sublingual que en las glándulas parótidas y submaxilar. Sin embargo, la sublingual está prácticamente desprovista de una cápsula envolvente. Las glándulas sublinguales más pequeñas son de carácter mucoso.

Glándulas Salivales Menores:

Glándulas Labiales.- Sus porciones terminales pueden contener tanto células serosas como mucosas cubriendo a la misma luz, pero se forman más a menudo semilunas típicas. Un número considerable de porciones terminales pueden contener -

Únicamente células mucosas.

Las células tienen carácter mucoalbuminoso bien definido. Los conductos intercalares son cortos.

Glándulas Bucales Menores.- Sus porciones celulares pueden tener tanto células serosas como mucosas.

Glándulas Glosopalatinas.- Estas son de tipo mucoso puro.

Glándulas Palatinas.- Están compuestas de conglomerados glandulares independientes en número de 250 aproximadamente - en el paladar duro, 100 en el paladar blando y 12 en la úvula. En la zona posterior del paladar duro se encuentra entre la mucosa y el periostio, sostenido por una armazón densa de tejido conjuntivo, característico de esta región.

Glándulas de la Lengua.- Se dividen en linguales anteriores y posteriores. La parte anterior de esta glándula es de carácter mucoso, principalmente, y la posterior consiste de túbulos ramificados limitados con células mucosas y cubiertas de semilunas con células serosas.

Las glándulas linguales posteriores son de variedad mucosa. Las glándulas de las papilas circunvaladas (de von Ebner) son serosas puras, y su secreción sirve probablemente para lavar los pliegues de las papilas.

A N A T O M I A

=====

Glándula Parótida.- Es la más voluminosa de las glándulas salivales, y su peso aproximado es de 25 a 30 grs. Estando situada debajo del conducto auditivo externo, de la apófisis mastoides, detrás de la rama ascendente del maxilar inferior. La glándula está contenida en la celda parotídea, la cual se considera de la aponeurosis cervical superficial.

Forma y Relaciones.- Tiene forma de un prisma triangular, con una base superior, una base inferior, una cara externa, otra anterior y otra posterior, un borde interno faríngeo y dos bordes externos, uno anterior y otro posterior.

Cara Externa.- Esta cara está ligeramente abombada y en relación con la aponeurosis cervical superficial; el tejido celular subcutáneo y la piel.

Cara Anterior.- Está en relación con el borde posterior del masetero, de la rama ascendente del maxilar inferior, del pterigoideo interno y de la aponeurosis interpterigoidea.

De la unión de la cara anterior con la externa sale una prolongación aplanada transversalmente y de forma cónica, la cual parte del conducto de Stenon.

Cara Posterior.- Esta cara está en relación con el esternocleidomastoideo, el vientre posterior del digástrico, el estilohiideo y en el estilogloso.

Base Superior.- Está en relación con la articulación -- temporomandibular y toma adherencia en su cápsula articular.

Base Inferior.- Está en relación con la glándula submaxilar por intermedio del tabique inter maxilo-parotídeo que los separa.

Borde Interno.- Se relaciona con el ligamento estilomaxilar.

Borde Anterior.- Se relaciona con la cara externa del masetero.

Borde Posterior.- Se relaciona con el borde anterior -- del esternocleidomastoideo.

Relaciones Interiores.- La masa parotídea está en relación directa con arterias y venas, linfáticos que la atraviesan, entre las arterias tenemos la carótida externa, la maxilar interna y la temporal superficial; entre las venas tenemos la yugular externa; entre los linfáticos tenemos los interparotídeos con ganglios superficiales y profundos; entre los nervios tenemos el facial y el aurículo-temporal.

Conductos de Stenon.- Está constituido en el espesor de las glándula por la confluencia de conductos interlobulillares, dirigiéndose hacia adelante, cruzando la cara externa -- masetero, alcanzando la cara externa del del buccinador y -- abriéndose al nivel de la segunda molar superior.

Irrigación. Esta glándula se encuentra irrigada por ra-

mos directos derivados de la carótida externa, de la auricular posterior y de la transversal de la cara. De sus redes capilares nacen venas que van a desembocar a la yugular externa.

Linfáticos.- Estos nacen en los ácinos formando conductos colectores que caminan por el tejido conjuntivo intersticial y van a desembocar a los ganglios parotídeos.

Inervación.- Está inervada por ramos del aurículo temporal del plexo cervical por intermedio de la rama auricular y de las ramas simpáticas que acompañan a las arterias parotídeas.

Glándulas Submaxilares.- Están situadas lateralmente en la region suprahiodea, en una foseta de la cara interna del maxilar inferior, al igual que la cara parotídea está contenida por una celda osteofibrosa dependiente de la aponeurosis cervical superficial llamada celda submaxilar.

Las glándulas submaxilares pueden considerarse primitiva triangular, con tres caras y dos extremidades.

Cara Externa.- Está en relación con los ganglios submaxilares y con la cara interna del maxilar inferior.

Cara Interna.- Está en relación con el plano profundo de la región suprahioides lateralmente y por atrás con el triángulo de Bechard (constituido por abajo por el hueso hioides, por arriba y adelante por el vientre posterior del diafragma y por atrás por el borde posterior del hiogloso). También esta cara se relaciona con el triángulo de Pirogoff (cons

titufdo por delante del borde posterior del milohiideo por --
 abajo del tendón intermedio del digástrico y por arriba por -
 el hiogloso mayor).

Cara Inferior o Inferoexterna.- Esta cara se relaciona-
 con la vena facial, con la aponeurosis cervical superficial,-
 con el músculo cutáneo y con la piel.

Extremidad Anterior.- Colocado un poco por detrás del -
 vientre anterior del digástrico relacionándose con la glándu-
 la sublingual.

Extremidad Posterior.- Se encuentra en relación con el-
 vientre posterior del digástrico y con el milohiideo.

Conducto de Wharton.- Nace en la parte media de la cara
 interla de la glándula, se dirige hacia adelante y adentro --
 hasta el borde inferior del frenillo de la lengua, en donde -
 cambia la dirección y corre hacia adelante para desembocar en
 el piso de la boca a los lados del frenillo.

Irrigación.- Esta glándula se encuentra irrigada por ar-
 terias procedentes de la Facial y Submentoneana, naciendo en-
 sus venas capilares, venas que van a desembocar en la facial-
 y en la submentoneana respectivamente.

Linfático.- Nace en los ácinos, caminan por los interti-
 cios glandulares y desembocan en los ganglios submaxilares de
 donde parten troncos eferentes que van a los a los ganglios -
 cervicales profundos.

Inervación.- Está inervada por ramos procedentes del lingual el cual se anastomosa con la cuerda del tímpano y recibe también ramos simpáticos que rodean a la arteria que -- irriga a la glándula.

Glándulas Sublinguales.- Están situadas en el piso de la boca por debajo de la mucosa y por dentro del cuerpo del maxilar inferior.

Es la más pequeña de las glándulas salivales de forma elipsoidal aplanada, transversalmente y con un eje mayor dirigido de atrás a adelante y de afuera hacia adentro.

Esta glándula no tiene celda osteoponeurótica y se haya envuelta por tejido conjuntivo, posee dos caras, dos bordes y dos extremidades.

Cara Externa.- Se conveza en relación con la foceta sublingual situada por la cara posterior del cuerpo de la -- mandíbula.

Caras Internas.- Esta cara se relaciona con el conducto de Wharton, con el nervio lingual, con la vena ranina y con la cara externa del músculo geniogloso.

Borde Inferior.- Se relaciona con los músculos genio--gloso y milohioideos.

Borde Superior. Se relaciona con la mucosa del piso de la boca a la que levanta para formar la carúnculas sublinguales.

Extremidad Anterior.- Se encuentra en contacto con la del lado opuesto y en relación con la apófisis geni.

Extremidad Posterior.- Está en relación con la glándula submaxilar.

Conducto de Bartolini.- Nace en la parte posterior de la glándula, se dirige hacia adelante y adentro, al lado del conducto de Wharton abriéndose en el vértice de las carúnculas sublinguales. Este conducto es el más voluminoso.

Irrigación.- Esta glándula recibe arterias de la sublingual y de la submentoneada y en sus capilares nacen venas que van a desembocar a la vena renina.

Linfáticos.- Nacen como en las otras glándulas en los ácinos y van a los ganglios submaxilares.

Inervación.- Los ramos que inervan a esta glándula proceden del lingual, de la cuerda del tímpano, así como del gran simpático.

Glándulas Salivales Menores:

Glándulas Labiales.- Localizadas cerca de la superficie de la boca. Están íntimamente dispuestas en la submucosa, donde se pueden palpar fácilmente.

Glándulas Bucales Menores.- Continuación de las labiales de la mejilla, se parecen mucho a la de los labios. Las glándulas bucales se encuentran frecuentemente sobre la superficie externa del músculo buccinador.

Glándulas Glosopalatinas.- Se encuentran localizadas en la región del Istmo y son una continuación hacia atrás, - de las glándulas sublinguales menores, ascienden en la mucosa del pliegue glosopalatino.

se encuentran circunscritas al pilar anterior de las fauces o pueden extenderse hasta el paladar, blando para fusionarse con las glándulas palatinas propias. También pueden verse en el lado lingual de la zona retromolar del maxilar inferior.

Glándulas Palatinas.- Ocupan el techo de la cavidad bucal y pueden dividirse, topográficamente en las del paladar duro y, las del paladar blando y de la úvula.

Glándulas de la Lengua.- La glándula anterior de (Blandin Nuhn), se encuentra en el espesor de la musculatura de la cara inferior de la lengua, junto a la línea media, cerca de la punta. Aproximadamente cinco conductos pequeños se abren en la superficie inferior de la lengua, cerca del frenillo lingual.

Las glándulas linguales posteriores están situadas en la base de la lengua, en la vecindad de las papilas circunvaladas.

F I S I O L O G I A

=====

El organismo dispone de dos formas de excitación de sus células glandulares y éstas son: por impulso nervioso o químicamente por acción normal, las glándulas están reguladas - en ambas formas, los impulsos nerviosos inician la secreción, las hormonas la mantienen cuando se requiera una respuesta - rápida, actúa la regulación de tipo nervioso y en caso contrario funciona la regulación hormonal, en la secreción salival del hombre es esencial una respuesta rápida, ya que el alimento permanece en la boca poco tiempo entrando en juego mecanismos nerviosos para la producción de la secreción salival, estando demostrado un mecanismo hormonal específico, -- sin embargo, esto no significa que las células salivales no sean sensibles a la influencia química de gran número de sustancias como: los fármacos y los productos metabólicos anormales que llegando a ellas por el torrente sanguíneo puede - influir en su actividad.

Aunque las glándulas salivales son sometidas a regulación nerviosa, se cree que el excitante de las células glandulares, es una sustancia química liberada en las terminaciones nerviosas.

Inervación.- Las glándulas salivales están inervadas - por nervios secretores de dos orígenes: Bulbar y Dorso-Lumbar del sistema nervioso vegetativo. Los centros bulbares - están formados por un grupo de células nerviosas dispuestas-

hacia adelante, desde el extremo anterior del nervio facial. La parte anterior (facial), se denomina núcleo salival superior y regula, la secreción de la glándula submaxilar, la parte posterior, cavidad llamada núcleo salival inferior regula la secreción de la parótida.

Estimulación Experimental de los Nervios Secretores:

La naturaleza de la respuesta secretora que sigue a la estimulación eléctrica de uno de los nervios salivales eferentes, depende de cuál de los dos tipos nerviosos se elija para la experiencia.

Si se estimula la cuerda del tímpano, se obtiene jugo viscoso abundante y pobre en sólido, se dilatan los vasos de la glándula, aumenta el flujo de sangre por ella y el consumo de oxígeno aumenta al doble o el triple. Si se coloca un manómetro en el conducto salival y otro en la arteria carótida, se observará que cuando se estimula continuamente la cuerda del tímpano, la presión de secreción supera a la sanguínea.

En la parótida estimulando al nervio auriculo-temporal hay también producción de secreción acuosa abundante, estimulan la inervación simpática no se obtiene secreción aunque el examen microscópico permite ver una disminución de los granulos cíclogenos de las células, demostrando que la estimulación simpática no es eficaz. La estimulación de las fibras simpáticas de la glándula submaxilar o de la sublingual de -

secreción de pequeñas cantidades de saliva densa y mucosa.

Secreción Refleja de la Saliva.- Los reflejos se producen por una estimulación artificial de los nervios eferentes que inervan las estructuras de la boca. Las vías eferentes se hayan en la cuerda del tímpano, en el nervio glosofaríngeo, en el lingual en las ramas palatinas y bucinatriz -- del trigémino y en las ramas faríngeas del vago.

Las fibras de la cuerda del tímpano que conducen la sensación de gusto se distribuyen en los dos tercios anteriores de la lengua, teniendo su origen en célula de geniculado. Las prolongaciones centrales de las células ganglionares penetran en la protuberancia en el nervio intermediario de -- Wrisber, para establecerse conexión con células de haz solitario, desde el cual se dirigen los impulsos al centro salival superior. Las fibras eferentes del nervio glosofaríngeo que toman parte en el reflejo salival conducen sensaciones gustativas provenientes del tercio posterior de la lengua; -- éstas fibras nacen de células del ganglio petroso. Las fibras linguales originadas en células del ganglio de Gasser -- proveen toda la mucosa bucal de sensibilidad, tacto, color, -- et. Estimulando cualquier de estos tres grupos de fibras se produce secreción salival así como en los nervios sensitivos de otras localizaciones, en las terminaciones del trigémino -- en la mucosa basal.

Secreción de la Saliva en Condiciones Normales.- Esta secreción se produce por acción refleja en dos formas:

1.- Estimulación de los nervios de la boca por alimentos u otras sustancias.

2.- Estimulación de algunos órganos de sensibilidad especial que no sean los del gusto.

El primer tipo de reflejo se llama incondicionado o inherente y el último condicionado o adquirido. Por supuesto - que un tipo de reflejos no excluye el otro y de hecho estos colaboran en circunstancias ordinarias.

Reflejo Salival Incondicionado.- Cuando se introduce una sustancia en la boca, después de un corto período de -- dos o tres segundos, hay secreción salival que varía en cantidad y calidad, según la naturaleza físico química de la -- sustancia introducida. En términos generales las sustancias más apetitosas o que estipulan el gusto con mayor intensidad son los estimulantes salivales más poderosos.

Las sustancias no comestibles, si son de gusto desagradables pueden causar salivación profusa con los ácidos -- fuertes, en estos casos la secreción depende de la estimulación de las fibras gustativas y el estímulo es de naturaleza química.

Reflejo Salival Condicionado o Adquirido: Es aquel en el cual los centros cerebrales tienen papel esencial y en el cual la existencia y el entrenamiento son bases principales del proceso reflejo. La secreción salival que fluye en la boca vacía cuando se "hace agua la boca", el estímulo que --

inicia tal reflejo no se aplica a los nervios de la boca, si no que es recibido por uno u otro de los órganos de los sentidos especiales como la vista, el olfato, el oído o por impresiones sensitivas que nacen de un estímulo aplicado a la piel.

Papel que desempeñan las Glándulas Salivales en el - - equilibrio hídrico.- Las glándulas salivales como los demás tejidos del cuerpo, están sometidos al efecto deshidratante cuando el organismo pierde grandes cantidades de líquido, ya sea por el sudor, por los intestinos., por los riñones, por la evaporación pulmonar o pérdida de sangre; en estos casos se produce la sensación de sed proveniente de la sequedad de la mucosa bucal y la consiguiente estimulación de los nervios eferentes de la boca y de la faringe. Esta sensación -- puede considerarse como parte esencial del mecanismo protector contra el agotamiento del líquido corporal.

DIAGNOSTICO

=====

Para diagnosticar una patología en glándulas salivales; se debe reconocer o identificar una anomalía específica, con ayuda de interrogatorio, inspección palpación pruebas de laboratorio (incluyendo R X.), conocimiento anatómico o fisiológico de la zona.

HISTORICA CLINICA

Debe ser un procedimiento cuidadosamente estudiado, ya que por medio de él trataremos de obtener la información necesaria al diagnóstico y tratamiento de su problema oral.

La Historia Clínica ayuda al cirujano dentista en:

a) Diagnóstico de las manifestaciones orales, enfermedades sistémicas.

b) La evaluación de las influencias sistémicas sobre los procesos patológicos localmente iniciados.

c) El descubrimiento de estados sistémicos que exijan precauciones especiales o modificaciones de los procedimientos terapéuticos.

INSPECCION Y EXAMEN EXTRAORAL

Inspección.- Esta etapa de exploración empieza desde el primer momento en que se ve al paciente; de ello se obtiene una impresión sobre el aspecto general del enfermo. Aquí-

se hará una exploración de forma sistémica.

EXAMEN EXTRA ORAL

Con el enfermo sentado se empieza esta exploración de cabeza, cara y cuello.

a).- Debe notarse la expresión facial, el color de la piel, y las muecas faciales, las cicatrices, las lesiones cutáneas, la simetría y las hipertrofias.

b).- Debe realizarse siempre una exploración de las diversas glándulas salivales y de los ganglios linfáticos; deben palparse y anotarse los resultados, de las glándulas parótidas, submaxilares y sublinguales, y de las diversas cadenas ganglionares.

c) Deben investigarse los movimientos funcionales de la mandíbula y de las articulaciones temporomandibulares en busca de golpes, movimientos anormales, presencia de tumefacciones, hipertrofia y dolor en la región de la articulación.

EXAMEN INTRAORAL

Después de la inspección extraoral, debemos realizar este examen. Debe estudiarse el color de la mucosa, la presencia de inflamación o las señales de irritaciones mecánicas, el estado de los dientes y de la presencia o ausencia de depósitos calcáreas. Los pliegues sublinguales, la ampolla de los conductos de Wharton, y la ampolla de los conductos de Stanon.

Cada glándula o conducto puede despejarse frotando su

vementa desde la periferia de la glándula hacia la abertura del conducto. El paciente debe relajar los músculos del suelo de la boca para dejar colgar libremente la mandíbula y mientras los dedos extraorales ejercen suave presión.

De esta manera las tumefacciones, los nódulos, los endurecimientos, nódulos linfáticos agrandados y puntos sensibles se van presentando cuando existen. La palpación bimanual, debe siempre repetirse con los dedos extraorales investigando y los intraorales haciendo suave presión.

Al palpar la glándula parótida normal es difícil determinar donde empieza y donde termina. En cambio la glándula parotídea redondea de moderada firmeza sin resentimientos y cuando se descubre un nódulo duro que no cede con resentimiento y tal vez con dolor agudo o punzante al palpar, se puede decir que hay un cálculo en esa zona.

SIALOGRAFIA

La sialografía es la visualización de las ramificaciones de los conductos de las glándulas parótidas o submaxilares mediante la inyección intraductal de una solución de contraste radiopaca.

Aunque este método ha llegado a un valioso factor en el diagnóstico de las enfermedades de las glándulas salivales, sólo es uno de los elementos de que dispone el cirujano dentista.

TECNICA

Sólo pueden visualizarse intensamente los conductos parótidos y submaxilares con medios sialográficos. Las glándulas sublinguales no tienen un conducto principal que pueda sondearse en el curso de un procedimiento corriente de exploración. En algún caso, el conducto de Bartolini: un ancho conducto que drena los lóbulos anteriores de las glándulas sublinguales, desembocan en el conducto de Wharton y puede ponerse de manifiesto en una sialograffa submaxilar.

Primeramente deben localizarse los orificios de los conductos parotídios y submaxilares. El conducto de Stenon se abre en la mucosa de la mejilla próxima a la porción coronal de segundo molar superior, mientras que los orificios del conducto de Wharton estén situados en la carúncula sublingual a cada lado de frenillo lingual, puede facilitarse la identificación del orificio del conducto aumentando el flujo salival. El masaje y la expresión de la glándula afectada provoca la salida de la saliva a través de la abertura del conducto. Los sialógogos como la pilocarpina, el sabor agridulce de un caramelo de limón o de un caramelo ácido o soluciones diluidas de ácido clorhídrico o de ácido cítrico, también pueden emplearse para estimular el flujo salival.

Una vez que se ha localizado la abertura del conducto, se introduce una delgada sonda naso lacrimal. Al penetrar en el conducto de Stenon debe recordarse que dicho conducto-

tiene una angulación natural inmediatamente después de su orificio. Para salvar este obstáculo se empuja hacia adelante y hacia afuera la cara anterior de la mejilla, distendiendo de esta manera el conducto parotídeo flexible.

La penetración en el conducto de Wharton constituye un problema completamente distinto. La abertura del conducto tiene un diámetro muy pequeño y está localizada en una estructura anatómica extremadamente móvil y no resistente, la carúncula sublingua. Para el sondeo de este conducto son necesarias paciencia, perseverancia y delicadeza.

Se obtiene la dilatación de la luz del conducto empleando sondas de grosor progresivamente mayor. El objetivo es facilitar el paso a la entrada de una aguja Luerlok roma, de calibre 20 a 22. Una vez que ha sido instalada la solución, se retiran la jeringuilla y la aguja y con una compresa de gasa se ejerce presión sobre el orificio del conducto para evitar la salida de la solución opaca.

Recientemente se han empleado tubos de polietileno en un sistema cerrado. El tubo se emplea para sondear al conducto y la solución sialográfica se introduce en la glándula mediante una inyección a través del extremo abierto del tubo. El sistema cerrado tiene la ventaja de que con él, el operador puede controlar la cantidad de solución que debe introducirse. Además, no es necesario apresurarse durante el examen radiográfico, pues se pueden producir pérdidas a través

del orificio del conducto.

Suele necesitarse generalmente 0.8 cm.^3 de solución para llenar satisfactoriamente el conjunto de conductos parotídeos normales; para el árbol de conductos submaxilares suele bastar una cantidad algo menor (0.6 cm.^3). Como el dolor producido es mínimo, no hace falta anestesia. La solución de contraste se inyecta lentamente, a pequeñas porciones con pausas entre cada una de ellas. Cuando el enfermo nota dolor intenso no se inyecta más líquido. Se verifica entonces el examen radiográfico.

RADIOGRAFIA SIALOGRAFICA.

Antes de introducir la solución radiopaca se toma una radiografía de reconocimiento antes, que pueda servir para demostrar la presencia de cálculos, calcificaciones glandulares, enfermedades óseas y procesos patológicos extraglandulares que pueden ser los causantes de las manifestaciones clínicas.

Para una buena visualización radiográfica de la solución opaca se necesitan dos radiografías de la glándula parotídea, una posteroanterior y otra oblicua lateral. Para la glándula submaxilar es conveniente una radiografía completamente transversal o transversal-oblicua.

Se cita al paciente veinticuatro horas después, para obtener otra radiografía para determinar la rapidez de eva--

cuación de la solución de contraste del sistema ductal.

*

ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

=====

PROCESOS INFLAMATORIOS

SIALADENITIS

Inflamación de las glándulas salivales ocasionada por diseminación directa de organismos de la cavidad bucal, y en raros casos por vías hematógenas.

La resequedad de la boca proviene de la deshidratación, lo cual ocasiona disminución del flujo salival a través de los conductos hacia la cavidad bucal, lo que permite a las bacterias invadir el sistema de los conductos, y se produce así una infección. Ocurre más frecuentemente en la parótida, pero también puede atacar otras glándulas.

Los síntomas más comunes son aumento de volumen y dolor en la glándula. Cuando la respuesta inflamatoria es de tipo agudo, el volumen de la glándula se acompaña de dolor sordo punzante, con sensación de presión que puede ser intolerable. Se forma pus, que puede exprimirse fuera del conducto al ejercer presión sobre el sistema de conductos. Hay aumento de temperatura. En la inflamación crónica existe un agrandamiento lento de la glándula, acompañado por dolor ligero o moderado que se manifiesta particularmente a la hora de los alimentos. Posteriormente la glándula se vuelve dura.

SIALOLITIASIS

Es la obstrucción de los conductos por cálculos, y se

originan por depósito de calculillos alrededor de un centro, que consiste en masas de moco, células epiteliales descamadas o bacterias.

Los cálculos pueden observarse radiográficamente y al palpar.

Es mucho más frecuente en la glándula submaxilar, por lo tanto, se manifiesta especialmente en el suelo de la boca, donde se observa tumefacción, enrojecimiento y dolor a lo largo del conducto de Wharton.

SIALODOQUITIS

Es la inflamación aislada del conducto escretor; se localiza casi inicialmente sobre el conducto de Stenon.

Su causa sería una estomatitis o una afta en la vecindad del orificio del conducto Stenon. Al propio tiempo, alrededor del conducto reacciona el tejido celular. Esta inflamación canicular o pericanalicular cierra el orificio, con la consiguiente retención; el orificio se torna enrojecido y tumefacto. La presión hace salir una gota de pus, o a veces, un tapón fibrinopurulento.

En el momento de las comidas se produce hinchazón de la glándula, una crisis dolorosa de retención que termina con la expulsión del tapón fibrinoso y el aflujo de saliva.

ENFERMEDAD DE MIKULICZ

Se caracteriza por un aumento de volumen simétrico in-

doloro de las glándulas salivales y lagrimales, sin que haya impedimento de su función.

Es una inflamación crónica notable que abarca el tejido conjuntivo intersticial y los conductos, con hiperplasia del primero.

Son signos característicos los párpados hinchados y glándulas salivales prominentes principalmente la parótida. No hay fiebre ni dolor, la enfermedad puede desaparecer.

SINDROME DE MIKULICZ.

Se le dá el nombre de síndrome cuando el padecimiento está asociado con una enfermedad generalizada como por ejemplo, la de Hodgkin, la leucemia, o el linfosarcoma.

El síndrome acarrea un pronóstico grave generalmente - sigue un curso rápidamente fatal.

PAROTIDITIS EPIDEMICA O PAPERAS

Las paperas son una enfermedad viral altamente infecciosa, que se trasmite por medio de la saliva.

Es la más frecuente y difundida de las enfermedades de las enfermedades de las glándulas salivales. Se caracteriza principalmente por hipertrofia dolorosa unilateral o bilateral de éstas, por lo común la parótida, la submaxilar y la lingual a veces son atacadas, pero raramente. Se puede decir que se trata de una enfermedad general más que local, pues ..

pueden estar afectados también otros órganos como los testículos, los ovarios, el páncreas y el cerebro, pero son complicaciones que suelen observarse en pacientes mayores.

La parotiditis se observa con más frecuencia en niños de 5 a 15 años. La mayor parte de casos de parotiditis curan espontáneamente. El aumento de volumen de la glándula salival cede en plazo de una semana; las complicaciones más frecuentes son en pacientes varones adultos en que pueden sobreenvenir una orquitis seguida de esterilidad.

Características Clínicas.- Los síntomas de esta enfermedad se acompañan de edema de la piel que la recubre e inflamación al rededor del orificio del conducto de Stenon o de Wharton. Hay dolor a la deglución y a la ingestión de alimentos ácidos, aumentan los síntomas desagradables. La glándula está en ese momento muy sensible y la temperatura es elevada.

Su período de incubación es de 8 a 35 días, la enfermedad alcanza su punto máximo, en dos días, la enfermedad empieza a declinar del séptimo al octavo día, para después de este período todo vuelve a la normalidad.

Tratamiento.- Comprende el reposo en cama y enjuagues de la boca. La curación habitualmente sucede sin complicaciones y no deja secuelas. Un sólo contacto con esta enfermedad otorga inmunidad para toda la vida. El paciente debe ser aislado durante 20 días.

SINDROME DE SJOGREN

Es una triada sintomática:

- 1) Queraconjuntivitis seca.
- 2) Artritis Reumatoide.
- 3) Xerostomía con tumefacción o sin ella.

Rara vez se presenta el síndrome completo en un solo paciente.

La etiología se desconoce aunque a veces existen antecedentes familiares.

Características Clínicas.- La disminución de la salivación ocasiona, sequedad y ardor en la boca. Las mucosas están secas e inflamadas, debido a ello los pacientes presentan la incapacidad de masticar, deglutir y llevar prótesis (dentaduras).

Además esta sequedad afecta diversas glándulas secretorias de la nariz, laringe, faringe y árbol traqueobronquial. Así como la vagina.

Una característica importante es el edema bilateral de las parótidas, aunque también se presenta edema en las demás glándulas salivales, el cual cede en una o dos semanas, pero en otros casos puede durar meses o ser permanente. La primera etapa del edema puede acompañarse de fiebre.

Las molestias oculares consisten en: enrojecimiento, ardor, secreciones filiformes, sequedad y sensación de cuer-

po extraño en el ojo. Es frecuente la tumefacción lagrimal.

En la variedad de trastornos articulares, musculares y cutáneos que se observan en la artritis reumatoide, es frecuente observar la podiartritis que puede afectar a la articulación temporomandibular.

Diagnóstico.- Se basa en los antecedentes y en los síntomas.

Es muy común encontrar en los síndromes de Sjögren una imagen difusa de globulinas gamma en saliva. El diagnóstico-definitivo sólo puede hacerse cuando existe al menos dos síntomas.

Tratamiento.- Resulta decepcionante, suele ser sintomático y puede consistir en el estímulo salival, catecterismo del conducto, antibióticos, masajes y sialograffa terapéutica.

Cuando la glándula está sujeta a infecciones repetidas y graves se han empleado métodos quirúrgicos conservadores - en forma de ligaduras del conducto u opresiones más radicales, como la extirpación de la glándula.

MUCOCBLE

Se le conoce como quiste por retención mucosa, al que se le atribuye origen traumático, es una lesión que afecta glándulas y conductos salivales. Estas lesiones pueden ocasionarse por mordiscos de labios o de carrillos o por pelliz

camiento del labio, con las pinzas para extracciones procede a la formación de quiste de retención.

Microscópicamente.- Se observa como un depósito de moco que se localiza a menudo en el tejido conectivo y la submucosa, que produce una elevación con adelgazamiento del epitelio como si estuviera estirado. Y está rodeado por una pared formada por tejido de granulación el cual presenta infiltración de cantidades abundantes de leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y plasmáticos. La luz de la cavidad quística, está llena de un coágulo eosinófilo que contiene un abundante número de macrófagos.

Características Clínicas.- La lesión se localiza a bastante profundidad en el tejido o puede, excepcionalmente ser superficial. La lesión superficial se observa como una vesícula elevada y circunscrita, con un tono azulado translúcido. La lesión más profunda se manifiesta también como una hinchazón, pero debido al espesor del tejido que la cubre, color y aspecto superficial son los de una mucosa normal.

Tratamiento.- Consiste en la eliminación del quiste -- junto con la glándula involucrada, para que no exista posibilidad de recidivas.

GRANULA

Es una forma de quiste de retención que aparece específicamente en piso de la boca, relacionado con conductos de glándulas submaxilares y sublinguales

Microscópicamente.- Es similar al del quiste de reten-

ción excepto que a veces hay un definido revestimiento epitelial. La ranula está asociada con glándulas de mayor tamaño, razón por la cual su dimensión es menor.

Características Clínicas.- Esta lesión rara es comparada con el quiste de retención común, se presenta como una masa indolora de aspecto blando y un color azul violáceo. Tiene un diámetro de 2 a 3 cm. y de pared gruesa. Localizado en la porción anterior del piso de la boca.

Tratamiento.- Algunas veces consiste en la escisión -- del quiste y la glándula. Sin embargo es mejor recurrir a un procedimiento que establece una conexión con la superficie -- para el conducto afectado (marsupilización).

NEOPLASIAS BENIGNAS

=====

Características Clínicas:

Casi siempre son de larga duración, que pueden permanecer por años.

Se presentan como nódulos aislados que no están fijados en la piel o mucosa suprayacente.

Crecen lentamente.

No varían de tamaño.

Suelen ser asintomáticas.

Las neoplasias benignas del paladar no producen imágenes radiolúcidas difusas ni aflojamiento de los dientes.

ADENOMA

Es un tumor relativamente raro que se origina en la glándula salival. Es más frecuente en las glándulas menores que en las mayores, y se presenta como un nódulo pequeño y es una masa circunscrita, que se desplaza con facilidad. Los adenomas suelen ser los más pequeños y los menos agresivos.

Microscópicamente.- Muestran una lesión encapsulada, compuesta de una sucesión monótona de conductos revestidos de epitelio cúbico o cilíndrico.

Tratamiento.- Es la extirpación quirúrgica, y el tumor no tiende a recidivar ni a experimentar transformación maligna.

ONCOCITOMA

El oncocitoma o adenoma óxifilo es un tumor benigno, raro de la vejez, suele aparecer después de los 55 años.

Características Clínicas.- Afecta más a las mujeres -- que a los hombres y se observa casi siempre en la parótida.- El tumor mide entre 3 y 5 cm. de diámetro y es una masa circunscrita. Por lo general no presenta dolor.

Microscópicamente. Muestran una neoplasia encapsulada que consiste en un tipo único de células. El oncocito de (oncos: grande), se trata de una célula eosinófila de gran tamaño, nítidamente delineada, con un núcleo oscuro y pequeño, de localización central. Los oncocitos se disponen en hojas y en columnas.

Tratamiento.- El tratamiento recomendado es la extirpación quirúrgica. Debe tenerse cuidado de no seccionar el nervio facial. Los adenomas oxifílicos u oncocitoma están bien encapsulados y rara vez recidivan.

TUMORES MIXTOS BENIGNOS

Son los más frecuentes en las glándulas salivales.

Etiología.- Se cree que esta neoplasia proviene del -- epitelio, lo que no se sabe con exactitud es que si proviene del epitelio adulto o del epitelio embrionario.

Características Clínicas.- Estos tumores son por lo general redondos, lisos y fácilmente móviles cuando se encuen-

tran localizados superficialmente, y algo distinto cuando están situados profundamente en los tejidos. Son más frecuentes en la parótida, especialmente en sus porciones inferiores. Hay un aumento de volumen indoloro, que crece lenta o intermitentemente, o ha permanecido estacionario, el cual ha existido durante años.

Algunos tumores mixtos alcanzan gran tamaño, aunque es frecuente que tengan de 2 a 5 centímetros; cuando adquieren grandes proporciones, puedan darse complicaciones, la ulcera ción de la piel.

Microscópicamente.- Están compuestas sobre todo de car tflago o tejido mixocondroide, con una red de bandas de cél las fusiformes o estrelladas de origen epitelial.

La recidiva consecutiva a la eliminación quirúrgica, es debido a que el tumor tiende a infiltrar la cápsula y es el hecho de que a menudo sea de origen multicéntrico.

Tratamiento.- Es la extirpación quirúrgica. Deben ser extirpados tan pronto como se les descubra, si no existe con tradición para ello. De este modo se presenta una oportunidad para que el tratamiento sea completo.

CISTADENOMA LINFOMATOSO PAPILAR

(TUMOR DE WARTHIN)

Suele aparecer entre los 50 ó 60 años y casi el 90% de los pacientes son hombres, la mayoría de las lesiones afecta ..

a la parótida, pero el tumor puede surgir en las glándulas submaxilar o en el cuello.

Microscópicamente.- Es una neoplasia encapsulada que consiste en numerosos espacios quísticos, cuyas paredes forman papilas y pliegues, los mismos están revestidos de una doble capa de células: las internas son cilíndricas y las externas son cúbicas y ambas son eosinófilo homogéneo. Todos los quistes yacen en un mar de linfocitos que muestran folículos y sinusoides.

Tratamiento.- Consiste en la escisión. Si la escisión es completa, las recidivas son raras.

ADENOMA PLEOMORFICO (TUMOR MIXTO)

Además de las características descritas anteriormente respecto a los tumores benignos. Esta posee las características siguientes; constituye el 75% de los tumores de glándulas salivales. De los tumores mixtos que afectan las glándulas salivales mayores el 90% aparecen en la parótida, 9% en la glándula submaxilar y el 1% en la sublingual.

Microscópicamente.- Muestra zonas que semejan cartilago hialino (es decir, una matriz basófila homogénea en la cual se observan numerosas células). Aunque estas zonas se parecen a cartilago, representan en realidad un material mucóide que incluye células epiteliales tumorales. La observación microscópica pone de manifiesto también la presencia de zonas mixomatosas con células epiteliales, conductos, islo-

tes, cordones y racimos de epitelio cúbico, cilíndrico y escamoso, y zona aislada de formación de hueso y queratina. La lesión recurrente es multinodular y carente de cápsula.

Tratamiento.- Una escisión quirúrgica amplia.

NEOPLASIAS MALIGNAS

=====

Características Clínicas:

Son de menor duración que los benignos (semanas, hasta meses).

Crecen con rapidez, o su antecedente es el de un crecimiento lento con un período repentino de rápida actividad.

Están fijadas en los tejidos circundantes.

La piel o mucosa suprayacentes pueden estar ulceradas e inflamadas.

Las neoplasias de la parótida pueden asociarse con parálisis del nervio facial y otros síntomas neurológicos y es posible observar agrandamiento de los ganglios linfáticos regionales.

Las neoplasias de la parótida pueden asociarse con parálisis del nervio facial y otros síntomas neurológicos y es posible observar agrandamiento de los ganglios linfáticos regionales.

Las neoplasias del paladar y de las glándulas retro-molares producen una infiltración temprana del hueso subyacente y ocasiona imágenes radiolúcidas difusas y aflojamiento de los dientes.

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

Como lo señala su nombre, el tumor se compone de células

las secretorias de moco y células de tipo epidermoide en proporciones variables. Cerca del 4% al 5% de las neoplasias de las glándulas salivales pertenecen al grupo. Aproximadamente el 69% aparecen en la parótida, el 15% en el paladar, el 7% en la glándula submaxilar, el 5% en la mejilla, y el 4% restante en los labios, el piso de la boca, y la región retro-molar.

Las neoplasias de las glándulas mayores suelen ser más grandes que las de los menores. Las neoplasias mucoepidermoides son más comunes en el hombre que en la mujer, y su promedio de duración es de dos años, más de la mitad de las neoplasias se presenta entre los 20 y los 40 años y el resto antes y después de esas edades.

Características Clínicas.- Algunas de estas lesiones se parecen a las neoplasias benignas, en tanto que otras poseen las características de las malignas, pero la realidad es que no debemos confundirnos, ya que únicamente existen estas neoplasias malignas grados variables de malignidad. La superficie cortada de estas neoplasias presenta un aspecto viscoso, semitranslúcido, sólido o quístico.

El tumor de bajo grado de malignidad suele aparecer como una masa indolora de crecimiento lento que parece un adenoma pleomorfo. A diferencia de ésta, no es completamente encapsulado y suele contener quistes que pueden estar ocupados por un material mucoso viscoso. No es rara su recidiva des-

pués de su extirpación quirúrgica. Las neoplasias intrabucales de este tipo aparecen en zonas como el paladar, mucosa vestibular, lengua y sector retromolar.

El tumor de alto grado de malignidad, crece con rapidez y produce dolor como síntoma temprano. La parálisis de nervio facial es frecuente en los tumores parotídeos. El carcinoma mucoepidermoide no es encapsulado, sino que tiende a infiltrarse en tejidos vecinos y, en un elevado porcentaje de casos, a metastatizar a los ganglios linfáticos regionales.

Microscópicamente.- Están compuestos por tres tipos de células; la mucosa, la epidermoide y la clara. Las células mucosas son esencialmente iguales a las que se ven en las glándulas mucosas (es decir, grandes, vacuoladas, de coloración clara y contienen mucina). Las células epidermoides tienen contorno variado y distintas formas y se parecen a las células en las diferentes capas del epitelio bucal. Las células claras son grandes y su citoplasma vacío. Los tres tipos de células se presentan en distintas proporciones y en disposiciones morfológicas diversas. Resulta posible observar quistes grandes y pequeños, que contienen mucus, revestidos por esas células, que pueden también disponerse en hojas así mismo, es frecuente la presencia de grandes o pequeñas cantidades de mucus en el estroma de la neoplasia.

Tratamiento.- La escisión quirúrgica amplia es el tra-

tamiento más adecuado.

CARCINOMA DE CELULAS ACINOSAS

El carcinoma de células acinosas es una neoplasia rara de las glándulas salivales que clínicamente se parece a una neoplasia benigna. Se limita a la parótida, suele aparecer en la tercera década, es más común en el hombre que en la mujer y tiene un promedio de duración de aproximadamente tres años.

Microscópicamente.- Por lo general la neoplasia consiste en un tipo celular único. Se trata de una célula muy - - grande con núcleo redondo y oscuro y un citoplasma granular-acentuadamente basófilo. Las células se parecen a las células acinosas de las glándulas serosas y están dispuestas en hojas anchas. La neoplasia es de bajo grado de malignidad y puede producir metástasis en los ganglios regionales, pero - las metástasis distantes son raras.

Tratamiento.- La escisión quirúrgica es el tratamiento de elección. Si la escisión es amplia, el pronóstico es bueno. (Con disección radical de la cadena ganglionar correspondiente).

CARCINOMA ADENOQUISTICO CLILINDRICO O TUMOR MIXTO BASALOIDE.

Constituye cerca del 4% de la neoplasia de las glándulas salivales. Afecta ambos sexos por igual y suele aparecer después de los 50 años. En orden de frecuencia las localizaciones preferidas son la parótida, después las glándulas

palatinas y finalmente los submaxilares.

En las glándulas mayores la neoplasia puede presentar las características clínicas de las neoplasias benignas o -- puede producir dolor, síntomas neurológicos y fijación de -- los tejidos circundantes. Las lesiones del paladar se aso-- cian con odontalgias, aflojamiento de los dientes y radiolú-- cidas. En caso de extracción el alveolo no cura. El carcino-- ma adenoquístico es una neoplasia de crecimiento relativamen-- te lento.

Microscópicamente.- Se observan en las neoplasias célu-- las epiteliales pequeñas de coloración obscuro que se pare-- cen a las células basales de la mucosa. Por esta razón se le denomina a veces tumor mixto basaloides. Las células epitelia-- les se disponen en tubos, islotes, columnas y ácinos. Los tu-- bos y ácinos están vacíos y contienen un material homogéneo-- basófilo o eosinófilo. En las zonas donde predominan los tu-- bos y ácinos vacíos, el aspecto del campo microscópico es pa-- recido al de un queso gruyère. La neoplasia no está encapsu-- lada e infiltra las estructuras circundantes. Con frecuencia se observan células humorales en los linfáticos perineurales.

Aunque el carcinoma adenoquístico es maligno, no se -- produce metástasis sino tardíamente, cuando se disemina a -- los ganglios linfáticos regionales, los pulmones, huesos y -- otras vísceras. Sin embargo, la neoplasia es localmente agre-- siva y puede causar la muerte sólo por extensión local (por-- ..

ejemplo, las neoplasias del paladar que se extienden a través de la base del cráneo y ocasionan complicaciones fatales).

Tratamiento.- Consiste en una escisión amplia.

ADENOCARCINOMA

Existen numerosas variedades de adenocarcinomas que -- han podido ser distinguidos entre sí, por su morfología (anaplástico, transicional, de células escamosas, trabecular, papilar, sólidos, mixto maligno, etc.). Sin embargo, con excepción de sus características microscópicas, se parecen mucho a otro, razón por la cual serán considerados como un grupo.

Además de las características clínicas de las neoplasias malignas, las adenocarcinomas muestran los siguientes rasgos. Constituyen cerca del 8.5% de las neoplasias de las glándulas salivales y son las que más rápidamente crecen. Por lo general, las neoplasias se presentan a una edad más avanzada que los otros tipos de neoplasias de las glándulas salivales. Son frecuentes la ulceración y la fijación, los síntomas neurológicos y las metástasis a los ganglios linfáticos y regiones distantes.

Microscópicamente.- El carcinoma de células escamosas de las glándulas salivales es similar o idéntico al observado en otras partes, algunas neoplasias muestran cordones, tubos, islotes y íncinos de epitelio glandular anaplástico (adenocarcinoma). En otras células anaplásticas hipercromáticas, de formas diversas constituyen hojas grandes o trabéculas --

sin indicios de formación glandular (adenocarcinoma trabecular). En ciertas lesiones, una parte puede parecerse a una neoplasia mixta, mientras que en otras, pueden observarse -- las características de uno de los tipos de adenocarcinomas -- (tumor mixto maligno). Existen neoplasias malignas con anchas hojas de células de bordes mal definidos y ausencia de formación glandular. Su imagen microscópica es casi idéntica a la del carcinoma de células transicionales y así se denominan. En los adenocarcinomas papilares o quístico-papilares, -- el tumor es quístico.

Tratamiento.- La intervención quirúrgica radical constituye el único tratamiento de estas lesiones. Se entiende -- que en casos inoperables se recurre a la radioterapia como -- tratamiento paliativo.

El pronóstico, grave.

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

Constituye cerca del 2% de las neoplasias malignas de las glándulas salivales.

Características Clínicas.- Son dolor intenso, consistencia dura, adherencia a la piel suprayacente y los tejidos circundantes, la frecuente ulceración y las rápidas metástasis.

Aproximadamente las dos terceras partes de estas neoplasias se originan en la glándula parótida y una tercera -- parte en la glándula submaxilar. Los pocos carcinomas de los

conductos salivales son siempre carcinomas de células escamosas.

La neoplasia con mayor frecuencia en los varones que en las mujeres. La edad mínima de incidencia se encuentra entre los 60 y 70 años.

Microscópicamente.- Se origina de células de epitelio-ductal, posiblemente en focos de metaplasia escamosa. En los bien diferenciados se forma abundante queratina y los poco diferenciados tienen figuras de mitosis atípicas y cambios pleomórficos importantes.

Tratamiento.- Depende más de las dimensiones y la profundidad de la invasión que del grado histológico, para la extirpación quirúrgica adecuada, casi siempre logra curación.

CONCLUSIONES

- 1.- Es necesario tener un conocimiento básico acerca de la histología, la fisiología y la anatomía de las glándulas salivales, para así poderse introducir fácilmente al estudio de las patologías de dichas glándulas.

- 2.- Es importante el método sialográfico en el diagnóstico; muy particularmente en procesos neoplásicos destructivos.

- 3.- Con dichos conocimientos se puede diagnosticar, sugerir, o muchas veces instaurar terapéuticas pertinentes que plantean estas patologías.

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

- 1.- Diagnóstico Clínico de las Enfermedades de la Boca. - Hayes.
- 2.- Fisiología y Química Biológica. H. Bell.
- 3.- Histología.- Ham A.
- 4.- Histología y Embriología Bucales.- Orban.
- 5.- Patología Oral.- Thoma.
- 6.- Tratado de Patología.- Stanley L. Robbins.
- 7.- Patología Bucal.- Shafer - Hine - Levy.
- 8.- Sinopsis de Patología Bucal.- S. N. Bhaskar.
- 9.- Enfermedades Bucales.- J. L. Berier.
- 10.- Diagnóstico en Patología Bucal.- Zagarelli.
- 11.- Fisiopatología Bucal.- Tiecke - Stutville - Calandra.
- 12.- Medicina Bucal.- Michel Dechaume.
- 13.- Medicina Bucal.- Burkett.
- 14.- Diagnóstico Bucal.- Donal A. Kerr.