

24.611

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



**Enfermedades  
de las  
Glandulas Salivales**

**T E S I S  
P R O F E S I O N A L  
P R E S E N T A D A P O R  
*José Luis Muratalla Contreras***

**México, D. F.**

**1982.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

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

EL COMPLETO CONOCIMIENTO DE LAS ESTRUCTURAS ORALES Y PARA-ORALES, ASÍ COMO EL DE SUS ESTADOS PATOLÓGICOS ES DE CAPITAL IMPORTANCIA PARA EL CIRUJANO DENTISTA.

EL OBJETIVO PRINCIPAL DE ESTE TRABAJO ES SIMPLIFICAR EL ESTUDIO DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES TANTO ANATÓMICA COMO CLÍNICAMENTE.

SE HAN CONSIDERADO DE MANERA ESPECIAL LAS ENFERMEDADES QUE CON MAYOR FRECUENCIA DESEQUILIBRAN EL ESTADO ANATÓMO-FISIOLÓGICO NORMAL DE DICHAS ESTRUCTURAS.

LA EXPLORACIÓN CLÍNICA, LOS EXÁMENES DE LABORATORIO Y LOS ESTUDIOS DE GABINETE, HAN SIDO ORIENTADOS ESPECÍFICAMENTE PARA LA CORRECTA DIFERENCIACIÓN DE LAS DIVERSAS ENFERMEDADES.

LA SALUD DEL HOMBRE DEPENDE EN GRAN MEDIDA DEL EFICAZ FUNCIONAMIENTO DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

# INDICE

## CAPITULO I

### GLÁNDULAS SALIVALES.

- A) GENERALIDADES.
- B) GLÁNDULA PARÓTIDA.
- C) GLÁNDULA SUBMAXILAR.
- D) GLÁNDULA SUBLINGUAL.
- E) GLÁNDULAS MENORES.
- F) ANATOMÍA MICROSCÓPICA.

## CAPITULO II

### ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

- A) GENERALIDADES Y MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.
- B) TRASTORNOS INFLAMATORIOS.
- C) OTRAS ENFERMEDADES.

## CAPITULO III

### NEOPLASIAS.

- A) TUMORES BENIGNOS.
- B) TUMORES MALIGNOS.
- C) TUMORES MIXTOS.

## CAPITULO IV

### CIRUJÍA EN REMOCIÓN DE GLÁNDULAS SALIVALES.

- A) TÉCNICA DE REMOCIÓN DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA
- B) TÉCNICA DE REMOCIÓN DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR.

## CAPITULO V

### SIALOGRAFÍA.

A) INDICACIONES DE LA SIALOGRAFÍA.

B) TÉCNICA DE LA SIALOGRAFÍA.

C) MEDIOS DE CONTRASTE.

### CONCLUSIONES.

### BIBLIOGRAFIA.

## CAPITULO I

### GENERALIDADES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

LAS GLÁNDULAS SALIVALES, PERTENECEN A UN GRUPO DE ÓRGANOS SECRETORES QUE SE DESARROLLAN EN EL TRAYECTO DEL TUBO DIGESTIVO Y QUE SE DENOMINAN ANEXOS DEL TUBO DIGESTIVO.

ESTOS ÓRGANOS GLANDULARES, ANEXOS A LA CAVIDAD BUCAL TIENEN COMO PRINCIPAL FUNCIÓN NO SÓLO HUMEDECER LA MUCOSA BUCAL, - SINO TAMBIÉN SEGREGAR UN FERMENTO DIGESTIVO DENOMINADO PTIALINA. EL SER HUMANO SECRETA DIARAMENTE DE 1 A 1.5 LITROS DE SALIVA.

LAS GLÁNDULAS SALIVALES SE DIVIDEN EN DOS CLASES: UNAS - MUY PEQUEÑAS QUE SE DISEMINAN EN EL ESPESOR DE LA MUCOSA O DEBAJO DE ELLA Y QUE RECIBEN EL NOMBRE SEGÚN LA TOPOGRAFÍA QUE OCUPAN; ASÍ TENEMOS LA SIGUIENTE CLASIFICACIÓN:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| 1. MAYORES O PRINCIPALES | PARÓTIDA.<br>SUBLABIALES O SUBMANDIBULARES.<br>SUBLINGUALES. |
| 2. MENORES O ACCESORIOS  | LABIALES.<br>PALATINAS.<br>LINGUALES.                        |

LAS MÁ S VOLUMINOSAS Y MEJOR DIFERENCIADAS, SE LOCALIZAN ALREDEDOR DE LA CAVIDAD BUCAL SOBRE UN SEMICÍRCULO QUE SE EXTIENDE DESDE UNA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR A LA OTRA, SIGUIENDO LA CURVATURA DE LA MANDÍBULA; ESTAS SON LAS GLÁNDULAS PROPIAMENTE DICHAS; SIEMPRE ESTÁN SITUADAS LEJOS DE LA MUCOSA Y DESAGUAN EN LA CAVIDAD BUCAL POR MEDIO DE CONDUCTOS EXCRETORES DE LARGO TRAYECTO, EN UN NÚMERO DE SEIS, TRES A CADA LADO.

A.- GLANDULA PAROTIDA.- (DEL GRIEGO, PARA, CERCA Y OTOS, OÍDO). SE LE DA ESTE NOMBRE POR SUS RELACIONES DE VECINDAD CON

EL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, PUES SE ENCUENTRA SITUADA ENTRE ESTE ELEMENTO Y EL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA EN UNA PROFUNDA EXCAVACIÓN QUE SE DENOMINA ESPACIO O CÁPSULA PAROTÍDEA.

LA GLÁNDULA PARÓTIDA DE ESTRUCTURA ARRACIMADA Y LA MÁS VOLUMINOSA DE LAS TRES, DESAGUA EN LA CAVIDAD BUCAL POR INTERMEDIO DEL CANAL DE STENON, QUE NACE EN LA CARA ANTERIOR DE LA GLÁNDULA EN LA UNIÓN DE SU TERCIO INFERIOR CON SUS DOS TERCIOS SUPERIORES, ESTE CONDUCTO, ES EL RESULTADO DE LA CONVERGENCIA DE MULTITUD DE CANALÍCULOS QUE VAN DECRECIENDO EN SU DIÁMETRO, A MEDIDA QUE SE ACERCA AL ACINUS DE DONDE NACEN; TALES CANALÍCULOS LLEVAN SUCESIVAMENTE LOS NOMBRES DE CONDUCTOS INTRALOBULARES, PARA QUE AL FIN LLEGUEN A FORMAR EL CANAL O CONDUCTO DE STENON.

**B.- GLANDULA SUBMAXILAR.-** LA SEGUNDA EN TAMAÑO E IMPORTANCIA, SE ENCUENTRA SITUADA EN LA REGIÓN SUPRAHIOIDEA, EN EL ESPACIO ANGULAR QUE CIRCUNSCRIBEN EL VIENTRE ANTERIOR Y POSTERIOR DEL DIGÁSTRICO.

LA GLÁNDULA SUBMAXILAR SE HALLA ENCERRADA EN UN LÓCULO - OSTEOFIBROSO FORMADO POR LA CARA INTERNA DEL CUERPO DE LA MANDÍBULA Y EL DESDOBLAMIENTO DE LA APONEUROSIS CERVICAL SUPERFICIAL, LLAMADO CELDA SUBMAXILAR.

LA GLÁNDULA SUBMAXILAR, TAMBIÉN DE ESTRUCTURA ARRACIMADA, OCUPA TODO EL ESPACIO DE LA CELDA, AMOLDÁNDOSE A ÉL, DE LO CUAL RESULTA TENER UNA FORMA IRREGULARMENTE PRISMÁTICA TRIANGULAR, - CON SU EJE MAYOR DIRIGIDO DE ATRÁS HACIA ADELANTE, PARA TERMINAR EN UN CONDUCTO EXCRETOR LLAMADO CONDUCTO DE WHARTON, QUE DICHO CONDUCTO SE DESPRENDE DE LA CARA INTERNA DE LA GLÁNDULA EN SU PARTE MEDIA, PARA DIRIGIRSE OBLICUAMENTE DE ATRÁS HACIA ADELANTE, DE ABAJO HACIA ARRIBA Y DE AFUERA HACIA ADENTRO, CORRIENDO POR LA CARA EXTERNA DEL HILOGLOSO, ENTRE ESTE MÚSCULO Y EL MILOHIOIDEO.

EL CONDUCTO DE WHARTON, SE DESLIZA POR DEBAJO DE LA MUCOSA PARA TERMINAR ABRIÉNDOSE EN LA CAVIDAD BUCAL, A UN LADO DEL FRENILLO DE LA LENGUA EN EL VÉRTICE DE UN PEQUEÑO TUBÉRCULO. -- POR UN DIMINUTO ORIFICIO, AL CUAL SE LE DENOMINA OSTIUM UMBILICALE Y SEPARADO DE SU OPUESTO SÓLO POR EL ESPESOR DEL FRENILLO LINGUAL.

C.- GLANDULA SUBLINGUAL.- ES LA MÁS ANTERIOR Y SE ENCUEN-  
TRA SITUADA EN EL PISO DE LA BOCA, INMEDIATAMENTE POR DETRÁS --  
DEL CUERPO DE LA MANDÍBULA, A CADA LADO DE LA SÍNFISIS MENTONIA  
NA, EN DOS DEPRESIONES, QUE PRESENTA LA CARA INTERNA DE DICHO -  
CUERPO, DENOMINADAS FOŞITAS SUBLINGUALES. ESTA GLÁNDULA, TIENE  
LA FORMA DE UNA OLIVA UN POCO APLASTADA EN SENTIDO TRANSVERSAL,  
DE TAL MODO QUE SU EJE MAYOR ESTÁ DIRIGIDO PARALELAMENTE AL ---  
CUERPO DE LA MANDÍBULA, QUEDANDO LA MASA GLANDULAR APLICADA Y -  
MOLDEADA EN LA FOSITA SUBLINGUAL. LA GLÁNDULA SUBLINGUAL NO SE  
ENCUENTRA CONTENIDA DENTRO DE UNA CÁPSULA; POR EL CONTRARIO ES-  
TÁ ENVUELTA SIMPLEMENTE POR UNA CAPA DE TEJIDO CONJUNTIVO LAXO,  
QUE SE INSINUA EN FORMA DE TABIQUES ENTRE LOS DIFERENTES LÓBU--  
LOS DE LA GLÁNDULA.

LA MASA GLANDULAR SUBLINGUAL SE COMPONE DE GLÁNDULAS MÚL-  
TIPLES DE LAS CUALES LA MÁŞ VOLUMINOSA CONSTITUYE LA LLAMADA --  
PRINCIPAL, LAS OTRAS MUCHO MÁŞ PEQUEÑAS CONSTITUYEN LAS LLAMA--  
DAS GLÁNDULAS ACCESORIAS.

LA GLÁNDULA SUBLINGUAL PRINCIPAL, DA ORIGEN A UN CONDUCTO  
ÚNICO O PRINCIPAL DENOMINADO INDISTINTAMENTE CONDUCTO DE RIVI--  
NUS O DE BARTHOLIN.

ESTOS CONDUCTOS NACEN DE LA PARTE POSTERIOR DE LA GLÁNDU-  
LA, Y SE DIRIGEN HACIA ADELANTE Y HACIA ADENTRO, PARA LLEGAR AL  
LADO EXTERNO DEL CONDUCTO DE WHARTON Y DESAGUAN PRÓXIMO A ÉSTE,  
UN POCO POR FUERA DEL OSTIUM UMBILICALE.

LAS GLÁNDULAS SUBLINGUALES ACCESORIAS, CADA UNA DE ÉSTAS



POSEE UN CONDUCTO EXCRETOR QUE SE ABRE AISLADAMENTE EN EL PISO DE LA BOCA A NIVEL DE LA CARÚNCULA SUBLINGUAL; ESTOS CONDUCTOS SE DENOMINAN CONDUCTOS DE WALTHER. SU NÚMERO ES VARIABLE, DE CUATRO HASTA VEINTICINCO Y TREINTA Y SUS SALIDAS ESTÁN DISPUESTAS IRREGULARMENTE, CON FRECUENCIA SIGUIENDO UNA SERIE LINEAL, POR LA MISMA DIRECCIÓN DEL BORDE SUPERIOR DE LA GLÁNDULA.

## GLANDULA ACINOSALIVAL Y SU CONDUCTO EXCRETOR



- A) CANAL LOBULAR.
- B) CANAL INTERLOBULAR.
- C) CANAL EXCRETOR.
- D) LÓBULOS GLANDULARES.
- E) CANAL DE BOLL.

## ANATOMIA DE LA GLANDULA PAROTIDA

LA GLÁNDULA PARÓTIDA, SE ENCUENTRA SITUADA POR DEBAJO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y POR DEBAJO DE LA APÓFISIS MASTOIDEA Y POR DETRÁS DE LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFERIOR. SE ENCUENTRA CONTENIDA EN UNA CELDA DE PAREDES ANFRACTUOSAS FORMADA POR TEJIDO CONJUNTIVO QUE SE CONDENSA EN ALGUNAS PARTES, TOMANDO EL ASPECTO DE UNA APONEUROSIS.

FORMA Y RELACIONES. TIENE FORMA DE UN PRISMA TRIANGULAR CON UNA BASE SUPERIOR Y OTRA INFERIOR, UNA CARA EXTERNA, OTRA ANTERIOR Y OTRA POSTERIOR, UN BORDE INTERNO FARÍNGEO Y DOS BORDES EXTERNOS, UNO ANTERIOR Y OTRO POSTERIOR.

RELACIONES EXTERIORES. POR SU CARA EXTERNA, QUE ES LIGERAMENTE ABOMBADA, ESTÁ EN RELACIÓN CON LA APONEUROSIS CERVICAL SUPERIOR, CON EL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y LA PIEL.

CARA ANTERIOR. ACANALADA VERTICALMENTE CORRESPONDE DE AFUERA HACIA ADENTRO AL BORDE POSTERIOR DEL MASETERO, AL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR, AL BORDE POSTERIOR DEL PTERIGOIDEO INTERNO Y A LA APONEUROSIS INTERPTERIGOIDEA, REFORZADA POR EL LIGAMENTO ESFENOMAXILAR, TAMBIÉN SE RELACIONA CON LA MEMBRANA FIBROSA QUE UNE A LOS LIGAMENTOS ESTILOMAXILAR Y ESFENOMAXILAR. DE ESTA CARA, EN SU UNIÓN CON LA EXTERNA SE DESPRENDE UNA PROLONGACIÓN ANTERIOR, APLANADA TRANSVERSALMENTE Y DE FORMA CÓNICA, CUYA BASE SE CONFUNDE CON LA GLÁNDULA Y CUYO VÉRTICE ESTÁ SITUADO EN LA CARA EXTERNA Y PARTE MEDIA DEL MASETERO. DE ESTA PROLONGACIÓN EMANA, POR SU CARA PROFUNDA EL CONDUCTO DE STENON.

CARA POSTERIOR. CORRESPONDE, DE AFUERA HACIA ADENTRO, AL BORDE ANTERIOR DEL ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO, AL VIENTE POSTERIOR DEL DIGÁSTRICO, AL ESTILOHIOIDEO, Y AL ESTILOGLOSO UNIDOS NATURALMENTE POR LA APONEUROSIS PROFUNDA DE LA CELDA PAROTÍDEA, QUE ESTÁ REFORZADA A ESTE NIVEL POR LOS LIGAMENTOS ESTILOMAXILAR Y ESTILOHIOIDEO.

DE LA CARA POSTERIOR DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA PARTEN PROLONGACIONES QUE SE INTRODUCEN ENTRE EL ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO Y EL DIGÁSTRICO Y ENTRE ÉSTE Y LA APÓFISIS ESTILOIDES.

EXTREMIDAD SUPERIOR. DE LA GLÁNDULA SE RELACIONA CON LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR, CUYA CÁPSULA ARTICULAR CUBRE Y AÚN TOMA ADHERENCIA EN ELLAS; MÁS ADENTRO SE HALLA EN RELACIÓN CON LA PORCIÓN CARTILAGINOSA DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO.

CARA INFERIOR. DESCANSA SOBRE EL TABIQUE INTERMAXILOPAROTÍDEO EL CUAL LAS SEPARA DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR.

BORDE INTERNO. SE RELACIONA CON EL LIGAMENTO ESTILOMAXILAR O CON LA PARED LATERAL DE LA FARINGE, CUANDO EXISTE PROLONGACIÓN FARÍNGEA.

BORDE ANTERIOR. CORRESPONDE A LA CARA EXTERNA DEL MASETERO Y DE ÉL SE DESPRENDE LA PROLONGACIÓN MASETERINA QUE EN ALGUNOS CASOS ES INDEPENDIENTE DEL CUERPO DE LA GLÁNDULA, FORMANDO UNA PARÓTIDA ACCESORIA.

BORDE POSTERIOR. CORRESPONDE AL BORDE ANTERIOR DEL ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO.

RELACIONES INTERIORES. LA MASA PAROTÍDEA ESTÁ EN RELACIÓN DIRECTA CON ARTERIAS, VENAS, LINFÁTICOS Y NERVIOS QUE ATRAVIESAN LA CELDA PAROTÍDEA Y SE INTRODUCEN EN EL PARENQUIMA GLANDULAR.

ENTRE LAS ARTERIAS SE ENCUENTRA LA CARÓTIDA EXTERNA, LA CUAL EMITE EN SU TRAYECTO INTRAPAROTÍDEO LA AURUCULAR POSTERIOR, LA MAXILAR INTERNA Y LA TEMPORAL SUPERFICIAL A NIVEL DEL CUELLO DEL CÓNDILO.

LOS LINFÁTICOS INTRAPAROTÍDEOS SON GANGLIOS DE LOS CUALES UNOS SON SUPERFICIALES, SITUADOS EN LA CARA EXTERNA DE LA PARÓTIDA DONDE FORMAN UN GRUPO; OTRO ANTERIOR Y OTRO POSTERIOR; Y OTROS PROFUNDOS, COLOCADOS EN EL TRAYECTO DE LA PARÓTIDA EXTERNA Y DE LA YUGULAR EXTERNA, QUE RECIBEN LA LINFA DEL VELO DEL -

PALADAR DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y DE LA PARTE POSTERIOR DE LAS FOSAS NAALES.

LOS NERVIOS, EN RELACIÓN CON LA MASA PAROTÍDEA SON EL - FACIAL, QUE SALE DEL CONDUCTO ESTILOMASTOIDEO, Y PENETRA EN - LA PARÓTIDA, LA ATRAVIESA OBLICUAMENTE HACIA AFUERA Y HACIA - ADELANTE, CON TENDENCIA A ALCANZAR LA CARA EXTERNA DE LA GLÁNDULA Y A NIVEL DEL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFERIOR, SE DIVIDEN SUS RAMAS TERMINALES TEMPOROFACIAL Y - CERVICOFACIAL, LAS CUALES SALEN SEPARADAS DE LA MASA PAROTÍDEA.

EL NERVIO AURICULOTEMPORAL O TEMPORAL SUPERFICIAL NACE -- DEL TRONCO POSTERIOR DEL MAXILAR INFERIOR, PASA POR EL OJAL RETROCONDÍLEO Y PENETRA EN LA MASA PAROTÍDEA. AQUÍ EMITE UN RAMO QUE SE DIRIGE HACIA ARRIBA HASTA LLEGAR A LA ARTERIA TEMPORAL - SUPERFICIAL, DONDE SE ANASTOMOSA CON EL FACIAL, Y UN CORTO RAMO QUE ORIGINA MÚLTIPLES RAMITAS QUE SE PIERDEN EN LA PARÓTIDA ANASTOMOSÁNDOSE CON RAMITAS PROCEDENTES DEL FACIAL.

CONSTITUCIÓN ANATÓMICA. ES UNA GLÁNDULA ACINOSA, CUYOS - ACINOS DE FORMA TUBULAR MÁS O MENOS ABULTADA EN SU ORIGEN, SE - AGRUPAN PARA FORMAR LOBULILLOS PRIMITIVOS, LOS CUALES A SU VEZ FORMAN LÓBULOS SECUNDARIOS, CUYO CONJUNTO FORMAN LA GLÁNDULA. ESTOS LOBULILLOS ESTÁN SEPARADOS ENTRE SÍ POR TEJIDO CONJUNTIVO, DONDE SE ENCUENTRAN ELEMENTOS LINFÁTICOS Y ADIPOSOS.

DE CADA ACINO, PARTEN CONDUCTOS INTERCALARES LLAMADOS TAMBIÉN CONDUCTOS DE BOLL, MUY ESTRECHOS, REVESTIDOS EN SU INTERIOR DE UNA CAPA EPITELIAL QUE DESCANSA EN UNA PARED PROPIA Y - QUE VAN A DESEMBOCAR A LOS CONDUCTOS INTRALOBULILLARES, LOS CUALES RESULTAN DE LA CONFLUENCIA DE VARIOS CONDUCTOS DE BOLL. LOS CONDUCTOS INTERLOBULILLARES, REUNIDOS ENTRE SÍ, VAN A FORMAR -- CONDUCTOS DE MAYOR CALIBRE, LLAMADOS CONDUCTOS INTERLOBULILLARES, QUE VAN A TERMINAR AL CONDUCTO EXCRETOR, Y EL CUAL ES LLAMADO CONDUCTO DE STENON.

CONDUCTO DE STENON. SE HALLA CONSTITUÍDO POR LA CONFLUEN-  
CIA DE LOS CONDUCTOS INTERLOBULILLARES, QUE SE REALIZA EN LA CA-  
RA ANTEROINTERNA DE LA PARÓTIDA O EN EL ESPESOR MISMO DE ESTA -  
GLÁNDULA. SE DIRIGE HACIA ADELANTE Y CRUZA LA CARA EXTERNA DEL  
MASETERO POR ABAJO DE LA ARTERIA TRANSVERSA DE LA CARA, ALCANZA  
LA CARA EXTERNA DEL BUCINADOR AL QUE ATRAVIESA OBLICUAMENTE HA-  
CIA ADELANTE Y HACIA ADENTRO PARA ABRIRSE EN LA MUCOSA DEL VES-  
TÍBULO DE LA BOCA AL NIVEL DEL CUELLO DEL SEGUNDO MORAL SUPERIOR.

EL CANAL DE STENON ESTÁ CUBIERTO EN SU ORIGEN POR LA PRO-  
LONGACIÓN ANTERIOR DE LA PARÓTIDA Y EN EL RESTO DE SU TRAYECTO  
POR EL TEJIDO CELULAR Y LA PIEL. SU DIRECCIÓN SE HALLA DEFINI-  
DA POR UNA LÍNEA, QUE PARTIENDO DEL LÓBULO DE LA OREJA, FUERA A  
LA COMISURA DE LOS LABIOS.

LA PARÓTIDA. SE HALLA IRRIGADA POR RAMAS DIRECTAS DERIVA-  
DAS DE LA CARÓTIDA EXTERNA, RAMAS DE LA AURICULAR POSTERIOR Y -  
DE LA TRANSVERSA DE LA CARA; DE SUS REDES CAPILARES NACEN VENAS  
QUE FORMAN TRONCOS AFLUENTES DE LA YUGULAR EXTERNA.

LOS LINFÁTICOS. NACEN EN LOS ACINOS Y FORMAN CONDUCTOS -  
COLECTORES QUE CAMINAN POR EL TEJIDO CONJUNTIVO INTERSTICIAL Y  
VAN A DESEMBOCAR A LOS GANGLIOS PAROTÍDEOS, DE DONDE PARTEN ---  
TRONCOS EFERENTES QUE TERMINAN EN LOS GANGLIOS YUGULARES EXTER-  
NOS Y EN LOS CERVICALES PROFUNDOS.

LOS NERVIOS. DE LA PARÓTIDA PROCEDEN DE LA AURICULOTEMPO-  
RAL, DEL PLEXO CERVICAL POR INTERMEDIO DE LA RAMA AURICULAR Y -  
DE RAMAS SIMPÁTICAS QUE ACOMPAÑAN A LAS ARTERIAS PAROTÍDEAS.

GLANDULA PAROTIDA VISTA POR SU CARA EXTERNA



- A) GLÁNDULA PARÓTIDA.
- B) VENA YUGULAR EXTERNA.
- C) NERVIO FACIAL.
- D) MASETERO.
- E) GLÁNDULA SUBMAXILAR.

## ANATOMIA DE LA GLANDULA SUBMAXILAR

ESTA GLÁNDULA SE ENCUENTRA SITUADA EN LA PARTE LATERAL DE LA REGIÓN SUPRAHIOIDEA, EN LA FOSETA ESCULPIDA EN LA CARA INTERNA DEL MAXILAR INFERIOR. SE HALLA CONTENIDA, COMO LA PARÓTIDA EN UNA CELDA OSTEOFIBROSA.

CELDA O COMPARTIMIENTO SUBMAXILAR. LA CELDA ES UN HUESO OSTEOFIBROSO PRISMÁTICO TRIANGULAR CON TRES PAREDES; INTERNA, INFEROEXTERNA Y SUPEROEXTERNA. LA PARED INTERNA ESTÁ FORMADA POR LA HOJA INTERNA DEL DESDOBLAMIENTO DE LA APONEUROSIS CERVICAL SUPERFICIAL QUE VA A FIJARSE A LA LÍNEA MILOHIOIDEA. SE HALLA EN RELACIÓN CON LOS DOS VIENTRES DEL DIGÁSTRICO Y SU TENDÓN INTERMEDIO, CON EL MÚSCULO MILOHIOIDEO Y EL HIOGLOSO, CON EL NERVIO HIPOGLOSO MAYOR, Y POR INTERMEDIO DEL HIOGLOSO CON LA ARTERIA LINGUAL. EN SU PARTE POSTERIOR SE RELACIONA CON EL ESTILOHIOIDEO Y CON LA PARED LATERAL DE LA FARINGE.

PARED INFEROEXTERNA. ESTÁ CONSTITUÍDA POR LA HOJA EXTERNA DEL DESDOBLAMIENTO QUE A NIVEL DEL HUESO HIOIDES SUFRE LA APONEUROSIS CERVICAL SUPERFICIAL. ESTA HOJA VA A FIJARSE AL BORDE INFERIOR DEL MAXILAR INFERIOR, QUEDANDO EN RELACIÓN CON EL MÚSCULO CUTÁNEO DEL CUELLO, EL TEJIDO CELULAR Y LA PIEL.

PARED SUPEROEXTERNA. SE HALLA FORMADA POR LA CARA INTERNA DE LA RAMA HORIZONTAL DEL MAXILAR INFERIOR. COMPRENDE LA FOSETA SUBMAXILAR DESCRITA EN ESTE HUESO, SITUADA ENTRE LA LÍNEA MILOHIOIDEA POR ARRIBA Y EL BORDE DEL MAXILAR POR ABAJO.

FORMA Y RELACIONES. LA GLÁNDULA SUBMAXILAR PUEDE CONSIDERARSE DE FORMA PRISMÁTICA TRIANGULAR CON TRES CARAS QUE CORRESPONDEN A LAS DE LA CELDA Y DOS EXTREMIDADES ANTERIOR Y POSTERIOR.

EL CONDUCTO EXCRETOR DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR O CONDUCTO DE WHARTON QUE EMERGE DE LA CARA PROFUNDA DE LA GLÁNDULA Y DESEM



BOCA POR EL OSTIUM UMBILICALE A AMBOS LADOS DEL FRENILLO DE LA LENGUA.

LA CARA EXTERNA. EN ELLA SE ENCUENTRAN LOS GANGLIOS SUBMAXILARES POR DENTRO DE LA APONEUROSIS, EN NÚMERO DE SEIS O SIETE Y CONTACTO DIRECTO CON LA MASA GLANDULAR.

LA CARA INTERNA. ESTÁ EN RELACIÓN CON EL PLANO PROFUNDO DE LA REGIÓN SUPRAHIOIDEA LATERAL Y SE HALLA EN CONTACTO POR ATRÁS CON EL TRIÁNGULO DE BECLARD. ESTE SE ENCUENTRA CONSTITUIDO POR ABAJO POR EL HUESO HIOIDES. POR ARRIBA Y ADELANTE, POR EL VIENTRE POSTERIOR DEL DIGÁSTRICO Y POR ATRÁS POR EL BORDE POSTERIOR DEL HIOGLOSO, MÚSCULO QUE CUBRE A LA ARTERIA LINGUAL ANTES QUE ÉSTA EMITA LA DORSAL DE LA LENGUA.

DE LA CARA INTERNA DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR SE DESPRENDE UNA PROLONGACIÓN POSTERIOR, QUE A VECES SE EXTIENDE HASTA EL PTERIGOIDEO INTERNO Y OTRA PROLONGACIÓN ANTERIOR O SUBMILOHIOIDEA APLANADA TRANSVERSALMENTE 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 O INFEROEXTERNA SE RELACIONA CON LA VENA FACIAL, CON LA APONEUROSIS SUPERFICIAL, CON EL MÚSCULO CUTÁNEO Y CON LA PIEL. ES MÁS EXTENSA QUE LAS OTRAS DOS GLÁNDULAS.

LA EXTREMIDAD POSTERIOR. SE HALLA EN RELACIÓN CON LA ARTERIA FACIAL, EL VIENTRE POSTERIOR DEL DIGÁSTRICO Y CON EL ESTILOHIOIDEO. ESTÁ SEPARADA DE LA PARÓTIDA POR EL TABIQUE INTERMAXILOPAROTIDEO.

LA EXTREMIDAD ANTERIOR. ESTÁ COLOCADA UN POCO POR DETRÁS DEL VIENTRE ANTERIOR DEL DIGÁSTRICO Y SE RELACIONA CON LA GLÁNDULA SUBLINGUAL.

CONDUCTO DE WHARTON. NACE EN LA PARTE MEDIA DE LA CARA INTERNA DE LA GLÁNDULA, SE DIRIGE HACIA ADELANTE Y ADENTRO, HAS

TA EL BORDE INFERIOR DEL FRENILLO LINGUAL, EN DONDE CAMBIA DE DIRECCIÓN Y CORRE HACIA ADELANTE PARA DESEMBOCAR EN EL PISO DE LA BOCA. ES MÁS GRUESO QUE EL CONDUCTO DE STENON PUES ALCANZA DE DOS A CINCO MILÍMETROS DE DIÁMETRO, SIENDO SU PUNTO MÁS ESTRECHO EL ORIFICIO BUCAL.

RELACIONES. EN SU ORIGEN SE RELACIONA POR DENTRO CON EL HIPOGLOSO Y POR FUERA CON EL MILOHIOIDEO. MÁS ADELANTE SE RELACIONA POR DENTRO CON EL LINGUAL INFERIOR Y EL GENIOGLOSO; Y -- POR FUERA, CON EL MILOHIOIDEO, AL QUE ABANDONA PARA PONERSE EN RELACIÓN CON LA CARA INTERNA DE LA GLÁNDULA SUBLINGUAL. POR DEBAJO DEL CONDUCTO CAMINA EL HIPOGLOSO MAYOR Y POR ENCIMA DE ÉL, EL NERVIO LINGUAL, LOS CUALES FORMAN UN ÁNGULO POR CUYA VISECTRÍZ CORRE EL CONDUCTO DE WHARTON, ACOMPAÑADO POR UN PLEXO Y VASOS SUBLINGUALES.

EL NERVIO LINGUAL. CORRE AL PRINCIPIO POR ARRIBA DEL CONDUCTO LO CRUZA DESPUÉS POR SU LADO EXTERNO Y RODEA SU CARA INFERIOR PARA HACERSE INTERNO, HECHO QUE SUCEDE CUANDO ALCANZA 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, EN EL OSTIUM UMBILICALE DE BORDEU.

CONSTITUCIÓN ANATÓMICA. LA GLÁNDULA SUBMAXILAR ES UNA GLÁNDULA MIXTA, PUES ESTÁ CONSTITUÍDA POR ACINOS SEROSOS COMO LA PARÓTIDA Y ACINOS MUCOSOS, SEPARADOS POR TEJIDO CONJUNTIVO. SUS SECRECIONES SE VIERTEN POR CONDUCTOS QUE TIENEN LA MISMA DISPOSICIÓN QUE EN LA PARÓTIDA.

ESTÁ IRRIGADA POR ARTERIAS PROCEDENTES DE LA FACIAL Y DE LA SUBMENTONIANA Y EN SUS REDES CAPILARES NACEN VENAS QUE DESEMBOCAN IGUALMENTE EN LA FACIAL Y EN LA SUBMENTONIANA.

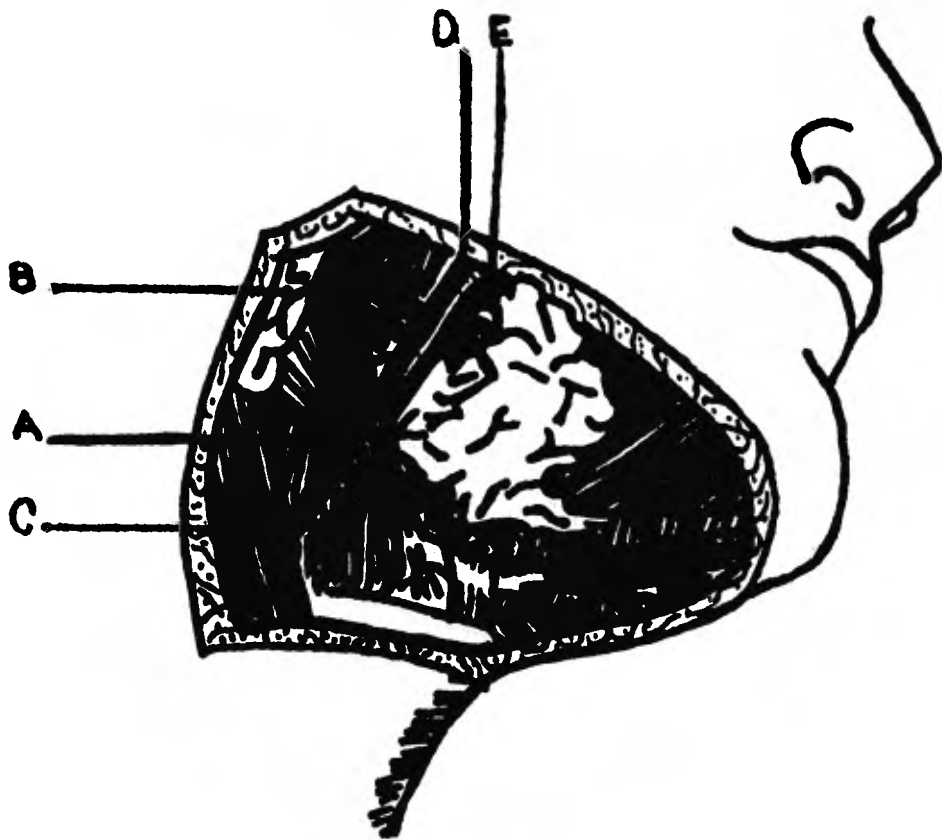
LOS LINFÁTICOS QUE NACEN DE LOS ACINOS CAMINAN POR LOS

INTERSTICIOS GLANDULARES Y DESEMBOCAN EN LOS GANGLIOS SUBMAXILARES DE DONDE PARTEN TRONCOS EFERENTES QUE VAN A LOS GANGLIOS -- CERVICALES PROFUNDOS.

LOS NERVIOS PARASIMPÁTICOS. PROCEDEN DE LA LINGUAL, LA CUAL SE ANASTOMOSA CON LA CUERDA DEL TÍMPANO. TAMBIÉN DERIVAN DEL GANGLIO SUBMAXILAR, SITUADO ENTRE LA GLÁNDULA Y EL LINGUAL, EN EL QUE RECIBE VARIAS RAMAS Y EMITE NUMEROSOS FILETES QUE -- ABORDAN A LA GLÁNDULA.

POR SU CARA SUPEROINTERNA, RECIBE ASÍ MISMO RAMAS SIMPÁTICAS QUE RODEAN A LAS ARTERIAS DE LA GLÁNDULA.

## GLANDULA SUBMAXILAR



- A) GLÁNDULA SUBMAXILAR.
- B) GLÁNDULA PARÓTIDA.
- C) VENA YUGULAR EXTERNA.
- D) VENA FACIAL.
- E) ARTERIA FACIAL.

## ANATOMIA DE LA GLANDULA SUBLINGUAL

SE ENCUENTRA SITUADA EN EL PISO DE LA BOCA, POR DEBAJO DE LA MUCOSA Y POR DENTRO DEL CUERPO DEL MAXILAR. ESTA ES LA MÁS PEQUEÑA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES PRINCIPALES, DE FORMA ELIPSOIDAL, APLANADA TRANSVERSALMENTE Y CON SU EJE MAYOR DIRIGIDO DE ATRÁS HACIA ADELANTE Y DE AFUERA HACIA ADENTRO.

RELACIONES. NO TIENE CELDA OSTEOAPONEURÓTICA Y SE HALLA ENVUELTA POR TEJIDO CONJUNTIVO. POSEE DOS CARAS, DOS BORDES Y DOS EXTREMIDADES.

CARA EXTERNA. ES CONVEXA Y EN RELACIÓN CON LA FOSETA SUBLINGUAL, LABRADA EN LA CARA POSTERIOR DEL CUERPO DEL MAXILAR INFERIOR.

CARA INTERNA. SE RELACIONA CON EL CONDUCTO DE WHARTON, EL NERVIO LINGUAL Y LA VENA RANINA Y CON LA CARA EXTERNA DE LOS MÚSCULOS GENIOGLOSO Y LINGUAL INFERIOR.

BORDE INFERIOR. ESTÁ EN RELACIÓN CON LOS MÚSCULOS GENIOGLOSO Y MILOHIOIDEO.

BORDE SUPERIOR. SE RELACIONA CON LA MUCOSA DEL PISO DE LA BOCA, A LA QUE LEVANTA PARA FORMAR LAS CARÚNCULAS SUBLINGUALES.

LA EXTREMIDAD POSTERIOR SE HALLA EN RELACIÓN CON LA GLÁNDULA SUBMAXILAR Y LA EXTREMIDAD ANTERIOR SE ENCUENTRA EN CONTACTO CON LA DEL LADO OPUESTO, Y EN RELACIÓN CON LAS APÓFISIS GENI.

CONSTITUCIÓN ANATÓMICA. ES UNA GLÁNDULA MIXTA, COMPUESTA DE ACINOS SEROSOS Y ACINOS MUCOSOS, CUYOS PRODUCTOS DE SECRECIÓN SON ELIMINADOS POR CONDUCTOS INTRAGLANDULARES Y EXTRAGLANDULARES. LOS PRIMEROS ESTÁN SITUADOS EN EL ESPESOR DE LA GLÁNDULA; LOS SEGUNDOS, CONTINUACIÓN DE LOS PRIMEROS, SON LOS CONDUCTOS DE BARTHOLIN Y DE WALTHER.

EL CONDUCTO DE BARTHOLINO RIVINUS. NACE DE LA PARTE -- POSTERIOR DE LA GLÁNDULA, Y SE DIRIGE ADELANTE Y ADENTRO, AL LADO DEL CONDUCTO DE WHARTON ABRIÉNDOSE POR FUERA DE ÉL, EN EL VIENTRE DE LA CARÚNCULA SUBLINGUAL. ES EL MÁ S VOLUMINOSO DE LOS MÚLTIPLES CONDUCTOS EXCRETORES DE LA SUBLINGUAL.

A LOS LADOS DE LA GLÁNDULA SUBLINGUAL PROPIAMENTE DICHA SE ENCUENTRAN FORMACIONES GLANDULARES LLAMADAS GLÁNDULAS SUBLINGUALES ACCESORIAS, LAS CUALES POSEEN SUS CONDUCTOS EXCRETORES PROPIOS (CONDUCTOS DE WALTHER), QUE CORREN POR EL BORDE SUPERIOR DE LA GLÁNDULA Y DESEMBOCAN EN LA CARÚNCULA SUBLINGUAL, AUNQUE ALGUNOS DE ELLOS PUEDEN DESEMBOCAR EN EL CONDUCTO DE WHARTON.

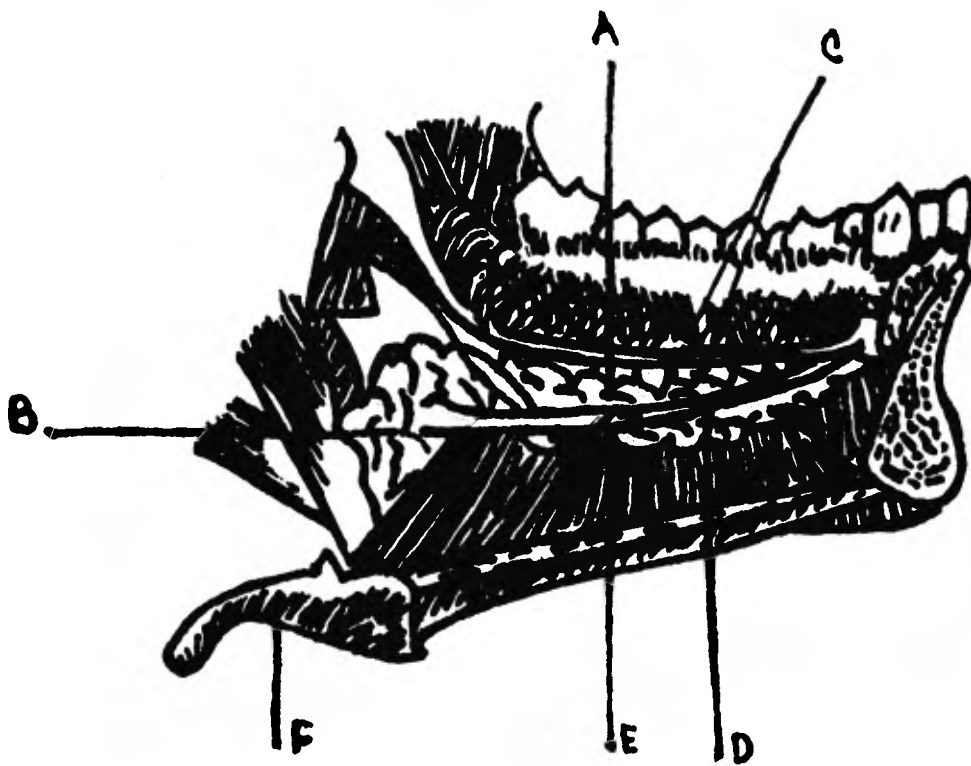
LA GLÁNDULA SUBLINGUAL RECIBE ARTERIAS DE LA SUBLINGUAL Y DE LA SUBMENTONIANA Y EN SUS CAPILARES NACEN VENAS QUE VAN A LA RANINA.

LOS LINFÁTICOS DE LA SUBLINGUAL TERMINAN EN LOS GANGLIOS SUBMAXILARES Y SU INERVACIÓN PARASIMPÁTICA PROCEDE DEL LINGUAL Y DE LA CUERDA DEL TÍMPANO, ASÍ COMO DEL GRAN SIMPÁTICO, EL CUAL PENETRA EN LA GLÁNDULA ACOMPAÑANDO A LAS ARTERIAS QUE LA IRRIGAN.

### GLANDULAS SALIVALES MENORES

LAS GLÁNDULAS SALIVALES MENORES ESTÁN ESPACIADAS A TRAVÉS DE LA MEMBRANA DE LA MUCOSA ORAL Y SON SIMPLEMENTE RACIMOS DE TEJIDO MUCOSO LIGADOS A CORTOS CONDUCTOS QUE ESTÁN ABIERTOS DENTRO DE LA BOCA. ELLOS SON ALGUNAS VECES RACIMOS EN GRUPOS, COMO SON AQUELLOS DEBAJO DE LA LENGUA, Y SUS CONDUCTOS EMERGEN EN LARGOS NÚMEROS EN RELATIVAMENTE PEQUEÑAS ÁREAS. ESAS GLÁNDULAS SON SUPERFICIALES, SITUADAS JUSTAMENTE DEBAJO DE LA MUCOSA.

## GLÁNDULA SUBLINGUAL Y CONDUCTO DE WARTHON



- A) GLÁNDULA SUBLINGUAL.
- B) GLÁNDULA SUBMAXILAR.
- C) CONDUCTOS EXCRETORES.
- D) CONDUCTO DE WARTHON.
- E) NERVIO LINGUAL.
- F) HUESO HIODES.

## ANATOMIA MICROSCOPICA.

MICROSCÓPICAMENTE TODAS ESTAS GLÁNDULAS TIENEN SIMILAR -- CONSTRUCCIÓN, ESTÁN COMPUESTAS DE MUCOSA Y SEROSA ACINI EN COMBINACIÓN DE AMBOS. LA PRIMERA DIFERENCIACIÓN CARACTERÍSTICA EN CUALQUIER LUGAR, DADO QUE EL FRAGMENTO DE TEJIDO ES RELATIVO NÚMERO DE SEROSA Y MUCOSA, LAS GLÁNDULAS PARÓTIDAS EXISTEN CERCA DE LA ENTERAMENTE SEROSA.

PUESTO QUE LAS GLÁNDULAS MENORES Y LAS GLÁNDULAS SUBLINGUALES SON SIMPLEMENTE SISTEMAS, SUS CONDUCTOS DE LOS EPITELIOS LINEALES QUE EXCRETAN, SON PEQUEÑOS Y CORTOS. LOS SISTEMAS CONDUCTORES DE LA PARÓTIDA Y SUBMAXILAR ESTÁN COMPUESTOS DE UNA SERIE DE PEQUEÑOS CONDUCTOS QUE ESTÁN DRENANDO UN SIMPLE ACINUS Y JUNTOS HACEN LARGOS CONDUCTOS. ESTOS LARGOS CONDUCTOS DRENAN LÓBULOS Y EN TURNO JUNTAN EL CONDUCTO EXCRETOR PRINCIPAL DE LA BOCA. ASÍ, QUE, EL TUBO IMITADO EN ESE CONJUNTO ASEMEJA UN ÁRBOL DESHOJADO CON LA TERMINACIÓN DE CUALQUIER MIEMBRO EN INDIVIDUAL ACINO, EL RAMO DEL CONDUCTO LOBULAR Y EL TRONCO SON EL MAYOR CONDUCTO EXCRETOR.

EL PRINCIPAL ELEMENTO DE TEJIDO QUE SE OBSERVA MICROSCÓPICAMENTE, SON EPITELIO GLANDULAR REPRESENTATIVO DE LA PORCIÓN SECRETORIA DE LA GLÁNDULA, EL EPITELIO CUBOIDAL LIMITA EL CONDUCTO, LOS COMPARTIMIENTOS DE TEJIDO CONECTIVO ESTÁN DIVIDIDOS EN LÓBULOS INDIVIDUALES Y CÁPSULAS DE TEJIDO CONECTIVO.



## CAPITULO II

### ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

EN ESTE CAPÍTULO SE TRATARÁ DE EXPONER LAS ENFERMEDADES - DE GLÁNDULAS SALIVALES ASÍ COMO SUS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO EMPEZANDO CON LAS INFLAMATORIAS PRODUCIDAS POR CUERPOS EXTRAÑOS Y - LAS DIFERENTES MANIFESTACIONES DE LAS SIALOADENITIS Y LAS PARÓTIDIS HACIENDO POR ÚLTIMO MENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES Y SÍNDROMES QUE ATACAN ESTAS GLÁNDULAS.

#### MÉTODOS DIAGNOSTICOS.

LOS PRINCIPALES MÉTODOS DEL DIAGNÓSTICO EN LA PATOLOGÍA INFLAMATORIA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES SON LA INSPECCIÓN Y LA PALPACIÓN DE LA GLÁNDULA AFECTA, ESTOS MÉTODOS SON LOS QUE MAYOR INFORMACIÓN DAN.

LA PALPACIÓN DE LAS GLÁNDULAS ES BIMANUAL, RECORRIENDO EN EL CASO DE PARÓTIDA Y SUBMAXILAR, LOS CONDUCTOS EXCRETORES DELINEÁNDOLOS ENTRE AMBOS DEDOS, UNO DESDE LA CAVIDAD BUCAL Y EL OTRO EN EL CUELLO.

LOS MÉTODOS AUXILIARES A DESTACAR SON:

- FROTIS.
- CITOLOGÍA.
- SIALOMETRÍA CON/SIN ESTÍMULO.
- ANÁLISIS DE LA COMPOSICIÓN DE LA SALIVA.
- SIALOGRAFÍA.
- HISTOLOGÍA.
- ESTUDIO CON RADIOISÓTOPOS DE GRAN VALOR POR SU INFORMACIÓN.

VALORES NORMALES EN LA COMPOSICION DE LA SALIVA.

	PARÓTIDA	SUBMAXILAR	PLASMA
CANTIDAD DE SE- CRECIÓN-----	077 ml/MIN-----	0'6 ml/MIN	
POTACIO--	20 MEQ/l-----	17 MEQ/l-----	4MEQ/l
SODIO	23 "	21 "	140 "
CLORO	23 "	20 "	105 "
BICARBONATO	20 "	18 "	27 "
CALCIO	2 "	3'6 "	5 "
MAGNECIO	0'2 "	0'3 "	2 "
FOSFATO	6 "	4'5 "	2 "
UREA	15Mg/100ml	7 Mg/100ml	25 Mg/100ml
AMONIO	0'3 ""	02 "	
AC. URICO	3 "	2 "	4 "
GLUCOSA	1 "	1 "	80 "
LIPIDOS TOTA LES	2'8 "	2 "	500 "
COLESTEROL	1 "	---	160 "
AC. GRASOS	1 "	---	300 "
AMINOÁCIDOS	1'5	---	50 "
PROTEÍNAS	250 "	150 "	6000 "
PH	6'8--7'2	6'8--7'2	7'35

## TRATAMIENTO: (GENERALIDADES)

RESPECTO AL TRATAMIENTO INICIAL CUANDO LA ENFERMEDAD HA APARECIDO, ES RECOMENDABLE LA ANTIBIOTICOTERAPIA CON PENICILINAS NATURALES COMO LA PENICILINA SÓDICA, PENICILINA ELEMIZOL, PENICILINA PROCAINA, FENOXIMETIL PENICILINA ETC. CUANDO EL LABORATORIO NOS PROPORCIONA LOS RESULTADOS DEL MICROORGANISMO O AGENTE CAUSAL CONTINUAREMOS EL TRATAMIENTO POR EL ANTIBIÓTICO ESPECÍFICO EN LAS DOSIS RECOMENDABLES.

EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SERÁ EXPLICADO EN OTRO CAPÍTULO EN PÁGINAS POSTERIORES.

## TRASTORNOS INFLAMATORIOS.

LOS TRASTORNOS INFLAMATORIOS DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES Y MENORES SE MANIFIESTAN A MENUDO EN FORMA DE TUMEFACCIONES DOLOROSAS DE LA GLÁNDULA Y DISMINUCIÓN DE SUS SECRECIONES --- (HIPOPLASIA).

LA SALIVA SE VUELVE GRUMOSA Y ESPESA HALLÁNDOSE MASAS DE NEUTRÓFILOS Y BACTERIAS EN LAS EXTENSIONES DE LA SALIVA. POSTERIORMENTE VARÍA EL CONTENIDO DE IONES EN LA SALIVA QUE NORMALMENTE TIENE EL K ALTO Y POCO NA- PRESENTA UNA ELEVACIÓN DEL NA QUE ES TANTO MAYOR CUANTO MÁS AGUDA ES LA INFLAMACIÓN. ESTE DATO PUEDE UTILIZARSE EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE EL AUMENTO DE TAMAÑO INFLAMATORIO Y NO INFLAMATORIO DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

## CUERPOS EXTRANOS.

LA PRESENCIA DE CUERPOS EXTRANOS POCO COMUNES (QUE EL PACIENTESE HA INTRODUCIDO A LOS CONDUCTOS: CERDAS DE CEPILLOS DE DIENTES, PALILLOS, PLUMAS, HOJAS DE HUERTA, ETC.) PUEDE PROVOCAR UNA INFLAMACIÓN QUE APENAS TIENE O PUEDE TENER TRASCENDENCIA.

## SIALOADENITIS AGUDA.

CUALQUIER INFLAMACIÓN AGUDA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES -- PUEDE SER LLAMADA SIALOADENITIS AGUDA.

SINTOMAS. ESAS INFLAMACIONES SON USUALMENTE REPENTINAS EN PRINCIPIO, AUNQUE ELLAS PUEDEN SER LA FASE AGUDA DE ALGUNAS CONDICIONES CRÓNICAS. EN GLÁNDULAS LLEGA A SER TENSO USUALMENTE EN UN SÓLO LADO, PUEDE SER VISTA EN EL ORIFICIO DEL CONDUCTO O - PUEDE SER EXTRAÍDA DESDE EL SISTEMA DEL CONDUCTO. LOS PACIENTES CON TEMPERATURA PUEDEN LEVANTARSE, Y EL CUADRO DE SANGRE REFLEJA LA RELATIVA TOXICIDAD DE LA INFECCIÓN, DADO QUE LIBRES DE ESAS INFECCIONES ALGUNAS VECES SON LOCALIZADAS BAJO DE LA PIEL Y RE- QUIERE INCISIÓN Y DRENAJE.

ETIOLOGIA. ES PREDOMINIO DE BACTERIAS, LA MAYOR PARTE - DE LAS CUALES SON NORMALMENTE FORMADAS EN LA CAVIDAD ORAL. ES- TÁN INCLUIDOS STREPTOCOCOS SALIVARIUS, VIRIDANS STREPTOCOCCI, - DIPLOCOCOS PHNEUMONIA Y STEPHYLOCOCOS AUREUS Y OCASIONALMENTE LE VADURAS. DE ESTE MODO ES EVIDENTE NO INDICAR CUALQUIER CAUSA PRE- DOMINANTE PATOGENICA. STOMATITIS AGUDA RARAMENTE JUEGA UN APRE- CIABLE CAMBIO EN EL ATAQUE DE TALES CONDICIONES.

TRATAMIENTO. EL TRATAMIENTO DE ESAS INFECCIONES ES POR - MEDIO DE MEDICAMENTOS. ANTIBIÓTICOS, PUESTO QUE LAS SULFONAMIDAS SON INDICADOS HASTA CONTROLAR LA INFECCIÓN AGUDA. SACAR UNA MUES- TRA DE PUS ES ESTIMABLE, UNA PRUEBA POR ANTIBIÓTICOS SENSITIVOS - ESPECÍFICOS SON DE GRAN AYUDA.

PRONOSTICO. UNA VEZ ESTABLECIDA ESTA CONDICIÓN TIENDE A RECURRIR. FRECUENTEMENTE, LA RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD TOMA LA FORMA DE UN TIPO CRÓNICO O SUBAGUDO, Y MÁ S TARDE EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD, LA OBSTRUCCIÓN SE PRESENTA EN EL CONDUCTO, O EN FORMA DE CAVITACIONES EN LA ESTRUCTURA GLANDULAR.

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.** OCASIONALMENTE SE PUEDEN VER ENFERMEDADES QUE SE CONFUNDAN CON LA SIALOADENITIS AGUDA, Y VICEVERSA. POR EJEMPLO, LA PAROTIDITIS EPIDÉMICA LATERAL, QUE SE DEBE DE CONSIDERAR SIEMPRE EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. FRECUENTEMENTE SE VEN CASOS QUE HAN SIDO DENOMINADOS COMO PAROTIDITIS IDIOPÁTICA O ADENITIS SUBMANDÍBULAR QUERIENDO DAR UNA IDEA MÁS CLARA DE LA ENTIDAD. EN ESTOS CASOS LA GLÁNDULA EMPIEZA A ENDURECERSE CON UNA CONSISTENCIA RÍGIDA. SIN PRESENCIARSE AUMENTOS EN LA TEMPERATURA O FORMACIONES CON PUS. LOS SIALOGRAMAS NO REVELAN EVIDENCIAS DE ENFERMEDAD, Y EL CONDUCTO GLANDULAR EN ALGUNOS CASOS TIENE UN ASPECTO NORMAL. ESTA ENTIDAD ES RECURRENTE Y PRESENTA RECIDIVAS DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DE ANTI BIÓTICOS, ANTIHISTAMINICOS, O GOTAS DE LIMÓN, DESPUÉS DE DAR MASAGE, O EN CUALQUIER DESCUIDO. EXISTEN DOS POSIBLES EXPLICACIONES PARA ESTE FENÓMENO: (1) QUE ES OCASIONADO POR LA PRESENCIA DE PEQUEÑAS COSTRAS DE MOCO, QUE EVENTUALMENTE PASAN A LA CARÚNCULA SALIVAL CUANDO SE EJERCE SOBRE ESTAS UNA PRESIÓN SUFICIENTE, Y (2) QUE ES CAUSADO POR LA TRANSMISIÓN DE UN ESTÍMULO NOCIVO EN LOS NERVIOS SIMPÁTICOS QUE LLEGAN AL ACINI MUCOSO, EL QUE PRODUCE UNA HIPERSECRECIÓN DE MOCO CON UNA ESTASIA RELATIVA COMO RESULTADO DE UN INCREMENTO EN LA VISCOSIDAD.

NO ES POCO FRECUENTE QUE LOS NODULOS LINFÁTICOS EN LA -- GLÁNDULA SUBMANDIBULAR EMPIECEN A AUMENTAR. ESTE AUMENTO QUIZÁ SE ACOMPAÑE DE UNA ADENOPATIA PREVASCULAR ADYACENTE Y DE LOS NÓDULOS RETROVASCULARES QUE GENERALMENTE ES EL RESULTADO DE UNA INFECCIÓN MAYOR EN LA CABEZA O LAS MANDÍBULAS QUE ESTIMULA LA INFLAMACIÓN DE LA GLÁNDULA SUBMANDIBULAR. A LA PALPACIÓN SE PERCIBEN NÓDULOS VASCULARES QUE PUEDEN SEPARARSE DE LA GLÁNDULA Y QUEDAR ATRAPADOS CONTRA LA MANDÍBULA; SIN EMBARGO, LOS NÓDULOS INTRAGLANDULARES PERMANECEN EN LA GLÁNDULA Y SE DIFERENCIAN CON DIFICULTAD DE LA ADENOPÁTICA EXCEPTO POR EL TAMAÑO Y TEXTURA DEL RESTO DE LA GLÁNDULA. UNA SITUACIÓN SIMILAR SE PRESENTA EN LA GLÁNDULA PARÓTIDA, FRECUENTEMENTE A CONSECUENCIA DE UNA INFECCIÓN LEVE DEL OJO.

## SIALOADENITIS CRÓNICA.

CUALQUIER INFECCIÓN AGUDA DE LA GLÁNDULA SALIVAL SE PUEDE CONVERTIR EN CRÓNICA. LA ENFERMEDAD CRÓNICA, ADEMÁS, ES MÁS FRECUENTE Y SE MANIFIESTA COMO UNA OBSTRUCCIÓN PRODUCTO DE PERÍODOS PROLONGADOS DE ESTASIA. EN ESTA ENTIDAD EL CONDUCTO DEL SISTEMA SE DILATA Y EJERCE PRESIÓN CONTRA LA GLÁNDULA ADYACENTE. LA OBSTRUCCIÓN Y LA ESTASIA AUMENTAN LA PRESIÓN, DANDO COMO CONSECUENCIA ATROFIA Y FIBROSIS DE LA GLÁNDULA. LA GLÁNDULA EMPIEZA A CAMBIAR CONVIRTIÉNDOSE EN MÁS DURA Y FIRME O QUIZÁ NO SE VUELVA RÍGIDA DEPENDIENDO DE LA FASE DEL CAMBIO INFLAMATORIO Y DEL GRADO O CRONICIDAD. LOS ABSCESOS DE LOS QUISTES REQUIEREN DRENAJE CUANDO SE PRESENTAN EN LA GLÁNDULA, O PUEDEN ESTAR LATENTES DURANTE AÑOS A LO LARGO DE UNA SERIE DE REMISIONES Y RECURRENCIAS. EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE MANERA QUE SE REMUEVA LA OBSTRUCCIÓN, SE DILATE EL CONDUCTO Y SE REALICE UNA SIALOGRAFÍA TERAPÉUTICA PUEDE ABATIR ESTA ENTIDAD. DESAFORTUNADAMENTE, LA RECURRENCIA NO ES POCO FRECUENTE Y ES NECESARIO LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE LA GLÁNDULA EN ALGUNAS OCASIONES.

LA SIALOADENITIS CRÓNICA SE PRESENTA QUIZÁ DESPUÉS DE PERÍODOS PROLONGADOS DE ANESTESIA GENERAL, POR DEBILIDAD GENERAL, NEUMONÍA, U OTRAS ENFERMEDADES, QUE CURSEN CON FIEBRE ALTA, O CUALQUIER FACTOR QUE TIENDA A PRODUCIR PERÍODOS PROLONGADOS DE DESHIDRATACIÓN; QUE PERMITEN UNA INCUBACIÓN RETROGRADA DE LAS BACTERIAS EN LOS CONDUCTOS. LA SIALOADENITIS QUE RESULTA PRODUCE COMO RESULTADO EN LOS CONDUCTOS, ESTASIS DILATACIÓN E INFECCIÓN CRÓNICA RESISTENTE A TRATAMIENTO.

## SIALOADENITIS DEBIDA A OBSTRUCCION.

LA SERIE DE CAMBIOS QUE CONDUCEN A ALTERACIONES MICROSCÓPICAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS EN LA GLÁNDULA SALIVAL PERMANECEN OSCUROS. ES BIEN SABIDO, NO OBSTANTE, QUE UNO DE LOS SIGNOS MÁS PROMINENTES ES LA PRODUCCIÓN DE CÁLCULOS EN LA SALIVA O SIALOLITOS.

LA TEORÍA MÁS POPULAR SOBRE LA FORMACIÓN DE SIALOLITOS ES QUE LA ACUMULACIÓN DE SALES MINERALES SE FORMA ALREDEDOR DE UNA COSTRA BLANCA DE MOCO, BACTERIAS, O CELULAS DE EPITELIO DE DESCAMACIÓN. ESTA TEORÍA PARECE ESTAR BIEN FUNDAMENTADA EN LO QUE RESPECTA A ALGUNOS SIALOLITOS QUE SON RADIOPACOS, Y QUE ESTÁN BIEN CALCIFICADOS, NO OBSTANTE OTROS SON BLANDOS Y ELÁSTICOS Y NO SE PUEDEN DEMOSTRAR MEDIANTE RADIOGRAFÍAS. LOS SIALOLITOS SE PRESENTAN EN UNA GRAN VARIEDAD DE FORMAS Y TAMAÑOS, LO QUE INDICA QUE SU DESARROLLO ES PROGRESIVO UNA VEZ QUE SE LOCALIZAN EN EL CONDUCTO. EL DESARROLLO DE LOS SIALOLITOS INEVITABLEMENTE CONDUCE A LA ESTASIA E INFECCIÓN DEL SISTEMA DE CONDUCTOS QUE INEVITABLEMENTE PRODUCEN LOS CAMBIOS DESCRITOS EN LA SIALOADENITIS CRÓNICA.

**SINTOMAS.** SINTOMÁTICAMENTE LA GLÁNDULA INFECTADA ESTÁ INFLAMADA ESPECIALMENTE, EN EL MOMENTO DE TOMAR LAS COMIDAS DURANTE LAS CUALES SE ENDURECE Y ES DOLOROSA. ESTA INFLAMACIÓN Y ENDURECIMIENTO PUEDE REMITIR PARA RECURRIR POSTERIORMENTE. SE PUEDE OBSERVAR PUS EN EL ORIFICIO DE LA CARÁNCULA, QUE QUIZÁ ESTÉ INFLAMADO, Y LA PUS O SALIVA SUCIA SE PUEDEN OBTENER AL EXPRIMIR LA GLÁNDULA. LOS CÁLCULOS SE PUEDEN PALPAR BIMANUALMENTE Y SE PUEDEN MOVER DENTRO DEL CONDUCTO. EN LAS RADIOGRAFÍAS SE PUEDEN OBSERVAR LOS CÁLCULOS Y DILATACIONES DEL SITIO EN EL QUE SE LOCALIZAN EN LA GLÁNDULA EVIDENCIÁNDOSE LOS CONDUCTOS EN EL SIALOGRAMA.

**MANEJO.** EL MANEJO DE ESTOS CÁLCULOS ES QUIRÚRGICO. GENERALMENTE LOS CÁLCULOS SE PUEDEN EXTRAER TRANSITORIAMENTE; SIN EMBARGO, UN DAÑO EXREMO DE LA GLÁNDULA O LA RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN TEMPORAL DE LOS CÁLCULOS SEA QUIZÁ UNA INDICACIÓN PARA EXTRAER LA GLÁNDULA.

### SIALOADENITIS ALERGICA.

PUEDE CLASIFICARSE EN CUATRO GRUPOS ATENDIENDO A SU PATOGENIA Y CURSO CLÍNICO.

- SIALOADENITIS AGUDA ALÉRGICA.
- SIALOADENITIS COLAGENÓTICA.
- SIALOADENITIS REUMATOIDEA (ENF. DE SJÖGREN).
- SIALOADENITIS SARCOIDÓTICA (ENF. HEERFORT).

### SIALOADENITIS VIRICA.

LOS VIRUS QUE INVADEN LAS GLÁNDULAS SE OBSERVAN SOBRE TODO EN LAS CÉLULAS EPITELIALES POR TÉCNICAS DE INMUNOFLUORESCENCIA EN MICROSCOPIA ELECTRÓNICA.

### PAROTIDITIS.- (PAPERAS)

ES LA MÁS FRECUENTE Y DIFUNDIDA DE LAS ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

EL PERÍODO DE INCUBACIÓN ES DE 21 (21 DÍAS CON ALTERACIÓN DE 10 DÍAS MÁS O 10 DÍAS MENOS). LA EDAD MÁS AFECTADA ES DE 6 A 8 AÑOS Y RARAMENTE APARECE EN MENORES DE 1 AÑO.

EL GERMEN CAUSANTE ES UN PARAMIXOVIRUS (RNA) QUE PUEDE AISLARSE EN LA SALIVA Y A VECES EN LA SANGRE, EN LA ORINA. SUELEN DEJAR INMUNIDAD DURADERA. EL CONTACTO SE PRODUCE POR GOTITAS DE SALIVA AL TOSER O ESTORNUDAR.

EL DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO SE EFECTÚA CON GRAN FIABILIDAD CON LA PRUEBA DE FIJACIÓN DEL COMPLEMENTO. SE ACOMPAÑA DE -- NEUTROPENIA Y AUMENTO DE AMILASA EN SANGRE Y ORINA.

CLÍNICA: AUMENTO DE TAMAÑO Y DOLOR, SE INICIA EN UNA PARÓTIDA PASÁNDOSE A LA OTRA DE 3 A 6 DÍAS DESPUÉS, EN SÓLO UN 10% SE EFECTÚA TAMBIÉN LA SUBMAXILAR. LA DESENBOCADURA DEL CONDUCTO EXCRETOR PUEDE ENCONTRARSE ALGO ENROJECIDA O LIGERAMENTE ELEVADA. LA PALPITACIÓN DE LA GLÁNDULA ES DOLOROSA Y ESTÁ AUMENTADA DE CONSISTENCIA.



<u>COMPLICACIONES:</u>	ORQUITIS.....	25%
	MENINGITIS SEROSA.....	20%
	PANCREATITIS.....	20%
	OOFORITIS.....	15%

## INFLAMACION INESPECIFICA.

### PAROTIDITIS AGUDA.

SE PRODUCE ESPECIALMENTE DESPUÉS DE OPERACIONES ABDOMINALES, FIEBRE PROLONGADA Y TRASTORNOS CARACTERIZADOS POR UN --- DESEQUILIBRIO DEL METABOLISMO HÍDRICO.

ANTIGUAMENTE SU MORTALIDAD ERA DE CERCA DEL 60%, DISMINUYENDO MUCHO CON EL ADVENIMIENTO DE LOS ANTIBIÓTICOS, Y HA -- VUELTO A AUMENTAR EN LOS ULTIMOS AÑOS (PAROTIDITIS AGUDA TRAS TOMA DE FENOCIATINA O.

### PATOGENIA.

LAS PAROTIDITIS AGUDAS POR COCOS INDICAN UN SERIO TRASTORNO GENERAL DE LA REGULACIÓN DE LAS FUNCIONES VITALES. LOS COCOS ATACAN EL SISTEMA VASCULAR QUE RODEA LOS CONDUCTOS, ESTO PERMITE QUE LAS ENZIMAS PROTEOLÍTICAS LLEGUEN AL TEJIDO PERIACINAR, DONDE SE INICIA LA AUTOLISIS Y LA FORMACIÓN DE ABSCESOS.

### CLÍNICA.

LA TUMEFACCIÓN SUELE SER UNILATERAL AFECTANDO MÁS AL SEXO MASCULINO Y CON PREDOMINIO EN EL LADO DERECHO.

LA EDAD PROMEDIO ES DE 60 AÑOS. SE ACOMPAÑA DE FIEBRE, V.S.G. ALTA Y LEUCOCITOSIS. EN UN 40% ESTÁ PRODUCIDA POR STREPTOCOCCO HEMOLÍTICO AUREO Y NEUMOCOCOS O COLIBACILOS EN UN 8%.

## PAROTIDITIS AGUDA POR COCOS EN LA PRIMERA INFANCIA.

SUELE PRODUCIRSE EN RECIÉN NACIDOS CON DISMINUCIÓN DE LAS DEFENSAS INMUNOLÓGICAS MATERNAS Y ALTERACIONES EN LA MEMBRANA BASAL DE LA MUCOSA.

## PAROTIDITIS RECIDIVANTE.

ES IMPORTANTE DIFERENCIAR EL CURSO Y LA PATOGENIA DE LA PAROTIDITIS CRÓNICA DE LOS ADULTOS Y DE LOS NIÑOS.

## PAROTIDITIS CRÓNICA RECIDIVANTE DEL ADULTO.

### PATOGENIA.

LA IPOPLASIA DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA ES EL REQUISITO PREVIO MÁS IMPORTANTE.

### CLÍNICA.

LA AFECCIÓN UNILATERAL ES DOS VECES MÁS FRECUENTE QUE LA BILATERAL. PUEDE EXISTIR DOLOR ASOCIADO EN REGIÓN PREAURICULAR Y RETROMAXILAR; LA GLÁNDULA SUELE ESTAR MODERADAMENTE AUMENTADA DE TAMAÑO. EL ORIFICIO DEL CONDUCTO PAROTÍDEO ESTÁ EN ROJECIDO Y RARAMENTE EXISTE FIEBRE.

### DIAGNÓSTICO.

SE BASA EN:

- HISTORIA DE TUMEFACCIÓN RECIDIVANTE, ALGO DOLOROSO, DE LA PARÓTIDA. SALIVA DE ASPECTO TURBIO O PURULENTO Y SE AFIRMA QUE TIENE SABOR SALADO, FLUJO DISMINUIDO Y SE OBSERVA SALIDA DE PUS AL EXPRIMIR EL CONDUCTO PAROTÍDEO.
- FROTIS SALIVAL: STREPTOCOCOS Y STAFILOCOCOS HEMOLÍTICOS.

- ANÁLISIS SALIVAL: AUMENTO DE NA Y DE PROTEÍNAS.
- SIALOGRAFÍA: ES DE GRAN IMPORTANCIA PARA EL DIAGNÓSTICO
  - ECTASIA DEL CONDUCTO PRINCIPAL
  - TIPOS DE IMAGEN QUE NOS ENCONTRAMOS:
    - A. ECTASIA Y ESTENOSIS ALTERNAN AL HAZAR CON EL CONDUCTO EXTRAPAROTIROIDEO
    - B. FORMACIÓN DE HILERAS DE CUENTAS
    - C. CONDUCTO EXTRAPAROTIROIDEO DILATADO CILÍNDRICAMENTE, RAMIFICACIONES DE 2° Y 3ER. ORDEN APLANADAS.
    - D. FORMA DE CAPULLOS DE CEREZO
- DE GRAN IMPORTANCIA EN ESTOS CASOS ES LA PALPACIÓN BIMANUAL DE LA GLÁNDULA Y CONDUCTO EXTRAPAROTÍDEO.
- EL DD SE EFECTÚA CON LA PAROTIDITIS ALÉRGICA, EN QUE NO HAY DILATACIÓN DEL CONDUCTO EXCRETOR. TAMBIÉN CON LA SIALOADENOSIS O SIALODENOMA.

### PAROTIDITIS SUPURATIVA.

ES GENERALMENTE UNA COMPLICACIÓN DE UNA ENFERMEDAD -- CRÓNICA DEBILITANTE Y QUE BLOQUEA. EL CONDUCTO DE STENON POR CÁLCULOS.

ES CURABLE EN UN ALTO PORCENTAJE CON HIDRATACIÓN E HIGIENE ORAL.

LOS SÍNTOMAS QUE PRESENTA SON: DOLOR LOCAL E HINCHAZÓN EN NIÑOS TAMBIÉN ES FRECUENTE LA FIBRE Y SUPURACIÓN OCASIONAL POR EL CONDUCTO DE STENON; EL MICROORGANISMO CAUSAL ES EL LLAMADO STREPTOCOCOS AUREUS.

TRATAMIENTO. REMOVER LA OBSTRUCCIÓN Y ANTIBIOTICOTERAPIA. (CEFALOTINA, VAUCOMICINA); LA INCISIÓN PARA DRENAR NO

ES EFECTIVA PARTICULARMENTE EN LA GLÁNDULA PARÓTIDA, LA TASA DE MORTALIDAD ES DEL 30 AL 50%.

### PAROTIDITIS CRÓNICA RECIDIVANTE DE LA INFANCIA.

APARECE CON MENOR FRECUENCIA EN LA INFANCIA Y MÁXIMO ENTRE 3 Y 6 AÑOS. ES UNILATERAL DOS VECES MÁS FRECUENTE QUE BILATERAL. HAY AUMENTO DE VOLÚMEN Y DOLOR PROLONGADO DE APARICIÓN BRUSCA. LA TUMEFACCIÓN APARECE DURANTE LA INGESTA, CURA ESPONTÁNEAMENTE.

LAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES SON:

- A. SIALOGRAFÍA: CONDUCTO PAROTÍDEO NORMAL.
- B. CURACIÓN ESPONTÁNEA EN 80-90%.
- C. MÁS FRECUENTE EN NIÑOS 3/2 SOBRE NIÑAS.

SE EFECTUARÁ CON LA PAROTIDITIS VIRAL AGUDA, QUE ES BILATERAL Y TÍTULOS DE FIJACIÓN DEL COMPLEMENTO ELEVADOS, AUSENCIA DE EXCRECIÓN PURULENTO (EN LA VÍRICA; AL EXPRIMIR EL CONDUCTO NO SALE PUS). SE ACOMPAÑA DE NEUTROPENIA Y AMISALEMIA (EN CRÓNICA HAY NEUTROFILIA Y AMILASA NORMAL).

### SIALOADENOSIS.

LAS GLÁNDULAS SALIVALES REACCIONAN DE MODO BASTANTE SEMEJANTE ANTE VARIAS ENFERMEDADES, SEAN ESTAS INFLAMATORIAS, NEOPLÁSICAS O METABÓLICAS. ESTO COMPORTA UNA TUMEFACCIÓN E HIPOFUNCIÓN DE LA GLÁNDULA (ALTERACIÓN DE LA CANTIDAD Y CALIDAD DE LA SALIVA). LA MÁS SENSIBLE ES LA PARÓTIDA Y RARA VEZ HAY PARTICIPACIÓN DE LAS OTRAS.

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS GENERALES.

SE CARACTERIZA POR AFECTACIÓN BILATERAL, CURSO CRÓNICO, ONDULANTE, RECIDIVANTE, HABITUALMENTE NO DOLOROSA Y SIN --

## FIEBRE.

PREDOMINA EN MUJERES QUE SE ENCUENTREN EN LA EDAD DE ALTERACIONES HORMONALES.

SE CALCULA QUE LA SIALOADENOSIS DISHORMONAL ES EL 2° TRASTORNO DESPUÉS DE LA SIALOADENITIS Y SEGUIDA DE SIALOTIASIS Y SIALOADENOMA.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

SON:

- 1.- HISTORIA Y CURSO CLÍNICO.
- 2.- ANATOMÍA PATOLÓGICA.
- 3.- ANÁLISIS DE SALIVA (K, NA, PROT. TOTALES, AMILASA).
- 4.- SIALOGRAFÍA.
- 5.- INSPECCIÓN Y PALPACIÓN.
- 6.- CITOLOGÍA DEL FROTIS SALIVAL.

HISTORIA Y CURSO CLÍNICO: EXISTE AUMENTO DE TAMAÑO LENTO, CRÓNICO ONDULANTE, INDOLORO MULTIGLANDULAR Y SIMÉTRICO. SE AFECTA MÁS LA PARÓTIDA. EXISTEN TRASTORNOS HORMONALES Y NEUROGÉNICOS, O HEPATÓGENOS SIMULTÁNEAMENTE.

A.P. VARÍA EN CADA CASO SEGÚN SEA LA ETIOLOGÍA DE LA AFECTACIÓN GLANDULAR.

ANÁLISIS DE SALIVA. PRINCIPALMENTE EXISTE UN AUMENTO DE LA CONCENTRACIÓN DE K EN SALIVA, Y LA CONCENTRACIÓN DE NA - PERMANECE MUY BAJA (AL CONTRARIO DE LO QUE OCURRE EN LA INFLAMACIÓN).

SOBRE EL VALOR DE LAS PROTEÍNAS O LA ACTIVIDAD ENZIMÁTICA, DEBE EXPRESARSE RELACIONADO / UNIDAD DE TIEMPO.

EXISTE UNA MARCADA HIPOSIALÍA O ASIALÍA, CUANDO SE EFECTÚA SIALOMETRÍA CON ESTIMULACIÓN, LA SECRECIÓN ES PRACTICA

MENTE NORMAL, TANTO EN CANTIDAD COMO EN CALIDAD.

### SIALOGRAFIA.

SUELE SER NORMAL O BIEN SE OBSERVAN CONDUCTOS FINOS EN FORMA DE CABELLOS.

SI LA TUMEFACCIÓN DE LOS ACINOS ES TAN PRONUNCIADA QUE LOS CONDUCTOS SALIVALES TERMINALES ESTÁN COMPRIMIDOS Y NO SON VISIBLES EN SIALOGRAFÍA, SE OBTIENE UNA IMAGEN DE "ÁRBOL EN FLOR".

INSPECCIÓN Y PALPACIÓN. SON DE Poca AYUDA EN EL DD. AFECTA EN SU MAYORÍA A LA REGIÓN PREAURICULAR DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA (EN PAPERAS, LA TUMEFACCIÓN ES RETROMAXILAR).

DENTRO DE LOS TIPOS DE SIALOADENOSIS, EN LAS DE TIPO - DISHORMONAL, LA TUMEFACCIÓN ES PREAURICULAR, EN LAS HEPATOGENAS Y POR MAL NUTRICIÓN SON RETROMAXILARES.

LA TUMEFACCIÓN ES ALGO PASTOSA, NO DOLOROSA A LA PRESIÓN Y NO DELIMITADA CON CLARIDAD. LA PIEL SUBYACENTE ES FACILMENTE DESPLAZABLE Y NO ESTÁ EDEMETOSA NI ENROJECIDA.

CON LA EXPRESIÓN DE LA GLÁNDULA SE OBTIENE Poca SALIVA, BLANQUECINA VISCOSA Y FILAMENTOSA.

CITOLOGÍA DEL FROTIS SALIVAL. ESTÁ AUMENTADO EL NÚMERO DE CÉLULAS EPITELIALES DESCAMADAS, A VECES CARGADAS DE BACTERIAS. RARAMENTE APARECEN LEUCOCITOS, Y EN FASES AVANZADAS DE LA ENFERMEDAD, LA SALIVA ES ÁCIDA.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

SE EFECTUARÁ CON LAS SIALOADENITIS Y NEOPLASIAS DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES Y SE DIFERENCIAN CON RELATIVA FACILIDAD.

LOS TUMORES Y LITIASIS SE DIFERENCIAN POR CLÍNICA, LA

## **PALPACIÓN Y LA SIALOGRAFÍA.**

**PARA DIFERENCIAR LA INFLAMACIÓN CRÓNICA RECIDIVANTE DE LA SIALOADENOSIS NOS BASAREMOS EN:**

- **ANÁLISIS DE SALIVA.**
- **SIALOGRAFÍA.**

**EN PAROTIDITIS CRÓNICA RECIDIVANTE SE PRODUCE UNA - DEFORMIDAD DEL CONDUCTO PRINCIPAL EN FORMA DE ESTENOSIS Y DILATACIONES CONSECUTIVAS.**

**EN LA SIALOADENOSIS, LOS CONDUCTOS SALIVALES ESTÁN NORMALES O FILIFORMES.**

- **BIOPSIA.**

**SE DEBE REALIZAR LA DIFERENCIACIÓN ENTRE LA INFLAMACIÓN CRÓNICA, SIALOADENITIS COLAGENÓTICA, SARCOIDEA, REUMATOIDEA Y LA SIALOADENOSIS POR MEDIO DEL ESTUDIO HISTOLÓGICO POR EL PATÓLOGO.**

**DENTRO DE LAS SIALOADENOSIS SE CONSIDERAN LOS SIGUIENTES GRUPOS:**

### **1.- SIALOADENOSIS HORMONAL:**

- A. **S. POR ACCIÓN DE HORMONAS SEXUALES.**
- B. **S. DIABÉTICA.**
- C. **S. TIROIDEA (YODO EN GLÁNDULA).**
- D. **S. EN PRESENCIA DE TRASTORNOS HIPOFISIARIOS Y CORTICOSUPRARRENALES.**

### **2.- SIALOADENOSIS NEUROHORMONAL:**

- A. **S. NEUROHORMONAL PERIFÉRICO: HIPERSALIVACIÓN SIN AUMENTO GLANDULAR.**
- B. **S. NEURÓGENA CENTRAL: EN RELACIÓN CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS COMO PARKINSON Y ESTADOS POSTENCEFALÍTICOS.**

### 3.- SIALOADENOSIS DISENZIMÁTICAS.

TUMEFACCIÓN BILATERAL RECIDIVANTE DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES, PRINCIPALMENTE DE LA PARÓTIDA, ORIGINADAS POR ENFERMEDADES DE ÓRGANOS RICOS EN ENZIMAS.

- A. S. HIPERTROFIA DE LA PARÓTIDA EN CIRROTICOS ALCOHÓLICOS (AFECTACIÓN BILATERAL, BLANDA, INDOLORA) HIPOPLASIA, TUMEFACCIÓN RETRO--MAXILAR.
- B. S. PANCREÁTICA.
- C. S. NEFRÓGENA.
- D. S. DISPROTEINÉMICA.

### 4.- SIALOADENOSIS DE LA MALNUTRICIÓN.

PUEDEN SER POR CARENCIA EXÓGENA DE PROTEÍNAS O TAMBIÉN EN OCASIONES, EN ENFERMOS CON BUENA ALIMENTACIÓN CON PROBLEMAS DE MALA ABSORCIÓN.

- A. S. DE LA CARENCIA PROTEICA, PUEDE DARSE SECUNDARIAMENTE INFECCIÓN DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

### MUCOVISCIDOSIS:

H.A.R. LA SIALOADENOSIS ES UNA MANIFESTACIÓN MÁS DE ESTA ENFERMEDAD GENERAL QUE AFECTA A GLÁNDULAS EXOCRINAS.

AFECTA MÁS A SUBMAXILAR QUE A PARÓTIDAS.

### SIALOADENOSIS FARMACOLÓGICAS:

### SIALOALITIASIS.

LAS LITIASIS EN GLÁNDULAS SALIVALES, ESTADÍSTICAMENTE SE DISTRIBUYEN, EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS DE LA SIGUIENTE FORMA:



92%.....GL. SUBMAXILAR.  
6%.....GL. PARÓTIDA.  
2%.....GL. SUBLINGUAL Y GL. SALIVALES  
MENORES.

LA DENOMINACIÓN "CÁLCULO" ES HETEROGÉNEA DESDE EL PUNTO DE VISTA ETIOLÓGICO Y CLÍNICO. ENTENDEMOS POR ELLO, "ARENILLA SALIVAL" EN LOS CONDUCTOS SALIVALES TERMINALES; LOS "CÁLCULOS" EN LOS CONDUCTOS SALIVALES DE MAYOR CALIBRE, U "ODONTOLITOS" SIALÓGENOS MASIVOS.

PUEDEN EXISTIR APARTE CALCIFICACIONES DISPLÁSICAS EN LOS TEJIDOS INFLAMATORIOS DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES Y TROMBOS VENOSOS CALCIFICADOS.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

ES LA ENFERMEDAD MÁS FRECUENTE EN LA VIDA ADULTA, SE DA EN VARONES 2/1 EN OCASIONES APARECE EN NIÑOS. AFECTA MÁS AL LADO IZQUIERDO Y RARAMENTE ES BILATERAL.

ES FRECUENTE LA CONCURRENCIA DE MÚLTIPLES CÁLCULOS EN LA MISMA GLÁNDULA. EN LA SUBMAXILAR HAY 2 CÁLCULOS EN UN 20% Y MÁS DE 2 EN UN 5%.

CÁLCULOS: SON GENERALMENTE REDONDOS U OVALADOS. EN EL CONDUCTO DE WHARTON TIENEN FORMA DE HUESO DE DÁTIL.

SUPERFICIE: ES LISA O ALGO IRREGULAR CON UN SURCO LONGITUDINAL. EN LA PARÓTIDA SON OGLONGOS Y A MENUDO PUNTIAGUDOS.

TAMAÑO: VARÍA DESDE UN GRANO DE TRIGO A HUESO DE MELOCOTÓN, Y HAY DESCRITO DE HASTA 6-15 GR.

COLOR: SUELE SER AMARILLENTO PERO PUEDE VARIAR DE BLANCO A TOSTADO.

**CONSISTENCIA:** VARÍA DESDE BLANDA A DUREZA DE PIEDRA, EN GENERAL LOS DEL CONDUCTO SON DUROS, MIENTRAS QUE LA ARENILLA SALIVAL PERIFÉRICA ES BLANDA.

**CONFORMACIÓN:** PUEDE SER HOMOGÉNEA O EN FORMA DE CAPAS DE CEBOLLA.

### **ANÁLISIS CLÍNICOS.**

DE LOS CÁLCULOS PARA EL ESTUDIO DE SUS COMPONENTES DA COMO RESULTADO. SU PRINCIPAL CONSTITUYENTE ES EL FOSFATO Y CARBONATO CÁLCICO. PUEDE HABER TAMBIÉN:

- COLESTEROL.
- AC. ÚRICO.
- XANTINA.
- CARBONATO-APATITA.

POR MEDIO DE ESPECTROGRAFÍA Y DIFRACCIÓN DE RX, EL COMPUESTO CRISTALINO DETECTADO HA SIDO LA CARBONOAPATITA.

### **ETIOLOGIA.**

SE DISTINGUEN DOS FASES:

1. GÉNESIS CAUSAL (HASTA CRISTALIZACIÓN PRIMARIA).
2. FASE DE CRECIMIENTO.

PARA APLICAR ESTO EXISTEN VARIAS TEORÍAS:

1. CAUSA MECÁNICA: CURSO ASCENDENTE DEL CONDUCTO DE WHARTON, CON SUS MUESCAS, QUE DIFICULTAN EL FLUJO SALIVAL.
2. CAUSAS QUÍMICAS, A DIFERENCIAS DOS TEORÍAS: LA ORGANOQUÍMICA Y LA CRISTALINA. LA PRIMERA CONSIDERA AL LÍQUIDO CORPORAL HIPERSATURADO DE CA Y DE P,

LA CAUSA PRINCIPAL DE LA FORMACIÓN DEL CÁLCULO. SE PUEDEN CONSIDERAR TAMBIÉN COMO CAUSA: LOS TRASTORNOS ENZIMÁTICOS Y DE IMPORTANCIA, LOS COLOIDES PROTECTORES.

3. CAUSAS INFLAMATORIAS: COMO EL CASO DE INFECCIONES BACTERIANAS, VIRICAS Y MICOTICAS, Y LA IRRITACIÓN POR CUERPOS EXTRAÑOS, HAN SIDO A MENUDO CONSIDERADAS PRIMARIAS A LA SIALOLITOGÉNESIS.
4. CAUSAS NEUROHORMONALES, HAY DOS TEORÍAS:
  - A. TEORÍA REFLEJA DE DECHAUME; EL AGENTE IRRITANTE PRODUCE UN ESPASMO DEL ESFINTER DEL CONDUCTO QUE PROVOCA ESTASIS---HIPERSATURACIÓN Y PRECIPITACIÓN DE SALES.
  - B. TEORÍA DE LA INDUCCIÓN DE RAUCH; UN AGENTE PRODUCE PROBABLEMENTE UNA REACCIÓN NEUROHORMONAL EN UNA PEQUEÑA LOCALIZACIÓN QUE DA LUGAR A LA PRECIPITACIÓN DE SALES.

#### LITIASIS DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA.

EN EL CONDUCTO DE STENON SE LOCALIZAN EN UN 6-10%. SON DE MENOR TAMAÑO QUE LOS DE LA SUBMAXILAR, Y PUNTIAGUDOS CON BORDES AFILADOS. SU LOCALIZACIÓN ES MÁS FRECUENTE EN LA PORCIÓN -- INTRAGLANDULAR DEL CONDUCTO EXCRETOR. SUELEN PRODUCIR LESIONES INTRADUCTALES Y FORMACIÓN DE ABSCESOS.

#### DIAGNÓSTICO.

SE BASA EN LA HISTORIA CLÍNICA: UNO O DOS MESES DE EVOLUCIÓN, CON TUMEFACCIÓN DURANTE LAS COMIDAS, DOLOR A LA MASTICACIÓN Y A LA PALPACIÓN BIMANUAL (BIDIGITAL).

COLABORA EN EL DIAGNÓSTICO LA RX SIMPLE.

SE DEBE HACER DD CON LA ESTENOSIS INFLAMATORIA YA QUE NO SON RAROS LOS SIGNOS INFLAMATORIOS; CON LOS TUMORES.

EL DD ENTRE LITIASIS Y FLEBOLITOS ORIGINADOS POR HEMOLINFANGIOMAS:

- EL FLEBOLITO ES GRANDE, REDONDO Y FUERA DEL SISTEMA DUCTAL.
- ES INDOLORO A LA PALPACIÓN.
- TODO LO ANTERIOR ESTÁ EN CONTRAPOSICIÓN A LA EXISTENCIA DEL LITIASIS.

### LITIASIS DE LA GLANDULA SUBMAXILAR

ES LA LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE DE LOS SIALOLITOS Y LA ENFERMEDAD MÁS FRECUENTE EN LA GLÁNDULA SUBMAXILAR.

LA LOCALIZACIÓN DE LOS SIALOLITOS ES POR FUERA DEL CUERPO DE LA GLÁNDULA. SON DE GRAN TAMAÑO AUNQUE NO PRODUCEN DOLOR, Y EL PACIENTE TARDA DE UN AÑO HASTA AÑO  $\frac{1}{2}$  EN CONSULTAR AL MÉDICO.

DIAGNOSTICO. DOLOR Y TUMEFACCIÓN SÚBITA AL COMER., MUY ÚTIL LA PALPACIÓN BIDIGITAL DEL CONDUCTO DE WHARTON.

EL EXÁMEN RADIOLÓGICO SIMPLE ES ÚTIL EN 80% DE LOS CASOS. TODO EL CONDUCTO EXCRETOR SUELE ESTAR DILATADO.

### LITIASIS DE LAS GLANDULAS SUBLINGUALES Y DE SALIVALES MENORES

ES MUY RARA. LOS DE LOCALIZACIÓN SUBLINGUAL, EN PRINCIPIO, SON DIFÍCILES DE DIFERENCIAR DE LOS LOCALIZADOS EN EL CONDUCTO DE WHARTON. APARECEN EN CURSO CRÓNICO Y SIN "CÓLICOS". PUEDE, SECUNDARIAMENTE, INFECTARSE Y PROVOCAR ABCESOS.

MÁS RAROS SON LOS SIALOLITOS EN GLÁNDULAS SALIVALES MENORES.

EL TRATAMIENTO DE LAS LITIASIS DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES ES QUIRÚRGICO, ESTANDO INDICADA LA EXTRACCIÓN DEL CÁLCULO E INCLUSO LA EXTIRPACIÓN DE LA GLÁNDULA.

## ENFERMEDADES AUTOINMUNITARIAS

### SÍNDROME DE SJOGREN

EL SÍNDROME DE SJOGREN SE CONSIDERA CORRIENTEMENTE COMO UNA ENFERMEDAD AUTOINMUNITARIA. LA MANIFESTACIÓN HISTOPATOLÓGICA CARACTERÍSTICA DEL TEJIDO AFECTADO EN EL SÍNDROME DE SJOGREN ES LA INFILTRACIÓN LINFOCÍTICA. LOS INFILTRADOS LINFOIDES PUEDEN OBSERVARSE EN GLÁNDULAS LAGRIMALES, GLÁNDULAS SECRETORAS DE MOCO DE LA CONJUNTIVA, CAVIDAD NASAL, FARINGE, LARINGE, TRÁQUEA Y -- BRONQUIOS, LO QUE DA LUGAR A ATROFIA DE ESAS GLÁNDULAS

MANIFESTACIONES CLÍNICAS. EL SÍNDROME DE SJOGREN OCURRE PREDOMINANTEMENTE EN MUJERES DE EDAD MADURA. EL PACIENTE DE BOCA SECA (XEROSTOMÍA), INCAPACIDAD PARA PRODUCIR LÁGRIMAS (QUERATOCONJUNTIVITIS SECA) Y ARTRITIS REUMATOIDE O, RARAMENTE, OTRAS ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO, COMO LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO, POLIARTERITIS NUDOSA, ESCLEROSIS GENERALIZADA Y PROGRESIVA Y POLIMIOSITIS, EL TÉRMINO "SÍNDROME SECO" SE USA PARA DESCRIBIR LA COMBINACIÓN DE MANIFESTACIONES BUCALES Y OCULARES Y ESTOS DOS COMPONENTES DE LA TRÍADA SE CONSIDERAN GENERALMENTE SUFICIENTES PARA EL DIAGNÓSTICO.

LAS GLÁNDULAS PARÓTIDAS EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE LA ENFERMEDAD ESTÁN LIGERAMENTE AGRANDADAS, PERO A MEDIDA QUE AVANZA YA NO SE OBSERVA HINCHAZÓN.

LA SIALOGRAFÍA PAROTÍDEA REVELA DILATACIÓN DE LOS CONDUCTOS TERMINALES (SIALECTASIA DE GRADO VARIABLE).

PUEDE OBSERVARSE ATROFIA DE LA MUCOSA BUCAL, DEBIDO AL FLUJO SALIVAL REDUCIDO PUEDE HABER UN AUMENTO EN LA INCIDENCIA DE CRIES.

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO. LA LEUCOPENIA Y LA EOSINOFILIA SON DATOS COMUNES. LAS PRUEBAS PARA INVESTIGAR EL FACTOR REUMATOIDE EMPLEANDO GLOBULINA GAMMA HUMANA COMO ANTIGENO - SON POSITIVAS EN CASI EL 100% DE LOS PACIENTES. TAMBIÉN PUEDEN ENCONTRARSE EN ALGUNOS PACIENTES CÉLULAS LE, FACTOR ANTINUCLEAR, FIJACIÓN DEL COMPLEMENTO Y ANTICUERPOS PRECIPITANTES. LA BIOPSIA DE LAS GLÁNDULAS MUCOSAS LABIALES SE USA PARA CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE SJOGREN.

TRATAMIENTO. ES SINTOMÁTICO. PARA ALIVIAR LA BOCA SECA, PUEDE USARSE UN ENJUAGUE BUCAL DE METILCELULOSA AL 2% TAN FRECUENTEMENTE COMO SE NECESITE. SE INSTILAN GOTAS DE METILCELULOSA AL 0.5% EN LOS OJOS, DOS O TRES VECES AL DÍA, COMO LAGRIMALES ARTIFICIALES.

#### LESION LINFOEPITELIAL BENIGNA (ENFERMEDAD DE MIKULICZ)

EN 1888 MIKULICZ INFORMÓ ACERCA DE UN PACIENTE DEL SEXO MASCULINO QUE PRESENTÓ AGRANDAMIENTO MASIVO DE LAS GLÁNDULAS LAGRIMALES, PARÓTIDAS Y SUBMAXILARES PERO SIN XEROSTOMÍA O XEROPHTALMIA. LA BIOPSIA DE LAS GLÁNDULAS MOSTRÓ INFILTRACIÓN MASIVA DE CÉLULAS REDONDAS Y ATROFIA DEL PARENQUIMA DE LOS ACINOS. PARECE PROBABLE QUE EL SÍNDROME DE SJOGREN Y LA ENFERMEDAD DE MIKULICZ SEAN DOS FORMAS DE LA MISMA ENFERMEDAD CON UNA ETIOLOGÍA COMÚN.

#### REACCIONES ALÉRGICAS Y MEDICAMENTOSAS.

LA HINCHAZÓN ALÉRGICA DE LAS PARÓTIDAS Y EN OCASIONES DE LAS GLÁNDULAS SUBMAXILARES SE HA MENCIONADO EN MUJERES DE MEDIANA EDAD CON ANTECEDENTES DE ASMA O DE FIEBRE DEL HENO. LOS ANTIHISTAMÍNICOS TIENEN POCO VALOR EN EL TRATAMIENTO.

LA HINCHAZÓN DE LAS PARÓTIDAS SE HA DESCRITO DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DE BUTAZOLIDINA EN PACIENTES SENSIBLES.

#### ESTADOS METABOLICOS.

EL AGRANDAMIENTO DE LAS PARÓTIDAS SE HA MENCIONADO EN CIRROSIS DEL HÍGADO Y DESNUTRICIÓN.

DEBE RECORDARSE QUE SIEMPRE QUE HAYA ESTASIS DENTRO DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA EXISTE LA POSIBILIDAD DE INFECCIÓN ASCENDENTE POR EL CONDUCTO.

#### TRASTORNOS DE LA SALIVACION.

LOS PACIENTES PUEDEN QUEJARSE EN OCASIONES DE LA BOCA SECA (XEROSTOMIA) O DE SALIVACIÓN EXCESIVA (SIALORREA). SÍNTOMAS QUE SERÁN EXPUESTOS EN LA FORMA SIGUIENTE:

#### XEROSTOMIA

LOS SIGUIENTES ESTADOS PUEDEN DAR LUGAR A XEROSTOMIA:

APLASIA CONGENITA DE UNA O MAS GLANDULAS SALIVALES

ES UNA CAUSA EXTREMADAMENTE RARA DE BOCA SECA.

#### ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.

LOS PACIENTES QUE ESTÁN TOMANDO ATROPINA, CLOROPROMAZINA Y ALGUNOS DE LOS SUPRESORES DEL APETITO PUEDEN QUEJARSE DE BOCA SECA. ES ESCENCIA INTERROGAR AL PACIENTE QUE SE QUEJE DE XEROSTOMIA SI ESTÁ RECIBIENDO ALGÚN MEDICAMENTO Y SI ES AFIRMATIVA SU RESPUESTA DEBEREMOS SABER EL NOMBRE DEL MISMO PARA SU ACCIÓN FARMACOLOGICA.

## ENFERMEDADES GENERALIZADAS.

LA XEROSTOMIA ESTA PRESENTE CON FRECUENCIA EN CASOS - DE FIEBRE, DIABETES NO CONTROLADA Y SINDROME DE SJÓGREN.

## ESTADOS FISIOLÓGICOS

EN LA MENOPAUSIA Y EN LA ANCIANIDAD EL PACIENTE PUEDE QUEJARSE DE BOCA SECA.

## FACTORES PSÍQUICOS.

EN CASOS DE ANGUSTIA Y ANSIEDAD LA XEROSTOMIA ES UN - SINTOMA COMÚN.

## LESIONES DE GLÁNDULAS SALIVALES.

LOS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO RADIACIÓN DE GLÁNDULAS SALIVALES SE QUEJAN DE BOCA SECA. EN ALGUNOS PACIENTES APARECEN CARIES EXTENSAS DEBIDO AL FLUJO DE SALIVA REDUCIDO.

## SIALORREA

LA SALIVACIÓN EXCESIVA PUEDE EXPONERSE BAJO LOS SIGUIENTES ENCABEZADOS:

### NIÑEZ

EL FLUJO SALIVAL ES CARACTERÍSTICAMENTE MAYOR EN LA - ÉPOCA DE LACTANCIA Y EN LA PRIMERA INFANCIA. PUEDE OBSERVARSE SIALORREA CUANDO SE PRESENTA LA ERUPCIÓN DE LA PRIMERA DENTIN - CIÓN:



## ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.

LA PILOCARPINA, LOS YODUROS, EL AMONIACO Y LAS SALES MERCURIALES CAUSAN SALIVACIÓN EXCESIVA.

## ESTOMATITIS.

EN TODOS LOS TIPOS DE ESTOMATITIS, YA SEA DEBIDA A INFECCIÓN O DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA, COMO ERITEMA MULTIFORME, PÉNFIGO Y PENFIGOIDE HAY AUMENTO DE LA SALIVACIÓN.

## INSERCIÓN DE DISPOSITIVOS PROTÉTICOS.

CUALQUIER DISPOSITIVO PROTÉTICO, CUANDO SE INSERTA POR PRIMERA VEZ EN LA BOCA, ACTÚA COMO CUERPO EXTRAÑO Y ESTIMULA LA SALIVACIÓN. CUANDO EL PACIENTE SE ACOSTUMBRE AL DISPOSITIVO, EL AUMENTO DE LA SALIVACIÓN DEJA DE SER UN PROBLEMA.

## PTIALISMO

ES IMPORTANTE DISTINGUIR ENTRE SIALORREA Y PTIALISMO. ESTE ÚLTIMO RESULTA PORQUE NO SE DEGLUTEN LAS SECRESIONES SALIVALES O POR INCAPACIDAD PARA RETENER LAS SECRESIONES ACUMULADAS DENTRO DE LA BOCA DEBIDO A PARÁLISIS DEL VII PAR CRANEAL O A DEFORMACIÓN FACIAL. ES LA DIFERENCIA ENTRE LA PRODUCCIÓN DE SALIVA Y LA CAPACIDAD PARA DEGLUTIRLA, LO QUE DA POR RESULTADO EL PTIALISMO Y NO LA CANTIDAD DE SALIVA QUE SE PRODUCE.

LA DIFICULTAD PARA DEGLUTIR LA SALIVA PUEDE OCURRIR COMO RESULTADO DE DEFECTOS DE LA DEGLUCIÓN EN BOCA, FARINGE, Y ESÓFAGO. ALGUNOS TRASTORNOS COMUNES COEXISTENTES CON PTIALISMO, CLASIFICADOS SEGÚN EL NIVEL SUPUESTO DE MALFUNCIÓN SON: BUCAL (PARÁLISIS CEREBRAL, PARKINSONISMO, PARÁLISIS DEL VII PAR CRANEAL, ENFERMEDAD DE NEURONA MOTORA Y CIRUGÍA RADICAL DE CUELLO); FARÍNGEO (ENFERMEDAD DE NEURONA MOTORA Y MIASTENIA GRAVE);

Y ESOFÁGICO (CÁNCER O CONSTRICCIÓN),

### ENFERMEDAD POR INCLUSIONES CITOMEGALICAS.

SUELE AFECTAR AL FETO O AL RECIÉN NACIDO EN LOS PRIMEROS DIAS DE VIDA: LA INFECCIÓN SE PRODUCE POR VIA TRANSPLENTARIA.

CLINICA: LOS SÍNTOMAS PRINCIPALES SON:

- HEPATOSPLENOMEGALIA	20 %
- ICTERICIA	75 %
- PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA	50 %
- AFECTACIÓN DEL SN	50 %

EN ADULTOS HAY DESCRITOS MUY RAROS CASOS.

DIAGNÓSTICO: SE BASA EN DETECCIÓN DE CÉLULAS CARACTERÍSTICAS EN LA SALIVA O EN EL ESPUTO, LA ORINA Y EN HECES.

### SIALOANGIECTASIAS.

ESTE TÉRMINO SE HA EMPLEADO PARA DESCRIBIR UNA GLÁNDULA Y UN SISTEMA DE CONDUCTOS VASTAMENTE DILATADOS POR ESTASIS DE LA SECRECIÓN SALIVAL, DANDO COMO RESULTADO ESTO POR LA OBSTRUCCIÓN. LA CAUSA MÁS FRECUENTE ES UN SIALOLITO, SIN EMBARGO UNA SIMPLE CONSTRICCIÓN PODRÍA SER LA CAUSA. NO ES POCO FRECUENTE EL OBSERVAR GLÁNDULAS CON ANTECEDENTES DE UNA INFECCIÓN CRÓNICA LARGA SIN CAUSA OBVIA QUE DEMUESTRE ESTA GRAN DILATACIÓN.

EL PRONÓSTICO PARA ESTAS GLÁNDULAS ES POBRE, YA QUE LA HISTORIA NATURAL ES DE ATAQUES REPETIDOS, QUE DAN COMO RESULTADO FINAL LA EXTRACCIÓN DE LA GLÁNDULA.

## TUBERCULOSIS.

LA TUBERCULOSIS QUE AFECTA A LAS GLÁNDULAS SALIVALES SE DISTRIBUYE POR CADA UNA DE ELLAS DE LA FORMA SIGUIENTE:

70 %	PARÓTIDA
25 %	SUBMAXILAR
5 %	SUBLINGUAL

LAS DOS FORMAS DE TBC QUE ENCONTRAMOS SON:

FORMA INFILTRATIVA DISEMINADA: TIENE ORIGEN HEMATÓGENO Y CURSO LEVE, ES UNILATERAL, NO MANIFIESTA DOLOR, NI FIEBRE, NO PRODUCE TUMEFACCIÓN Y A VECES CONTIENE PUS LOS CONDUCTOS EXCRETORES. LAS ACUMULACIONES MUY GRANDES DE MEDIO DE CONTRASTE SON BASTANTE CARACTERÍSTICAS EN LA TUBERCULOSIS.

FORMA NODULAR CIRCUNSCRITA: SE DIAGNOSTICA POR LA CLÍNICA DE TUMOR DE LA GLÁNDULA.

EL DIAGNÓSTICO DE LA TBC DE GLÁNDULA ES DIFÍCIL PUES SUELEN FALTAR LOS SINTOMAS DE TBC GENERALIZADA.

LA TBC DE GLÁNDULAS SALIVALES SUELE TENER UN ORIGEN HEMATÓGENO Y/O LINFOGENO. NO SE ACEPTAN LOS ORÍGENES POR INFECCIÓN ASCENDENTE.

## SIFILIS.

HOY EN DÍA SON RARAS. LAS GLÁNDULAS SALIVALES SE AFECTAN EN EL 20. PERÍODO. EL CURSO CLÍNICO ES AGUDO Y LA TUMEFACCIÓN MUY DOLOROSA, Y HAY AUMENTO DEL FLUJO SALIVAL.

PUEDA DETECTARSE A VECES GOMAS EN LA GLÁNDULA PARÓTIDA QUE CONFUNDEN CON LOS TUMORES. LAS GOMAS SON DE CONSISTEN--

CIA PÉTREA Y DEL TAMAÑO DE UNA NUEZ, Y PUEDEN EN OCASIONES PERFORAR LA PIEL.

### RETENCION CISTICA.

LA RETENCIÓN CÍSTICA ES RESULTADO DE LA RUPTURA DE UN CONDUCTO EN EL PARENQUIMA DE LA GLÁNDULA. ESTA RUPTURA SE LLENA DE SECRECIONES SALIVALES Y EVENTUALMENTE SE ENCAPSULA CON TEJIDO CONECTIVO FIBROSO. SE PUEDE PRESENTAR O NO UN REVESTIMIENTO COMPLETO O PARCIAL DE EPITELIO.

YA QUE ESTOS QUISTES SE SELLAN ELLOS MISMOS EN LOS CONDUCTOS, EN LA SIALOGRÁFIA NO SE LLENAN CON EL MEDIO DE CONTRASTE RADIOPACO; EN VEZ DE ELLO APARECEN RADIOGRÁFICAMENTE COMO VACÍOS, CON DEFECTOS EN LA GLÁNDULA. SIENDO QUIZÁ ESTO EL RESULTADO DE UNA FÍSTULA OSCURA EN EL CONDUCTO, QUE PERMITE QUE SE DRENEN Y ALIVIEN PERIÓDICAMENTE. POR ESTA RAZÓN, SE MUESTRAN ALARGADAS (CARACTERÍSTICA QUE LOS DIFERENCIA DE LOS TUMORES MIXTOS QUE NO SE AMINORAN). A LA PALPACIÓN GENERALMENTE SON SUAVES Y PASTOSOS O FLUCTUANTES, Y EN ALGUNAS OCASIONES RÍGIDOS (LOS TUMORES MIXTOS SON DUROS Y RARA VEZ SON RÍGIDOS).

TRATAMIENTO. LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN. ES NECESARIO NO SÓLO ELIMINAR LA LESIÓN SINO ESTABLECER TAMBIÉN UN BUEN DIAGNÓSTICO. LA INCISIÓN Y DRENAJE GENERALMENTE DAN COMO RESULTADO RECURRENCIAS EVENTUALES. NO SE DEBEN DE CONSIDERAR LA EXTERIORIZACIONES.

### ATROFIA.

EL GRADO DE ATROFIA JUEGA UNA PARTE IMPORTANTE EN EL EFECTO DE OBSTRUCCIÓN EN EL TEJIDO GLANDULAR. LA OBSTRUCCIÓN PARCIAL ES EL RESULTADO DE LAS SIALOANGIECTOSIAS; LA OBSTRUCCIÓN CON RUPTURA DEL CONDUCTO PRODUCE QUISTES DE RETENCIÓN; LAS OBSTRUCCIONES PARCIALES SON EL RESULTADO DE INFECCIONES QUE LOS ACOMPAÑAN; Y LA OBSTRUCCIÓN COMPLETA PRODUCE ATROFIA. ES RARA

UNA OBSTRUCCIÓN COMPLETA QUE PRODUZCA ATROFIA Y QUE GENERALMENTE ES EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE QUIRÚRGICO EN EL CUAL LA -- PRINCIPAL VÍA DE EXCRECIÓN SE LIGUE, Y TODAS LAS RAMAS DE ESCAPE DEL LÍQUIDO SE OBLITEREN. OTRA CAUSA PROMINENTE DE ATROFIA DE LA GLÁNDULA SALIVAL SON LAS DÓSIS ELEVADAS DE IRRADIACIONES, COMO SON FRECUENTEMENTE EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES MALIGNOS.

LA PÉRDIDA DE UNA GLÁNDULA SALIVAL POR ATROFIA O EXISIÓN ES DE POCA IMPORTANCIA, LA PÉRDIDA DE VARIAS GLÁNDULAS PRINCIPALES, NO OBSTANTE, PRODUCE XEROSTOMÍA Y CARIES ATÍPICAS. LA CARENCIA DE SECRECIÓN DE SALIVA, COLAPSO DEL CONDUCTO E INCAPACIDAD DE CAPTAR EL IODO EN LA SIALOGRAFÍA SON CONDICIONES ATÍPICAS. NO EXISTE NINGÚN TRATAMIENTO DISPONIBLE UNA VEZ QUE OCURRE LA - ATROFIA.

## CAPITULO III

### NEOPLASIAS

#### TUMORES EN LAS GLANDULAS SALIVALES.

##### INTRODUCCIÓN.

ES EN LAS GLÁNDULAS SALIVALES, DONDE SE GENERAN LA MAYOR DIVERSIDAD DE TUMORES DE ORIGEN GLANDULAR DE TODO EL ORGANISMO. POR FORTUNA ESTAS NEOPLASIAS TIENEN UNA FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN BASTANTE BAJA CONSTITUYENDO SÓLO EL 1 A 4% DE TODAS LAS -- NEOPLASIAS DE LA CABEZA Y EL CUELLO. SEGÚN OTROS AUTORES, TALES COMO NELSON, ESTOS TUMORES SE PRESENTARON SÓLO EN UN 0.032% DE CA -- SOS ENTRE 37,000 AUTOPSIAS EFECTUADAS, LO QUE REFLEJA LA POBRE -- INCIDENCIA DE ESTAS NEOPLASIAS.

LOS TUMORES PRINCIPALES PUEDEN CLASIFICARSE EN BENIGNOS Y MALIGNOS. QUIZÁ ESTA CLASIFICACIÓN SE PUEDE DISCUTIR, YA QUE -- POR LO MENOS DOS TUMORES, LOS TUMORES MIXTOS Y LOS MECOEPIDERMOIDES, PUEDEN TENER UNA CONDUCTA BIOLÓGICA AL FINAL QUE ES BIEN CO -- NOCIDO Y LOS CONDUCE A CAMBIOS MALIGNOS. ADEMÁS, POR LO MENOS EN EL DESARROLLO DE UN DEFECTO, DE LOS BRAZOS EN LAS HENDIDURAS QUI -- S -- TICAS, PUEDE SIMULAR CLÍNICAMENTE UN TUMOR, CUYO DIAGNÓSTICO DIFE -- RENCIAL SÓLO SE LLEVA A CABO MEDIANTE UNA BIOPSIA. POR ESTA RA -- ZÓN ESTOS TUMORES DISCUTIRÁN DE ACUERDO A SU CONDUCTA BIOLÓGICA -- CUANDO SE OBSERVAN CLÍNICAMENTE. PARA COMPRENDER MEJOR ESTE TEMA, ES NECESARIA UNA REVISIÓN EXTENSA DE LA LITERATURA ACERCA DE ESTO.

##### CLASIFICACIONES.

SON MÚLTIPLES LAS CLASIFICACIONES DE LOS TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES, PUESTO QUE NO EXISTE ACUERDO ENTRE LOS AUTO --

RES, SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE ALGUNOS TUMORES, NI SOBRE CUAL ES LA CÉLULA ORIGINARIA DEL TUMOR; ADEMÁS LA IMAGEN MORFOLÓGICA NO - RESULTA SIEMPRE INDICATIVA DEL POTENCIAL MALIGNO DEL TUMOR.

POR ELLO, VAMOS A DETALLAR DOS CLASIFICACIONES DISTINTAS, UNA DE RANKOW Y OTRA DE RAUCH Y SEIFERT.

LA DE RANKOW, SE DIVIDE EN TRES TIPOS LOS TUMORES DE - LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

#### TUMORES BENIGNOS RARAMENTE RECIDIVANTES.

- TUMOR DE WARTHON O CISTADENOMA PAPILAR LIFOMÁTOSO 5%.
  
- ONCOCITOMA (O ADENOMA OXÍFILO).
  
- ADENOMA MONOMÓFICO.

#### TUMORES BENIGNOS RECIDIVANTES.

- ADENOMA PLEOMORFO O TUMOR MIXTO: 65%.
  
- TUMOR MUCOEPIDERMOIDE (BAJA MALIGNIDAD): 10-15%.
  
- TUMOR DE CÉLULAS ACINOSAS (ALGUNOS).

#### TUMORES MALIGNOS.

- ADENOMA PLEOMORFO MALIGNITADO: 5%.

- CARCINOMA ADENOQUÍSTICO, ADENOIDE QUÍSTICO O CILAN-  
DOMA: 5%.

- TUMOR MUCOEPIDERMÓIDE (ALTA MALIGNIDAD): 10-15%  
(CON EL DE BAJA MALIGNIDAD)

- CARCINOMA ESCAMOSO.

- ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS ACINOSAS O CARCINOMA DE  
CÉLULAS CLARAS: 3%.

- CARCINOMA INDIFERENCIADO.

- CARCINOMA ADENOPAPILAR PRODUCTOR  
DE MOCO Y TRABECULAR.

- FORMAS RARAS DE ADENOCARCINOMA.

- CARCINOMA ANAPLÁSICO.

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS.

CARCINOMA DE CÉLULAS SEBÁCEAS.

TUMOR MALIGNO MIXTO (CARCINOMA QUE  
SE DESARROLLA COMO UN ADENOMA PLEOMOR-  
FO)



## B. SINSIALODENOMA (SINSIALOMA).

1. NEURINOMA Y NEUROFIBROMA.
2. ANGIOMA:           A) HEMANGIOMA.  
                          B) LINFANGIOMA.
3. LIPOMA.
4. LINFOMA.
5. SARCOMA.
6. TUMORES MALIGNOS DIVERSOS.

## C. PARASIALOADENOMAS (PARASIALOMAS).

### III. CARACTERISTICAS GENERALES.

#### A. DIAGNOSTICO GENERAL.

EL DIAGNÓSTICO DE LOS TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES, SE BASA EN LA HISTORIA CLÍNICA, INSPECCIÓN Y LA PALPACIÓN, EN LOS FROTIS, LA CITOLOGÍA, Y ADEMÁS EN:

- 1) LA SIALOMETRÍA (DETERMINACIÓN CUANTITATIVA DE LA - SALIVACIÓN TRAS UN ESTÍMULO O SIN ÉL. (VALOR NORMAL: 0.1 - 0.7 ML./MM.))
- 2) EL ANÁLISIS DE LA SALIVA.
- 3) SIALOGRAFÍA.
- 4) EL ESTUDIO RADIOISOTÓPICO.
- 5) LA HISTOLOGÍA, POR BIOPSIA (INCLUYENDO LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN).

EN CUANTO A LA INSPECCIÓN Y LA PALPACIÓN NO HA DE MENOS PRECIARSE SU IMPORTANCIA YA QUE PUEDEN REFLEJAR EL CRECIMIENTO DEL TUMOR, ÉSTE ES HABITUALMENTE LENTO EN LOS SIALODENOMAS Y LOS

SINSIALADENOMAS. SIN EMBARGO EL ADENOMA PLEOMORFO PUEDE PRESENTAR REGRESIONES CON UN ULTERIOR CRECIMIENTO. UNA TUMEFACCIÓN BILATERAL SUGIERE A VECES UN CISTADENOLINFOMA O UNA ALTERACIÓN NO NEOPLÁSICA. SIN SIGNOS DE MALIGNIZACIÓN, EL DOLOR, LA PARÁLISIS DEL NERVIIO FACIAL Y EL CRECIMIENTO RÁPIDO.

LAS SIALOGRAFÍAS RESULTAN ÚTILES PARA EL DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO, PUESTO QUE DESCUBREN EN CONFIGURACIONES DUCTALES, DESPLAZAMIENTOS CLARAMENTE DEFINIDOS, DE LOS CONDUCTOS SALIVALES; TAMBIÉN PUEDE HABER UN DESPLAZAMIENTO DEL NERVIIO FACIAL, QUE NORMALMENTE SE HALLA POR ENCIMA DEL CONDUCTO PAROTÍDEO.

EN CASOS ESPECIALES, PUEDE LLEVARSE A CABO UNA BIOP--SIA POR ASPIRACIÓN PREOPERATORIA; AUNQUE ESTA TÉCNICA ES SIMPLE, PUEDE DAR FALSOS DATOS (AL IGUAL QUE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA) Y LA BIOPSIA POR PUNCIÓN PUEDE ORIGINAR LA DISEMINACIÓN DEL TUMOR Y UNA PARÁLISIS DEL FACIAL.

## B. LOCALIZACION DE ESTOS TUMORES.

APROXIMADAMENTE EL 10% DE LOS TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES SE ORIGINAN EN LA GLÁNDULA PARÓTIDA, SÓLO EL 10% EN LA GLÁNDULA SUBMAXILAR, EL 0.5% EN LA SUBLINGUAL, Y EL 9% EN LAS - GLÁNDULAS SALIVALES MENORES (PALADAR, 5%; LABIO SUPERIOR, 2%; - MEJILLA, 0.5%; PISO DE LA BOCA, 0.5%; NASOFARINGE, 1%).

## C. DISTRIBUCION SEGUN SEXO Y GRUPO SANGUINEO.

- 1) SEXO: EL SEXO JUEGA UN PAPEL POCO IMPORTANTE EN LA DISTRIBUCIÓN DE ESTOS TUMORES. EN CONJUNTO, NO OBS--TANTE LAS MUJERES SE AFECTAN MÁS A MENUDO QUE LOS - HOMBRES.
- 2) EDAD: LA EDAD VARÍA SEGÚN LOS DISTINTOS TIPOS DE TUMOR. ALGUNOS SIALADENOMAS (POR EJEMPLO LOS HEMANGIOMAS) SE PRODUCEN MÁS A MENUDO EN UNA ÉPOCA

3) GRUPO SANGUÍNEO: SE HA PODIDO ESTABLECER UNA RELACIÓN, AUNQUE INCIERTA ENTRE TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES Y GRUPO SANGUÍNEO, CAMERON OBSERVÓ QUE EL 80% DE LOS PACIENTES CON CARCINOMAS DE GLÁNDULAS SALIVALES Y EL 60% DE LOS PACIENTES CON ADENOMA PLEOMORFO PERTENECÍAN AL GRUPO SANGUÍNEO A

D. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS.

CARACTERÍSTICAS	BENIGNOS	MALIGNOS
DURACIÓN	AÑOS	MESES
DOLOR	ES RARO	ES MUY FRECUENTE
PARÁLISIS FACIAL	RARA	20 - 30%
MOVILIDAD	SÍ	RELATIVAMENTE FIJO
CONSISTENCIA	MODERADA	DURA
CÁLCULOS	POSIBLE	NO
SIALOGRAFÍA	RELATIVAMENTE	UTIL
ISÓTOPOS	MUY ÚTIL EN T. DE WHARTIN ESPECIALMENTE.	RELATIVAMENTE ÚTIL

EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES, ES ESCENCIALMENTE QUIRÚRGICO (LA RADIOTERAPIA SE RESERVA PARA CASOS EXCEPCIONALES.)

#### IV. ESTUDIO DETALLADO DE LOS TUMORES.

##### A. TUMORES BENIGNOS RARAMENTE RECIDIVANTES.

SON EN GENERAL LOS LLAMADOS ADENOMAS MONOMORFOS.

##### ADENOMAS MONOMÓRFICOS.

ESTE TUMOR CONSTITUYE APROXIMADAMENTE DEL 8 AL 10% - DE TODOS LOS TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES Y SE PRODUCEN PRINCIPALMENTE EN LA PARÓTIDA. SE DISTINGUE DEL ADENOMA PLEOMORFO POR UNA ESTRUCTURA CELULAR REGULAR Y UNIFORME, POR LA -- PRESENCIA DE UNA MEMBRANA BASAL Y POR UNA NOTABLE ESTRUCTURA - LOBULAR. ESTE TUMOR SE CLASIFICA, SEGÚN LA PROPORCIÓN DE LOS ELEMENTOS HÍBRIDOS QUE CONTIENE, Y SEGÚN EL TIPO DE CÉLULAS (BASALES U ONCOCÍTICOS, SEBÁCEAS), O SEGÚN SU FORMA DE CRECIMIENTO, SIENDO ENTONCES SÓLIDO, ACINOSO, LOBULAR QUÍSTICO O PAPILAR.

##### 1) CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO O TUMOR DE WARTHIN.

LOS CISTADENOMAS SON ADENOLINFOMAS SÓLIDOS QUÍSTICOS O PAPILOMATOSOS. ES EL 5% DE TODOS LOS TUMORES DE TODAS LAS GLÁNDULAS SALIVALES Y TIENE TRES CARACTERÍSTICAS:

- EL COMPONENTE EPITELIAL ESTÁ SIEMPRE RODEADO POR TEJIDO RETICULAR Y LINFÁTICO.
- ES EL ÚNICO TUMOR DE GLÁNDULAS SALIVALES QUE CON GRAN FRECUENCIA SE PRESENTA BILATERALMENTE.
- ESTE TUMOR (AL REVÉS DE LOS DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES), ES MÁS FRECUENTE EN HOMBRE CON UN PROMEDIO DE 5 A 1.

EXISTEN DOS TEORÍAS PATOGENÉTICAS. EN LA PRIMERA SE SEÑALA, LA PERSISTENCIA DE LA SITUACIÓN QUE SE DA EN EL EMBRIÓN, Y SEGÚN LA CUAL EL TEJIDO GLANDULAR SALIVAL ESTÁ RODEADA POR -- DENTRO Y POR FUERA DE ESTIOMA LINFACÍTICO, LA SEGUNDA, INDICA QUE ESTE TUMOR SE FORMARÁ, CUANDO LOS ACINOS O LÓBULOS DE GLÁNDULAS SALIVALES, QUEDAN AISLADOS POR ALTERACIONES MECÁNICAS O -

INFLAMATORIAS Y DAN LUGAR A FOCOS QUÍSTICOS O PAPILARES EN EL TEJIDO. POR LO TANTO, ESTA LESIÓN NO ES PRIMITIVAMENTE UNA NEOPLASIA SINO UNA HIPERPLASIA HETEROTÓPICA QUE SUFRE UNA TRANSFORMACIÓN NEOPLÁSICA BENIGNA.

EL CRECIMIENTO DE ESTOS TUMORES ES LENTO. LOS TUMORES BILATERALES SE HAYAN SOBRE TODO EN LA REGIÓN SUPERFICIAL O MARGINAL DE LA GLÁNDULA DE LA PARÓTIDA.

ANATOMOPATOLÓGICAMENTE, ESTE TUMOR ESTÁ FORMADO POR COMPONENTES EPITELIALES Y LINFOCÍTICOS. CUANDO SÓLO EXISTEN RESTOS EPITELIALES, ESTE TUMOR SE DENOMINA CISTADENOMA PAPILAR SÓLIDO.

EL DIAGNÓSTICO PUEDE SOSPECHARSE POR LA HISTORIA DEL LENTO CRECIMIENTO DE UNA TUMORACIÓN PAROTÍDEA QUE A LA PALPACIÓN ES BLANDA Y BIEN DELIMITADA.

PUEDE PRACTICARSE UNA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN, QUE ES POSITIVA EN LAS DOS TERCERAS PARTES DE LOS PACIENTES.

## 2) ADENOMA OXÍFILO U ONCOCITOMA.

ES UNA LESIÓN BENIGNA, DE CRECIMIENTO LENTO COMPUESTA POR CÉLULAS QUE TIENEN UN CITOPLASMA ACIDOFILO Y UN NÚCLEO PEQUEÑO Y MARGINAL COMO PICNOCITOS U ONCOCITOS. CONSTITUYE MENOS DEL 1% DE LOS TUMORES DE LA PARÓTIDA. MUY RARAMENTE, ESTE TUMOR QUE SE DA MÁS EN MUJERES QUE EN HOMBRES SE MALIGNIZA.

APARTE DE LOS YA ESTUDIADOS ADENOLINFOMA O CISTADENOLINFOMA PAPILAR Y DEL OXIFILO U ONCOCITOMA, HAY QUE RESEÑAR ESTOS TUMORES MUCHO MENOS FRECUENTES COMO SON EL ADENOMA DE CÉLULAS BASALES, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR MUCHOS AUTORES, COMO UNA VARIEDAD DE ADENOMA PLEOFORMO (AUNQUE EN ESTE TUMOR NO HAY CÉLULAS MIOEPITELIALES TÍPICAS DEL TUMOR MIXTO), EL CISTADENOMA QUE SON ADENOMAS BASÓFILOS QUÍSTICOS DE CÉLULAS COLUMNARES Y QUE CUANDO SE DAN DENTRO DEL TEJIDO LINFÁTICO DE LA OROFARINGE Y DE

LA GLÁNDULA PARÓTIDA, SE DENOMINAN CISTADENOLINFOMA.

A VECES SE HAN DESCRITO MALIGNIZACIONES DE ESTE TUMOR. EL ÚLTIMO QUE PERTENECE A LA FAMILIA DE LOS TUMORES BENIGNOS RARAMENTE RECIDIVANTE ES EL LINFODENOMA SEBÁCEO QUE ES UN TUMOR BASTANTE RARO QUE SE DA EN LA EDAD MEDIA DE LA VIDA, SIN PREDILECCIÓN POR NINGUNO DE LOS SEXOS, QUE TIENE UNA CONSISTENCIA DURA Y QUE POR SUPUESTO ESTÁ ENCAPSULADO.

## B. TUMORES BENIGNOS RECIDIVANTES.

EN ESTE SEGUNDO GRAN GRUPO DE TUMORES, SE ENCUENTRAN EL TUMOR MUCOEPIDERMÓIDE DE BAJA MALIGNIDAD, QUE SE ESTUDIARÁ JUNTAMENTE CON EL REALMENTE MALIGNO, EL DE CÉLULAS ACINALES BENIGNAS QUE SE ESTUDIARÁ TAMBIÉN CON EL MALIGNO LLAMADO CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS O ADIPOSAS, Y FINALMENTE EL TUMOR MAYOR DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES, QUE ES EL ADENOMA PLEOMORFO.

ESTE TUMOR ES EL MÁS FRECUENTE DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES, SITUÁNDOSE SU FRECUENCIA ALREDEDOR DEL 65-70%.

RECIDIVA MÁS A MENUDO QUE EL ADENOMA MONOMORFO Y EN UN 2-3% DE CASOS MALIGNIZA. ESTE TUMOR TIENE UNA GÉNESIS PURAMENTE EPITELIAL, SU CARÁCTER POLIMORFO SE DEBE A LOS COMPONENTES EPITELIALES (CON CÉLULAS MIOEPITELIALES) Y FIBRILLAS, SUSTANCIA BASAL, CARTÍLAGO, HUESO, LO QUE LE DA EL NOMBRE DE TUMOR MIXTO.

ESTE TUMOR ES BENIGNO ESENCIALMENTE, ES DE CRECIMIENTO LENTO, BIEN DELIMITADO; A VECES EN LOS ESPACIOS INTRACELULARES EXISTE TEJIDO CONJUNTIVO (SEUDOMUCINA) QUE SE CALCIFICA E INCLUSO SE OSIFICA.

SU CARÁCTER INSIDIOSO QUEDA DEMOSTRADO POR DOS HECHOS:

- 1) SU MALIGNIZACIÓN OCASIONAL.
- 2) SU CRECIMIENTO INFILTRATIVO, QUE CUBRE LA CÁPSULA

SIN INVADIR LOS ÓRGANOS VECINOS, Y QUE SE DIFUNDE POR LOS CANALES LINFÁTICOS INTRAGLANDULARES, CON LO QUE PARECE QUE EXISTEN FOCOS MÚLTIPLES. EL -- PORCENTAJE DE RECIDIVA, PUEDE ATRIBUIRSE A LOS -- ERRORES TÉCNICOS QUIRÚRGICOS.

### 1) INCIDENCIA DEL ADENOMA PLEOMORFO.

LA GLÁNDULA PARÓTIDA ES LA MÁS FRECUENTEMENTE AFECTADA. HACIENDO UN PROMEDIO DE TODAS LAS ESTADÍSTICAS QUE EXISTEN PODEMOS DECIR QUE EN UN 70% SE AFECTA LA PARÓTIDA; LA SUBMAXI--LAR LO HACE EN UN 20%; LAS PALATINAS EN UN 7% Y LAS GLÁNDULAS -SALIVALES SE HAN DESCRITO CASOS EN LOS LABIOS, EN LA MUCOSA --ORAL, Y EN LA LENGUA UN 2% APROXIMADAMENTE. ESTE TUMOR SUELE LOCALIZARSE CUANDO ESTÁ SITUADO EN LA PARÓTIDA FUERA DEL NERVIO FACIAL, DETRÁS DE LA RAMA MAXILAR. SI EL TUMOR SE ENCUENTRA EN LA PROFUNDIDAD, SUELE DESCUBRIRSE EN LA INSPECCIÓN ORAL, POR -ELLO SE HA LLAMADO "TUMOR ICEBERG". LOS TUMORES PLEOMORFOS SE DAN CON POCA FRECUENCIA EN LA SUBMAXILAR, PERO SI ESTOS SUFREN UNA MALIGNIZACIÓN, SON MUCHO MÁS PELIGROSOS QUE LOS DE LA GLÁN-DULA PARÓTIDA (ES DE SEÑALAR QUE LOS DE LA SUBMAXILAR SE DAN --SOBRE TODO EN AFRICA).

### 2) DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO Y LA EDAD.

EXISTE UNA LIGERA PREDILECCIÓN POR EL SEXO FEMENINO.

ESTE TUMOR SE OBSERVA DESDE LA INFANCIA HASTA LA VEJEZ, PERO SOBRE TODO APARECE ENTRE LOS 30 - 50 AÑOS DE EDAD.

CUANDO SE DA EN GLÁNDULAS SALIVALES MENORES, APARECE UNOS 10 AÑOS DESPUÉS.

### 3) DIFERENCIAS RACIALES.

ESTE TUMOR SE OBSERVA CON UNA FRECUENCIA IDÉNTICA ENTRE LOS CAUCASIANOS DE TODOS LOS PAÍSES. DONDE REALMENTE DIFIE

REN ES ENTRE ÉSTOS Y LOS PACIENTES DE RAZA NEGRA YA QUE MUESTRA UNA INCIDENCIA MENOR EN LOS NEGROS QUE EN LOS BLANCOS (62% FRENTE A UN 70%). ESTO EN CUANTO A LA LOCALIZACIÓN PARÓTIDA - PORQUE EN CUANTO A LA SUBMAXILAR ESTA POSICIÓN SE INVIERTE.

#### 4) CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

EL ADENOMA PLEOMORFO NACE DE MODO LENTO E INTERMITENTE. SIENDO SUPERFICIAL REDONDEADO Y LISO, SU EXTIRPACIÓN RESULTA BASTANTE SENCILLA. NO EXISTE DOLOR EN UN PRINCIPIO, AUNQUE EN LA MITAD DE LOS PACIENTES SÍ HAY UNA SENSACIÓN DE PRESIÓN EN LOS OÍDOS.

ESTE TUMOR TIENE UN DIÁMETRO MEDIO DE 2 A 5 CMS. AUNQUE POR SUPUESTO HAY CASOS CON TUMORES ENORMES.

ESTE TUMOR, PUEDE TENER UN ORIGEN MULTIFOCAL, ES DECIR PRESENTARSE EN VARIAS GLÁNDULAS SIMULTÁNEAMENTE, AFECTÁNDOSE EN ESTE TIPO DE CASOS LAS DOS PARÓTIDAS, O UNA PARÓTIDA Y UNA SUBMAXILAR SI SE EMPLEA UNA CIRUJÍA RADICAL, SE CONSIGUE DEJAR LAS RECIDIVAS A MENOS DEL 1%.

#### 5) PATOGENIA.

EL CRECIMIENTO LENTO E INTERMITENTE PUEDE DURAR DE 20 A 50 AÑOS. LA MALIGNIZACIÓN SE PRODUCE EN EL 3% A 15% DE LOS CASOS. LA CAUSA DE LA DEGENERACIÓN MALIGNA ES DESCONOCIDA.

#### 6) MALIGNIZACIÓN.

LOS SIGNOS CLÍNICOS DE MALIGNIZACIÓN DEL ADENOMA PLEOMORFO SON:

- ACELERACIÓN BRUSCA DEL CRECIMIENTO.
- IRREGULARIDAD DE LA SUPERFICIE DEL TUMOR Y SU ADHESIÓN A LA PIEL.
- LA APARICIÓN DE ALTERACIONES VASCULARES SUPERFICIALES.



- SENSACIÓN DE PRESIÓN O TENSIÓN QUE SE CONVIERTE EN DOLOR.

ESTA SENSACIÓN DE DOLOR EN LA GLÁNDULA PARÓTIDA PUEDE INDICAR BIEN UNA ALTERACIÓN INFLAMATORIA O BIEN UN TUMOR MALIGNO. CUANDO EXISTE UNA DEGENERACIÓN MALIGNA, EL DOLOR APARECE PROGRESIVAMENTE Y LA PARÁLISIS DEL NERVIIO FACIAL TARDIAMENTE. LAS METASTASIS REGIONALES APARECEN EN EL 20% DE LOS TUMORES. EN LAS RECIDIVAS DE LOS TUMORES MALIGNOS, LAS METASTASIS APARECEN EN UN 40% A 80%.

### 7) CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS.

HAY UNA GRAN VARIEDAD DE IMÁGENES HISTOLÓGICAS FORMADAS POR TEJIDO GLANDULAR Y CONECTIVO. SE VEN CÉLULAS EPITELIALES PEQUEÑAS Y GRANDES CÉLULAS EPIDERMÓIDES CLARAS CON MUCHO GLUCÓGENO. EN EL ESTROMA SE PUEDEN VER DISPOSICIONES MUCOIDES, MIXOMATOSAS, SEUDOCARTILAGINOSAS, HIALINA Y CÉLULAS RETICULARES. LA FIBROSIS Y LA OSIFICACIÓN APARECEN TAMBIÉN PERO MENOS FRECUENTES QUE EN EL ADENOMA MONOMORFO.

### 8) MALIGNIZACIÓN.

ES MUY RARA Y BASTANTE MAL DEFINIDA. TIENE TRES CARACTERÍSTICAS:

- DISPLASIA CELULAR.
- INVASIÓN VASCULAR Y NEURAL.
- CRECIMIENTO INFILTRATIVO Y DESTRUCTIVO.

### 9) CLASIFICACIÓN DEL ADEHOMA PLEOMORFO.

SE PUEDE SUBDIVIDIR ESTE TUMOR EN MUCHOS GRUPOS:

- IMAGEN MIXOIDE PREDOMINANTE (36%)
- CELULARIDAD DOMINANTE (20%)
- EXTREMA CELULARIDAD (20%)

## C. TUMORES MALIGNOS.

ANTERIORMENTE SE CONSIDERÓ QUE ESE TUMOR ERA UNA VARIANTE DEL ADENOMA PLEOMORFO. MÁS TARDE SE PUDO DIFERENCIAR ESTE TUMOR DEL ANTERIOR ESTUDIANDO SU COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y SU IMAGEN HISTOLÓGICA Y SUS PROPIEDADES MALIGNAS. ESTOS -- TUMORES SE PUEDEN DIFERENCIAR EN MUY MALIGNOS Y MENOS MALIGNOS (SIENDO ESTOS ÚLTIMOS LAS 2/3 PARTES DE LOS TUMORES). ESTE TUMOR ES PEQUEÑO, BLANDO, CON UN DIÁMETRO DE 2 A 5 CMS. -- CUANDO EL CARCINOMA ES MUY MALIGNO, TIENDE A SER MAYOR, Y EL DOLOR SUELE APARECER ANTES DE QUE LA TUMEFACCIÓN SEA VISIBLE. A MENUDO EXISTE NECROSIS LOCALIZADA Y CON MENOR FRECUENCIA DEGENERACIÓN QUÍSTICA. SEGÚN SU MALIGNIDAD PUEDE DIVIDIRSE EN:

- I. MALIGNIDAD BAJA.
- II. MALIGNIDAD MEDIANA.
- III. MALIGNIDAD ALTA.

- INCIDENCIA: ESTE TUMOR REPRESENTA EL 10 AL 15% DE LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES, AFECTÁNDOSE EN UN 65% LA PARÓTIDA Y LA SUBMAXILAR EN UN 10%. EN LOS CLIMAS CÁLIDOS, -- LOS CARCINOMAS MUCOEPIDERMÓIDES SE DAN MÁS A MENUDO EN LAS GLÁNDULAS SUBMAXILARES.

- EN CUANTO A LOS SEXOS: LA FORMA MENOS MALIGNA SE DA MUCHO MÁS FRECUENTEMENTE EN MUJERES; EN LAS FORMAS MALIGNAS LA INCIDENCIA ES IGUAL EN LOS DOS SEXOS.

- LA EDAD MEDIA DE INCIDENCIA SE SITÚA ALREDEDOR DE LOS 40 AÑOS.

- ORIGEN: ESTE TUMOR SE ORIGINA EN EL EPITELIO DUCTAL DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES.

- PRONÓSTICO: LAS RECIDIVAS LOCALES SON TAN FRECUEN-

TES EN LAS FORMAS MENOS MALIGNAS COMO EN LAS MUY MALIGNAS, PRO-  
DUCIÉNDOSE EN LA TERCERA PARTE DE LOS CASOS. EN LOS TUMORES  
MUY MALIGNOS, LAS METASTASIS APARECEN EN UNA TERCERA PARTE DE  
LOS TUMORES, PERO SÓLO EN UN 3% EN LOS MENOS MALIGNOS.

## 2) CARCINOMA ADENOIDEQUÍSTICO.

ESTE TUMOR LLAMADO CILINDROMA, CONSTITUYE EL 5% DE -  
TODOS LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES. ES EL LLAMADO "LOBO  
CON PIEL DE CORDERO", YA QUE LAS CÉLULAS EPITELIALES QUE SE VEN  
AL MICROSCOPIO SON REGULARES Y BENIGNAS, Y ES POR ELLO QUE CLA-  
SIFICÓ ENTRE LOS TUMORES ADENOMAS PLEOMORFOS HASTA 1940. MÁS --  
TARDE SE OBSERVÓ SU COMPORTAMIENTO MALIGNO INCLUYÉNDOLO EN EL  
GRUPO DE LOS ADENOCARCINOMAS.

- INCIDENCIA: ESOS TUMORES APARECEN EN TODOS LOS LU-  
GARES EN LOS QUE EXISTEN GLÁNDULAS MUCOSAS. POR ELLO, SE DAN -  
MÁS A MENUDO EN GLÁNDULAS SALIVALES MENORES (PALADAR DURO) Y -  
SÓLO EN UN 2% DE LOS CASOS EN LA GLÁNDULA PAROTÍDEA.

- SEXO Y EDAD: EL TUMOR DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES -  
MAYORES SE DA MÁS A MENUDO EN LAS MUJERES CON UNA INCIDENCIA  
MÁXIMA ENTRE LOS 40 Y LOS 60 AÑOS.

- CLÍNICA: SE PARECEN A LOS TUMORES MIXTOS POR SU  
LENTO CRECIMIENTO, EL SÍNTOMA MÁS SIGNIFICATIVO ES EL DOLOR,  
CON PARÁLISIS FACIAL EN LOS CARCINOMAS DE LA GLÁNDULA PAROTÍ-  
DEA. NO SE HAN DESCRITO CASOS DE INCIDENCIA BILATERAL; SU TA-  
MAÑO ES DE 2 A 5 CMS. DE DIÁMETRO PRESENTANDO MUY Poca CAPSU-  
LACIÓN. EN EL 60% DE LOS CASOS SE PRODUJERON RECIDIVAS LOCA-  
LES. A LOS 5 AÑOS SE PUDIERON OBSERVAR UNA SUPERVIVENCIA DEL  
75%, A LOS 20 AÑOS ESTA CIFRA SE REDUCE AL 15%. LAS METASTA-  
SIS POR VÍA HEMATÓGENA, VAN A HUESO, PULMÓN Y PIEL. SON ME--  
NOS FRECUENTES LAS METASTASIS LINFÁTICAS.

- ORIGEN: ESTE TUMOR SE ORIGINA A PARTIR DE LAS CÉLULAS EPITELIALES DE LOS CONDUCTOS SALIVALES A PARTIR DEL CANALÍCULO INTERMEDIO.

### 3) ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINOSAS.

ES UN TUMOR DE CRECIMIENTO LENTO, MODERADAMENTE MALIGNO AUNQUE ANTERIORMENTE HAYA SIDO CONSIDERADO BENIGNO, SU GRAN FRECUENCIA DE RECIDIVAS DE MÁS DEL 50% DE CASOS Y SU MORTALIDAD A LOS 5 AÑOS DEL 10% DE CASOS, MUESTRA CLARAMENTE SU NATURALEZA MALIGNA.

- INCIDENCIA: ESTE TUMOR ESTÁ LIMITADO A LAS GLÁNDULAS PARÓTIDAS CONSTITUYENDO EL 3% DE LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES, OBSERVÁNDOSE EN UN 70% DE LOS CASOS EN MUJERES ENTRE 50 Y 60 AÑOS SOBRE TODO.

- CLÍNICA: ESTE TUMOR TIENE UN CURSO CLÍNICO RELATIVAMENTE BENIGNO PARECIÉNDOSE AL DEL ADENOMA PLEOMORFO. EL TUMOR ES HABITUALMENTE DURO Y PUEDE ESTAR O NO ADHERIDO. SE HAN PRODUCIDO EN UN 30 A 50% DE CASOS RECIDIVAS LOCALES FALLECIENDO LOS PACIENTES EN UN 50% DE LOS CASOS. LA SUPERVIVENCIA DE LOS TUMORES A LOS 5 AÑOS ES DEL 90%.

- ORIGEN: ESTOS TUMORES TIENEN 2 TIPOS DE CÉLULAS - UNAS QUE SE ORIGINAN A PARTIR DE LOS ACINOS GLANDULARES SEROSOS Y OTROS DEL EPITELIO DUCTAL.

### 4) CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS.

ES ESTE UNO DE LOS TUMORES MÁS MALIGNOS DE ENTRE TODOS LOS TUMORES QUE AFECTAN LAS GLÁNDULAS SALIVALES, SIENDO - SU FRECUENCIA ALREDEDOR DE UN 2% DE CASOS.

- CLÍNICA: ES MUY CARACTERÍSTICO EL DOLOR INTERNO,

LA CONSISTENCIA DURA, LA ADHERENCIA A LA PIEL, FRECUENTE ULCE-  
RACIÓN Y RAPIDEZ A METASTASIS. LAS DOS TERCERAS PARTES DE ES-  
TOS TUMORES SE DAN EN LAS GLÁNDULAS PAROTÍDEAS Y EN UNA TERCE-  
RA PARTE EN LAS DEMÁS GLÁNDULAS SALIVALES.

- INCIDENCIA: ESTE TUMOR INCIDE CON MAYOR FRECUENCIA  
EN LOS VARONES QUE EN LAS MUJERES, SITUÁNDOSE LA EDAD DE MAYOR  
FRECUENCIA ENTRE LOS 60 Y LOS 70 AÑOS.

### OTROS TUMORES.

SON LOS LLAMADOS SINIALADENOMA, QUE SE ORIGINAN A PAR-  
TIR DEL TEJIDO INTRACAPSULAR, TALES COMO NERVIOS, LAS VAINAS DE  
LOS NERVIOS, VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS, Y EL TEJIDO CONECTI-  
VO CIRCUNDANTE.

ESTOS TUMORES EN SU MAYORÍA SON BENIGNOS, SIENDO LOS  
NEURINOMAS, LOS LIPOMAS, LOS LINFANGIOMAS. APARECEN SOBRE TODO  
EN LA GLÁNDULA PAROTÍDEA NO DÁNDOSE CASI NUNCA EN GLÁNDULAS SA-  
LIVALES MENORES (APARTE EL NEURINOMA).

### PUEDEN DISTINGUIRSE 5 GRUPOS:

- NEURINOMA Y NEUROFIBROMA.
- ANGIOMA Y HEMANGIOMA (QUE SE ORIGINAN A PARTIR DE  
ANOMALIAS VASCULARES CUTÁNEAS).
- LIPOMA.
- LINFOMA (Y METASTASIS).
- SARCOMA: QUE CONSTITUYEN EL 0.1% DE LOS TUMORES DE  
GLÁNDULAS SALIVALES.

### TUMORES EN LOS NIÑOS.

SON MUY INFRECUENTES, CONSTITUYENDO TAN SÓLO EL 1 A

5% DE TODOS LOS TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

EN UN 60% DE CASOS SON BENIGNOS. SE DAN LOS HEMANGIOMAS EN UN 4% DE CASOS (FRENTE A UN 20% EN LOS ADULTOS). EL ADENOMA PLEOMORFO SÓLO SE PRESENTA EN UN 30% DE CASOS FRENTE AL 70% DE CASOS EN EL ADULTO. EL CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE ES 5 VECES MÁS FRECUENTE QUE EN EL ADULTO, PERO SU CURSO SUELE SER MÁS BENIGNO.

LOS SARCOMAS DE GLÁNDULAS SALIVALES EN LA INFANCIA SON MUY RAROS.

### TUMORES MIXTOS.

EXISTE UN DESACUERDO AMPLIO ENTRE LOS PATÓLOGOS SOBRE LA NATURALEZA ESENCIAL DE LOS TUMORES MIXTOS Y ENTRE LOS CIRUJANOS SOBRE UN MÉTODO ADECUADO EN SU TRATAMIENTO. PARA FINES CLÍNICOS, LA PREGUNTA CON MÁS BASES ES LA SIGUIENTE ¿SON MALIGNOS O BENIGNOS? QUIZÁ LA MEJOR RESPUESTA A ESTA PREGUNTA ES EL SEÑALAR QUE YA QUE SON TUMORES MIXTOS NO GENERAN METASTASIS EN SU GRAN MAYORÍA, O QUE CUANDO NO SE TOCA, NO SON INVASORES HASTA SU ÚLTIMO ESTADÍO EN EL QUE QUIZÁ PERMANEZCAN COMO BENIGNOS. DESAFORTUNADAMENTE, ELLOS TIENEN UNA GRAN PROPENSIDAD A LA RECURRENCIA, QUE ES PROBABLEMENTE EL RESULTADO DE UNA EXCISIÓN INCOMPLETA EN LA OPERACIÓN O EL ORIGEN MULTICÉNTRICO DE LA LESIÓN; FRECUENTEMENTE SON MÁS SERIOS QUE LAS LESIONES PRIMARIAS YA QUE LAS VÍAS DE INVASIÓN EN ELLOS ESTÁN ABIERTAS. ALGUNOS DICEN QUE UN TUMOR MIXTO PUEDE CONducIR A UNA METAPLASIA DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y RECURRIR COMO UNA VERDADERA NEOPLASIA MALIGNA. ESTA TEORÍA CONDUCE A DIFERENCIAR ENTRE LOS CIRUJANOS, A LOS QUE RECOMIENDAN UNA ENUCLEACIÓN CON UNA EXCISIÓN AMPLIA, O UNA RESECCIÓN RADICAL DE LA GLÁNDULA Y EL SÉPTIMO PAR CRANEAL, LOS TEGUMENTOS INTERNOS Y LOS NÓDULOS LINFÁTICOS DE LOS TEJIDOS CUYO DRENAJE NACE EN ESTA ÁREA. LA MEJOR SOLUCIÓN PROBABLEMEN-

TE DESCANSA EN UN CURSO MEDIO, EN EL QUE LA LESIÓN, JUNTO CON UNA PORCIÓN DE LA GLÁNDULA TIENE SU APOYO Y SE DEBE DE EXTRAER AMPLIAMENTE. RARA VEZ ES NECESARIO EL SACRIFICAR AL SÉPTIMO PAR CRANEAL EN ESTE PROCEDIMIENTO Y LA CURACIÓN ES LA REGLA - MÁS QUE LA EXCEPCIÓN. CUANDO ES NECESARIO REOPERAR DEBIDO A UNA RECURRENCIA, ES MÁS FRECUENTE EL DAÑO EN EL SÉPTIMO PAR - CRANEAL, Y LA INCIDENCIA DE LA CURACIÓN SE REDUCE. ESTE HE-- CHO ENFATIZA LA NECESIDAD DE UN MANEJO ADECUADO EN LA OPERA-- CIÓN ORIGINAL.

CLÍNICAMENTE LOS TUMORES MIXTOS SON DUROS, Y PROBA-- BLEMENTE EN PARTE ESTO SE DEBE A SU COMPOSICIÓN VARIADA DE EPI TELIO Y ELEMENTOS DE TEJIDO CONECTIVO.

ELLOS GENERALMENTE SE ENCUENTRAN ENCAPSULADOS EN UN TEJIDO FIBROSO Y SE DESPLAZAN FÁCILMENTE, AUNQUE CUANDO AUMEN-- TAN EN TAMAÑO, INVOLUCRAN MÁS TEJIDO, PUEDEN LLEGAR A ESTAR FIR MEMENTE FIJADOS Y A MENUDO DAN IMPRESIÓN DE DUREZA.

POR OTRA PARTE LAS RECURRENCIAS CASI SIN EXCEPCIÓN - ESTÁN FIRMEMENTE FIJADAS. LOS TUMORES MIXTOS SON GENERALMENTE CARACTERIZADOS O SE PUEDEN PALPAR Y DAN LA IMPRESIÓN DE ESTAR COMPUESTOS DE UNA O MÁS MASAS GLOBULARES.

LOS TUMORES MIXTOS OCURREN CON MÁS FRECUENCIA EN LA GLÁNDULA PARÓTIDA GENERALMENTE EN EL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA O ABAJO DE LA OREJA (LÓBULO).

OCURREN CON MENOS FRECUENCIA EN LA GLÁNDULA SUBMANDI BULAR PERO OCURREN CON FRECUENCIA EN LAS GLÁNDULAS SALIVALES ME NORES DEL PALADAR Y LOS LABIOS (SE HAN ENCONTRADO ESTOS TUMORES EN LAS GLÁNDULAS SUB-LINGUALES A PESAR DE QUE NO SE CONOCE LA - RAZÓN POR LAS QUE ÉSTAS NO PODRÍAN SER AFECTADAS).

LOS TUMORES MIXTOS SON INDOLOROS QUE CRECEN DESPACIO Y GENERALMENTE LLAMAN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE MEDIANTE EL TAC-- TO AL RASURARSE O AL APLICAR EL MAQUILLAJE FRECUENTEMENTE SE -

PIENSA QUE SON GLÁNDULAS SEBACEAS (BARROS O BOLITAS DE GRASA) POR SU PROXIMIDAD A UN ÁREA EN QUE COMUNMENTE HAY ESTOS BARRITOS, POR ESTA RAZÓN ALGUNOS TUMORES MIXTOS SON GRANDES CUANDO SE DESCUBREN POR PRIMERA VEZ MIENTRAS QUE OTROS SON RELATIVAMENTE PEQUEÑOS.

ES DIFÍCIL DIFERENCIAR LOS TUMORES MIXTOS DE LOS -- OTROS VARIOS TUMORES BENIGNOS DEL ÁREA O DE NÓDULOS LINFÁTICOS HIPERPLÁSICOS.

LA EXAMINACIÓN DEL TEJIDO ES EL MÉTODO MÁS CONFIABLE Y SE PUEDE DAR EL DIAGNÓSTICO GENERALMENTE POR MEDIO DE SECCIONES CONGELADAS CON SUFICIENTE PRECISIÓN PARA DIRIGIR AL CIRUJANO A COMPLETAR EL PROCEDIMIENTO.

AL TRATAR CON TUMORES QUE SE SOSPECHAN MIXTOS DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES MENORES EL MÉTODO RECOMENDABLE ES LA BIOPSIA DE COMPLETA EXCISIÓN, YA QUE ESTAS LESIONES SON GENERALMENTE DE TAMAÑO MANEJABLE, CUANDO SE DESCUBRE POR PRIMERA VEZ, ESTE MÉTODO EN PROBLEMAS DE GLÁNDULAS MENORES NO AYUDA. ESTE MÉTODO DE LAS GLÁNDULAS MAYORES PUEDE ALTERAR LA ESTRUCTURA GLANDULAR PARTICULARMENTE EN EL LÓBULO SUPERFICIAL DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA, COMO RESULTADO DE ESA ALTERACIÓN LOS DUCTOS COLECTIVOS RODEAN LA LESIÓN DANDO LA APARIENCIA DE UNA MANO LLEVANDO UNA PELOTA. DESAFORTUNADAMENTE ESTAS CARACTERÍSTICAS NO ESTÁN LIMITADAS A LOS TUMORES MIXTOS Y SU PRESENCIA REQUIERE QUE EL TUMOR SEA DE SUFICIENTE TAMAÑO PARA PRODUCIR LA DEFORMIDAD. - POR ESTA RAZÓN COMO SON LA MAYORÍA DE LOS TUMORES INTRÍNSECOS EN LA MAYORÍA DE LOS TUMORES SON DE BENEFICIO LIMITADO EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS TUMORES MIXTOS.

EL TRATAMIENTO ES SIEMPRE QUIRÚRGICO YA QUE ESTAS - LESIONES NO CAMBIAN DE FORMA A MENOS DE QUE HAYAN SUFRIDO CRECIMIENTO Y SE ESTÉN COMPORTANDO COMO UN VERDADERO TUMOR MALIGNO (EXTIRPAR EL ÁREA QUE CONTENGA EL NÓDULO LINFÁTICO ES EXCESIVAMENTE RADICAL).



POR OTRA PARTE EN VISTA DE LA RECONOCIDA TENDENCIA HACIA LA RECURRENCIA, UN INTENTO ORIGINAL A LA ENUCLEACIÓN (EX-- TRACCIÓN DE UN TUMOR ENTERO) PARECE PELIGROSO. ASÍ, UNA ADE-- CUADA EXTIRPACIÓN DEL ÁREA, CON ESFUERZOS HACIA LA PRESERVACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS VITALES, PARECE SER LA MEJOR TÉCNICA A ESCOGER. LOS TUMORES MIXTOS NO RESPONDEN A LA RADIACIÓN.

### NEURILENOMA (SCHWANNOMA).

NEURILENOMA ESTÁ INCLUIDO EN ESTA DISCUSIÓN, NO PORQUE ESTO OCURRE EN LAS GLÁNDULAS SALIVALES SINO PORQUE OCASIONALMENTE AFECTA SECCIONES DEL SÉPTIMO NERVIOS CRANEAL Y QUE POR MUESTRA GRAN SIMILITUD CON LOS TUMORES MIXTOS QUE CLÍNICAMENTE ESTA DIFERENCIACIÓN ES CASI IMPOSIBLE.

ESTE TUMOR ES BENIGNO, DE CRECIMIENTO LENTO Y ASINTOMÁTICO. SE ENCUENTRA ENCAPSULADO Y FÁCILMENTE MOVIBLE.

DESCUBRIMIENTOS SIALOGRÁFICOS NO APARECEN HASTA QUE EL TUMOR ALCANZA UN GRAN TAMAÑO; ENTONCES EL SIALOGRAMA MUESTRA DESPLAZAMIENTO DE SUSTANCIA GLANDULAR, SIMILAR EN TODOS ASPECTOS CON LOS TUMORES MIXTOS.

EL PROBLEMA PRINCIPAL INHERENTE ES UN TUMOR DE ESTE TIPO ES SU EXTIRPACIÓN. UN NEURILENOMA SE ENCUENTRA FIRMEMENTE FIJO A LA ENVOLTURA DEL NERVIOS, SU EXTIRPACIÓN USUALMENTE RESULTA EN DAÑO O RUPTURA DEL NERVIOS AL PUNTO DE LIGAMENTO. YA QUE ESTA LESIÓN ORDINARIAMENTE NO LLEVA A TRANSFORMACIONES MALIGNAS SERÍA MEJOR DEJARLO SÓLO SI EL DIAGNÓSTICO DEL NEURILENOMA ESTUVIERA ESTABLECIDO. SIN EMBARGO EL DAÑO AL NERVIOS OCURRE AL TIEMPO DE LA INVESTIGACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO LLEGA DEMASIADO TARDE. UN REURILENOMA NO RESPONDE A LA RADIACIÓN.

### TUMORES MALIGNOS.

TUMORES MUCOEPIDÉRMICOS, ESTOS TUMORES HAN SIDO SUB-

DIVIDIDOS EN DOS GRUPOS: MALIGNOS Y BENIGNOS. AÚN AHORA, LAS RAZONES PARECEN ADECUADAS PARA CREER QUE ALGUNOS TIENEN UN ALTO GRADO DE ACTIVIDAD BIOLÓGICA MÁS QUE OTROS Y POR LO TANTO SON MÁS MALIGNOS QUE OTROS. SIN EMBARGO LA CLASE EN GENERAL ES MALIGNA Y DEBE SER TRATADA Y CONSIDERADA COMO TAL.

TUMORES MUCOEPIDÉRMICOS PUEDEN CRECER RÁPIDAMENTE O LENTAMENTE. ELLOS RARAMENTE PRODUCEN DOLOR A MENOS QUE OCURRA LA INVASIÓN O LA INFECCIÓN DE LAS ESTRUCTURAS VITALES. ESTOS OCURREN CON MAYOR FRECUENCIA EN LAS GLÁNDULAS PARÓTIDAS PERO - PUEDEN OCURRIR EN CUALQUIER LUGAR DONDE EXISTA LA EXCRESIÓN DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES. CUANDO SE PALPAN SE SIENTE FIRME, DURO Y NO SON FÁCILMENTE MOVIBLES YA QUE LOS TUMORES MUCOEPI- DÉRMICOS ENVUELVEN LOS DUCTOS Y ESTRUCTURAS DE LAS GLÁNDULAS, LOS CAMBIOS PUEDEN SER OBSERVADOS EN EL SIALOGRAMA.

LA EVIDENCIA DE CAVIDADES O HUECOS PUEDE APARECER - CUANDO LA NECROSIS HA OCURRIDO, O HAY ACTIVIDADES GLANDULARES CON NUEVAS FORMACIONES DE DUCTOS O ESTRECHEZ CAUSADA POR EL - DESBORDAMIENTO DE UN DUCTO CON TEJIDO NEOPLÁSICO.

CUALQUIERA DE ESTOS DESCUBRIMIENTOS PUEDEN TAMBIÉN CAUSAR INFLAMACIÓN, POR LO TANTO DEBE TENERSE CUIDADO EN COOR- DINAR LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y SIALOGRÁFICOS ANTES DE ARRIES- GAR A DAR UN DIAGNÓSTICO.

EN EL ANÁLISIS FINAL DE UN EXÁMEN DEL TEJIDO ES EL ÚNICO MÉTODO POR EL CUAL SE PUEDE LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO -- EXACTO. EL TRATAMIENTO DE ESTOS TUMORES ES QUIRÚRGICO. LA RESECCIÓN PUEDE SER MÁS RADICAL QUE EN LOS TUMORES MIXTOS, DE- PENDIENDO DE LA EXTENSIÓN DEL TUMOR. EL MANEJO DEL SÉPTIMO - NERVIO CRANEAL NO DEBE SER CONSIDERADO IMPORTANTE, A PESAR DE ESTO, EL QUIRÚRGICO DEBE TOMAR EN CUENTA LA EXTENSIÓN DEL TU- MOR AL CUAL LA LESIÓN HA INVADIDO EL TEJIDO ADYACENTE. ESTO NO IMPLICA QUE EL NERVIO DEBE SER SACRIFICADO SIEMPRE. SI LA CONSERVACIÓN DEL NERVIO ARRIESGA LA CURACIÓN QUIRÚRGICA, EN--

TONCES EL NERVIO DEBE SER SACRIFICADO.

DISECCIONES RADICALES DEL CUELLO NO SON GENERALMENTE INDICADAS A MENOS DE QUE EXISTA UNA EVIDENCIA DE METASTASIS. - AUNQUE ALGUNAS ESCUELAS PIENSAN QUE LA DISECCIÓN DEL CUELLO EN LA OPERACIÓN ORIGINAL ES LO QUE HAY QUE HACER.

LA RADIACIÓN PUEDE RESULTAR BENÉFICA PARA CONTROLAR LA METASTASIS O EN TERAPIAS PALAIATIVAS, PERO ESTO NO ES LO - MÁXIMO PARA ALCANZAR UNA CURA O PARA SER INDICADO COMO UNA PRO FILAXIS POSTQUIRÚRGICA.

## OTROS TUMORES:

LIPOMAS, NEUROFIBROMAS, FIBROSARCOMAS, MELANOMAS, LINFOCITOMAS, SARCOMA DE CÉLULA DEL RETÍCULO Y ENFERMEDAD DE HOD--QUING. LOS HEMANGIOMAS, LINFOANGIOMAS Y XANTOMAS CUANDO SE PRESENTAN LO HACEN SOBRE TODO EN LA INFANCIA.

LA CLASIFICACIÓN DE NAUCH, DIFERENCIA TRES TIPOS DE TUMORES EN LA REGIÓN DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

- 1) SIALOADENOMA (SIALOMA): TUMOR DEL PARENQUIMA SALIVAL QUE SE ORIGINA EN ACINOS O EN SUS CONDUCTOS.
- 2) SIN SIALODENOMA (SIN SIALOMA): TUMOR QUE SE ORIGINA EN EL INTERIOR DE LA CÁPSULA DE LA GLÁNDULA SALIVAL A PARTIR DE VASOS SANGUÍNEOS O LINFÁTICOS O DE NERVIOS.
- 3) PARASIALODENOMA (PARASIALOMA): NEOPLASIAS DEL TEJIDO CIRCUNDANTE QUE PUEDE SIMULAR UN TUMOR DE LA -- GLÁNDULA SALIVAL.

### A. SIALOADENOMA:

1. ADENOMA MONOMORFO: A) ADENOMA DE CÉLULAS BASALES.  
B) ADENOMA OXIFILO (OCONCITOMA).  
C) CISTADENOMA.  
D) LINFADENOMA SEBÁCEO Y ADENOMA SEBACEO.  
E) ADENOLINFOMA (CISTADENOLINFOMA PAPILAR).
2. ADENOMA PLEOMORFO (TUMOR MIXTO).
3. SIALOCARCINOMA: A) CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE.  
B) ADENOCARCINOMA.  
- CARCINOMA ADENOIDEQUÍSTICO (CILINDROMA).  
- CARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES.

	ADENOMA -- PLEOMORFO MALIGNIZADO.	CARCINOMA - MUCOEPIDER-- MOIDE.	T. DE CÉLULAS ACINOSAS	CA. ADENOIDE QUÍSTICO	CA. DE Ø ESCAMOSAS
DOLOR	FRECUENTE	RARO I Y II FRECUENTE III	RARO	FRECUENTE	FRECUENTE
METÁSTASIS GANGLIONA- RES.	RELATIVOS	RAROS I Y II RELATIVOS III	RARO	RELATIVO	FRECUENTE
METÁSTASIS A DISTANCIA				SI	SI
SUPERVIVEN- CIA A LOS - 5 AÑOS.	50%	I: 95% II: 80% III: 15%	50%	12%	25%

## CAPITULO IV

### CIRUJIA EN REMOCION DE GLANDULAS SALIVALES

EN GENERAL, EL REMOVER LA GLÁNDULA PARÓTIDA NO ESTÁ -- CONSIDERADO PARA ESTAR AL ALCANCE DE UNA CIRUGÍA ORAL. POR VIR- TUD DE TRATAMIENTO ESPECIAL O DEBIDO A CIRCUNSTANCIAS LOCALES, - SIN EMBARGO, PUEDE INCLUIR ESTA OPERACIÓN EN SU REPERTORIO. EN\_ CUALQUIER CASO DEBE TENER ALGÚN CONOCIMIENTO SOBRE LOS PROBLEMAS QUE ESTO INVOLUCRA, PARA QUE PUEDA TOMAR DECISIONES PARA EL TRA- TAMIENTO.

DEBIDO A CIERTOS RIESGOS INHERENTES DE DAÑO PERMANENTE AL SÉPTIMO NERVIU CRANEAL, ESTA OPERACIÓN NO ES EFECTUADA USUAL- MENTE SIN LAS INDICACIONES ENÉRGICAS PERTINENTES. LA PRESENCIA\_ DE UN TUMOR O LA SOSPECHA DE UN TUMOR O UNA ENFERMEDAD INFLAMATO\_ RIA CRÓNICA RESISTENTE A UN TRATAMIENTO DE CONSERVACIÓN ES LA -- PRINCIPAL RAZÓN PARA TAL TAREA. LA MAYORÍA DE LOS CIRUJANOS HA- CEN TODOS LOS INTENTOS PARA CONSERVAR EL SÉPTIMO NERVIU CRANEAL\_ POR MEDIO DE UNA DISECCIÓN CUIDADOSA, O UNA SEPARACIÓN PARCIAL - DE LA GLÁNDULA. UNA LESIÓN MALIGNA, SIN EMBARGO, Y CUANDO SE -- ATACA QUIRÚRGICAMENTE, ESTE DEBE SER EXTIRPADO SIN QUE SURJA UNA POSIBLE DEFORMACIÓN.

LA INCISIÓN VA DE LA UNIÓN SUPERIOR DE LA PINNA INFE-- RIOR O DE ABAJO, VOLTEANDO ANTERIORMENTE EL ÁNGULO DE LA MANDÍBU\_ LA, Y SE PARA EN EL HUESO HIÓIDES. UNA SEGUNDA INCISIÓN, DEBE - SER HECHA POSTERIOR A LA PINNA JUNTO AL PRIMERO EN EL MARGEN IN- FERIOR DE LA PINNA. LA OREJA SE RETRACTA DEL CAMPO DE OPERACIÓN Y LO LISO DE LA PIEL SE DESARROLLA SOBRE EL LADO DE LA MEJILLA - DE LA INCISIÓN.

EL NERVIU FACIAL DEBE ESTAR LOCALIZADO EN MEDIO DE ES- TOS DOS MEDIOS, BUSCANDO LA PORCIÓN PERIFÉRICA DONDE ÉSTE EMERGE DE LA ORILLA ANTERIOR DE LA GLÁNDULA Y ENTONCES ANALIZARLO MINU- CIOSAMENTE HACIA ATRAS O ANALIZANDO DIRECTAMENTE HACIA ABAJO EL\_ ASPECTO POSTERIOR DE LA GLÁNDULA E IDENTIFICANDO EL TRONCO PRIN-

CIPAL ENTRE SU ENTRADA HACIA LA SUBSTANCIA DE LA GLÁNDULA Y EL ESTYLOMASTOIDEO. UN ESTIMULADOR ELÉCTRICO ES DE GRAN AYUDA EN ESTA MANIOBRA. DESPUÉS QUE EL NERVIO HA SIDO IDENTIFICADO, EL CURSO DE LOS TRONCOS ES SEGUIDO, Y EL LÓBULO SUPERFICIAL QUEDA LIBRE DE SU ATADURA. ALGUNAS DE LAS PEQUEÑAS CONEXIONES DE LOS TRONCOS PRINCIPALES PUEDEN SER DESTRUÍDOS EN ESTE PROCESO, CON EL RESULTADO POST-OPERATIVO DE DEBILIDAD FACIAL. LA CONSERVACIÓN DE LAS PRINCIPALES ARTERIAS DEL NERVIO, SIN EMBARGO, ASEGURAN EL REGRESO EVENTUAL DE LAS FUNCIONES COMPLETAS O NORMALES.

DESPUÉS DE QUE EL LÓBULO SUPERFICIAL DE LA GLÁNDULA HA SIDO LIBERADO Y LAS ARTERIAS PRINCIPALES DEL NERVIO FACIAL HAN SIDO IDENTIFICADAS, EL LÓBULO PROFUNDO PUEDE QUEDAR PRÓXIMO O CERCA. ÉSTE LÓBULO CUBRE ALREDEDOR DEL BORDE POSTERIOR DE LA MANDÍBULA, Y LA DISECCIÓN EN ESTE ASPECTO CONFINADO SE FACILITA PARA LA RETRACCIÓN POSTERIOR O SUPERIOR DE LA OREJA. MUCHO CUIDADO DEBE TENERSE PARA LA PROTECCIÓN DE LA ARTERIA CARÓTIDA Y DE LA VENA RETROMANDIBULAR DURANTE ESTA OPERACIÓN. LOS LIGAMENTOS DE ESTOS VASOS DEBEN DE SER PRUDENTES DEBIDO A QUE UNO O AMBOS DE ELLOS PUEDEN QUEDAR CLAVADOS EN LA SUBSTANCIA DE LA GLÁNDULA EN UNA PARTE DE SU CURSO Y DEBIDO A HEMORRAGIA DE LA ARTERIA LARGA MAXILAR DE LA ARTERIA EXTERNA CARÓTIDA, LO CUAL PUEDE DIFICULTAR PARA CONTROLAR, COMO UN RESULTADO DE SU RELATIVA INACCESIBILIDAD.

LA CÁPSULA PAROTÍDEA ES RESISTENTE A TRAVÉS DE SU ADHESIÓN POSTERIOR, PARTICULARMENTE DONDE LA GLÁNDULA ENCUENTRA EL MÚSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO Y EL MEATO ACÚSTICO. DEBE TENER CUIDADO AL SER USADO, MIENTRAS QUE LA PINNA ES RETRACTADA, DE NINGUN MODO CORTAR EL MEATO ACÚSTICO DURANTE LA SEPARACIÓN DE LA GLÁNDULA.

REMOCIÓN DE LA GLANDULA SUBMAXILAR.

OCASIONALMENTE A CAUSA DE ESTADOS INFECCIOSOS CRÓNICOS, Y EL DAÑO PRODUCIDO, ES NECESARIA LA REMOCIÓN DE LA GLÁNDULA.

LA SUBMANDÍBULAR. USUALMENTE ESTA NO ES HECHA HASTA QUE SE AGOTARON TODOS LOS MEDIOS PARA CONSERVARLA.

LA INCISIÓN EXTRAORAL ES PARALELA EN DIRECCIÓN AL MÚSCULO DIGÁSTRICO. PARA DETERMINAR ESTE CURSO, EL CIRUJANO PALPARA LA EMINENCIA MASTOIDES. LA SUPERFICIE LATERAL DEL HUESO HIOIDES Y TUBERCULO GENIAL. UNA LÍNEA CURVA CONECTANDO ESTAS TRES - MARCAS REPRESENTANDO EL CURSO DE LOS VIENTRES ANTERIOR Y POSTERIOR DEL MÚSCULO DIGÁSTRICO.

UNA INCISIÓN DE 2 PULGADAS SE HACE A LO LARGO DE LA LÍNEA CURVA. DIRECTO SOBRE EL POLO INFERIOR DE LA GLÁNDULA Y EL MÚSCULO CUTÁNEO ES SECCIONADO.

LA PRIMERA ESTRUCTURA ENCONTRADA ES LA VENA FACIAL, LA CUAL ES LIGADA Y CORTADA. AL NIVEL DE LA FASCIA PROFUNDA SE ENCUENTRAN LOS RAMOS CERVICALES DEL SÉPTIMO NERVIO CRANEAL EN DONDE SE COMUNICA CON LOS NERVIOS CERVICALES SUPERFICIALES DE EL PLEXO CERVICAL.

ESTOS RAMOS SE PUEDEN RETRACTAR POSTERIORMENTE PASANDO UNA TAPA HERNIARIA ALREDEDOR DE ELLOS, ADEMÁS SI SE LES CORTA NO REPRESENTA UNA PÉRDIDA SERIA, YA QUE SÓLO PROVEEN UNA INVERSIÓN FACIAL AL MÚSCULO PALATINO SÓLO EN UN LADO.

BAJO LA FASCIA ESTÁ SITUADO EL NICHOSUBMANDIBULAR, -- ENERVAR LA DISECCIÓN EN MEDIO DE LA POLEA DEL MÚSCULO DIGÁSTRICO Y LA GLÁNDULA LIBERARÁ LA PORCIÓN MEDIA Y SUPERIOR DE LA GLÁNDULA FIJADA.

SE CONSIDERA ESTRUCTURAS VITALES EN ESTA PUNTA A LA ARTERIA FACIAL, EL NERVIO LINGUAL Y EL DUCTO SUBMANDIBULAR. LA ARTERIA FACIAL CURVA ARRIBA Y SOBRE EL ASPECTO SUPERIOR DE LA GLÁNDULA EMERGE SOBRE EL LADO LATERAL DE LA MANDÍBULA EN EL BORDE ANTERIOR EL MÚSCULO MASATERO. ESTA ARTERIA PUEDE SER USUALMENTE LOCALIZADA POR LA PRESENCIA DE LA PREVASCULAR Y RETROVASCULAR -- DEL NODO LINFÁTICO ESTÁ EN UNO Y OTRO LADO DEL VASO. EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS, ES PRUDENTE IDENTIFICAR Y LIGAR DOBLE LA



ARTERIA FACIAL DEBAJO DE LA GLÁNDULA Y SEPARAR ANTES DE PROCEDER CON LA DISECCIÓN PORQUE LAS CONEXIONES CON LA GLÁNDULA SON USUALMENTE CORTAS Y DÍFICIL PARA AMARRAR Y EL VASO ES FRECUENTE ADENTRO DE LA GLÁNDULA.

LA GLÁNDULA ENTONCES PUEDE SER RETRACTADA POSTERIORMENTE Y SEPARADA DE ESTAS CONEXIONES GANGLIONARES CON EL GANGLIO -- SUBMANDIBULAR. EL NERVIO LINGUAL PUEDE SER IDENTIFICADO EN ESTE PUNTO, PERO EL GANGLIO ES VISTO POCAS VECES EN CIRUGÍA.

COMO LA DISECCIÓN SIGUE INERVADA, EL DUCTO SUBMANDIBULAR PUEDE SER NOTABLE EN EL PISO SUPERIOR Y ANTERIORMENTE SOBRE EL TECHO DEL NIDO SUBMANDIBULAR, DENTRO ES ANTERIOR EN EL MÚSCULO MILOHIOIDEO.

ESTE MÚSCULO DEBE SER RETIRADO PRIMERO, Y DESPUÉS DEBE SER RETRAÍDO EL DUCTO Y COLOCARSE UNA LIGADURA POR ENFRENTA DE LA PATOSIS DUCTAL SI ESTA EXISTIERA.

UNA SEGUNDA LIGADURA SE COLOCA DETRÁS A LA PRIMERA, -- PERO TODAVÍA POR DELANTE DE LA PATOSIS DUCTAL, Y ENTONCES SE SECCIONA EL DUCTO ENTRE LAS DOS LIGADURAS. ESTE PROCEDIMIENTO EVITA QUE SE CUELE LA MATERIA INFECTADA DENTRO DE LA HERIDA, YA SEA DEL DUCTO RESIDUAL O DE LA GLÁNDULA.

ENTONCES YA SE PUEDE QUITAR LA GLÁNDULA, Y ENFOCAR LA ATENCIÓN EN CERRAR LA HERIDA.

EL ESPACIO MUERTO QUE RESULTA DE HABER QUITADO LA GLÁNDULA DEBE SER CERRADO O VACIADO. EL CIERRE SE DEBE EFECTUAR GENERALMENTE APROXIMANDO LAS FASCIAS DE LOS MÚSCULOS DIGÁSTRICOS, ESTILOHIOIDEO HILOGLOSO Y MILOHIOIDEO, CON SUTURAS ABSORBIBLES DE CATGUT, SI ESTO NO SE PUEDE HACER Y QUEDA AÚN UN ESPACIO MUERTO, O SI SE CREE QUE LA CRIPTA SE HA CONTAMINADO O QUE ESTÁ INFECTADA, ENTONCES DEBE COLOCARSE UN DREN PENTRADO EN ESTA ÁREA. (PARA CANALIZARLA).

SE DEBE EMPLEAR UNA SEGUNDA CAPA DE SUTURAS ABSORBIBLES, PARA CERRAR LA FASCIA PROFUNDA Y EL MÚSCULO PALATINO. UNA TERCERA CAPA DE SUTURAS ABSORBIBLES SUBCUTÁNEAS O SUBCUTICULARES, DEBEN USARSE PARA CERRAR LA PIEL, Y ENTONCES LOS BORDES DE LA PIEL DEBEN SER APROXIMADOS CON SUTURAS DE SEDA, INTERRUMPIDAS, TAMAÑO N<sup>o</sup>. 4-0, O MÁS PEQUEÑAS. LA HERIDA DEBE SER CUBIERTA CON UNA COMPRESA DE PRESIÓN. SI SE COLOCA UN DREN, DEBE SOBRESALIR EN EL PUNTO QUE MÁS DEPENDA, EL CUAL CASI SIEMPRE ES EN EL LADO DE ATRAS DE LA HERIDA. EL DREN SE PUEDE QUITAR DESPUÉS DE 24 A 48 HORAS, SI NO SE HA PRESENTADO SUPURACIÓN. DESPUÉS DE 4 DÍAS SE PUEDE QUITAR LA MITAD DE LAS SUTURAS. LA INCISIÓN DEBE SER SOSTENIDA CON MARIPOSAS ADHESIVAS O CON UN FIRME ADHEREZO DE COLODIÓN. LAS SUTURAS QUE QUEDAN DEBEN SER REMOVIDAS EN EL QUINTO O SEXTO DÍA, PERO LA HERIDA DEBE CONTINUAR COMO PUENTE DE SOPORTE AL MENOS POR DOS SEMANAS.

## CAPITULO V

### SIALOGRAFIA

LA SIALOGRAFÍA ES LA EXPLORACIÓN DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES Y SUS CONDUCTOS, POR MEDIO DE LOS RAYOS X, USANDO UN MEDIO DE CONTRASTE, YA QUE LAS GLÁNDULAS SALIVALES NO SON VISIBLES EN LA RADIOGRAFÍA SIMPLE, EN DONDE SOLO SE PUEDEN APRECIAR CALCIFICACIONES QUE CONSTITUYEN LOS CÁLCULOS SALIVALES.

BIEN SABEMOS POR LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS EN PATOLOGÍA MÉDICA Y QUIRÚRGICA QUE LOS PADECIMIENTOS DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES SON RELATIVAMENTE RAROS; PERO ELLO NO QUIERE DECIR QUE SE LES DEBE DESCUIDAR DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA CLÍNICA Y DE LA TERAPÉUTICA DE DIAGNÓSTICO Y EN ESTOS CASOS ES CUANDO TIENE APLICACIÓN LA SIALOGRAFÍA, QUE SOLAMENTE ES UTILIZABLE EN LA PARÓTIDA, EN LA GLÁNDULA SUBMAXILAR Y EN EL CANAL DE WARTHON.

LA GLÁNDULA SUBLINGUAL PRÁCTICAMENTE NO ES ACCESIBLE A LA EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA O SÓLO LO ES EXCEPCIONALMENTE. SI A VECES RESULTA DIFÍCIL INYECTAR EL CONDUCTO DE STENON O EL DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR, CASI ES IMPOSIBLE HACER LO MISMO CON EL CONDUCTO DE RIVINUS Y CON LOS OTROS CONDUCTOS AÚN MÁS PEQUEÑOS DE LA GLÁNDULA SUBLINGUAL.

PARA PODER INTERPRETAR LOS RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN RADIOGRÁFICA ES CONVENIENTE TENER UNA IDEA CLARA DE LO QUE ES LÓCULO PAROTÍDEO Y EL SUBMAXILAR DONDE ESTÁN ALOJADAS LAS GLÁNDULAS ANTES CITADAS.

### TECNICAS DE LA SIALOGRAFIA

DESPUÉS DE DESINFECTAR CONVENIENTEMENTE LA MUCOSA BUCAL CON MERCURO CROMO Y DE HACER LA LIMPIEZA DE LA BOCA POR MEDIO DE UN LAVADO ANTISÉPTICO, SE TOMA LA RADIOGRAFÍA DE LAS PARTES BLANDAS Y EN SEGUIDA SE PROCEDE A INYECTAR EL CANAL, SIENDO

ABSOLUTAMENTE INÚTIL LA ANESTESIA. UNA CANULA O AGUJA GRUESA, - SECCIONADA EN SU EXTREMIDAD, QUE NO TENGA PUNTA, SE INSERTA EN - EL ORIFICIO DEL CANAL QUE A VECES ES DIFÍCIL DE LOCALIZAR, PERO - SE VUELVE FÁCIL AL HACERLO, SI SE LE DÁ AL ENFERMO UN POCO DE LI - MÓN O DE SAL MARINA; INMEDIATAMENTE SALEN UNAS GOTAS DE SALIVA - QUE NOS INDICAN LA SITUACIÓN DEL CANAL.

EN SEGUIDA SE INYECTA LA SUBSTANCIA OPACA PUDIENDO - - USARSE EL LIPIODOL CALENTADO; EL UROSELECTÁN ES IRRITANTE, Y NO - TENEMOS EXPERIENCIA EN SU USO. LO MEJOR ES EL LIPIODOL FLUÍDO - O MÁS AÚN EL ULTRAFLUÍDO, YA QUE MOLESTA POCO ES DE FÁCIL USO Y - MANEJO, ASÍ COMO LA CARACTERÍSTICA DE NO SER PELIGROSO.

SE INYECTA DE UNO A CINCO CENTÍMETROS CÚBICOS DE LÍQUI - DO, INTERRUPIÉNDOSE LA INYECCIÓN CUANDO EL ENFERMO PRESENTE DO - LORES. SE HAN OBTENIDO MAGNÍFICAS RADIOGRAFÍAS CON LA INYECCIÓN DE SOLO 3 A 5 CC. NATURALMENTE SE NECESITA MENOR CANTIDAD PARA - LA GLÁNDULA SUBMAXILAR QUE PARA LA PARÓTIDA. CON ESTA TÉCNICA - SOLO ES POSIBLE VER LA GLÁNDULA DE UN SÓLO LADO, YA QUE PARA HA - CER LA SIALOGRAFÍA COMPARATIVA, ES PRECISO ESPERAR A QUE SE VA - - CÍE Y ENTONCES HACER LA OTRA, LO QUE SE LOGRA DEJANDO TRANSCURRIR CIERTO TIEMPO.

ESTE LAPSO VARÍA ENTRE LAS CUARENTA Y OCHO Y SETENTA Y DOS HORAS Y SOBRE TODO ES LARGA LA EVACUACIÓN CUANDO HAY ALGUNA - AFECCIÓN, YA QUE EN ESTE CASO SE HACE NECESARIO ESPERAR VARIOS - DÍAS.

LA POSICIÓN QUE SE LE DEBE DAR AL ENFERMO PARA LA EX - - PLORACIÓN DE LA PAROTIDA, ES MÁS O MENOS LA DE CRÁNEO O DE CARA; LA OBLICUIDAD QUE SE LE DÉ AL MACISO FACIAL VARIARÁ CON LAS CIR - CUNSTANCIAS DE ORDEN CLÍNICO, PUDIÉNDOSE TOMAR RADIOGRAFÍAS EN - FRONTO-PLACA, EN LATERAL, EN OBLICUA Y DE BASE DE CRÁNEO. PARA - LA GLÁNDULA SUBMAXILAR, SE UTILIZA LA POSICIÓN RADIOGRÁFICA EN - QUE SE TOMA EL MAXILAR INFERIOR, EVITANDO LA SUPERPOSICIÓN DE - - SOMBRAS ÓSEAS DE LA MITAD DEL HUESO CON LA OTRA MITAD. PARA LA - PARÓTIDA SE PUEDE UTILIZAR LA POSICIÓN FRONTO-PLACA.

LAS INDICACIONES DE LA SIALOGRAFÍA SON: EN PRIMER LUGAR, LA DEMOSTRACIÓN DE LOS CÁLCULOS SALIVALES U OTROS CUERPOS EXTRAÑOS; EN SEGUNDO LA DEMOSTRACIÓN DE LAS ESTENOSIS DE LOS CONDUCTOS; TERCERO, LAS FÍSTULAS SALIVALES; CUARTO, LOS DIVERTÍCULOS; QUINTO, LA DE CIERTAS PAROTIDITIS Y SUMAXILITIS Y LA DE LOS TUMORES. LA ÚNICA CONTRAINDICACIÓN DE LA SIALOGRAFÍA, ES LA DE INFECCIÓN AGUDA.

EN LA PAROTIDITIS RECURRENTE, A VECES SE OBSERVA ENSANCHAMIENTO DE LA GLÁNDULA Y DE LOS CONDUCTOS; EN SU TERMINACIÓN APARECE UNA IMAGEN SEMEJANTE A LA DILATACIÓN SECULAR DE LOS BRONQUIOS. LOS CÁLCULOS SALIVALES SON MÁS FRECUENTES EN LA GLÁNDULA Y EN EL CONDUCTO DE LA SUBMAXILAR, MÁS RAROS EN EL STENON Y MUCHO MÁS EN LA SUBLINGUAL; SE LOCALIZAN EN EL CONDUCTO DE LA GLÁNDULA, CON FRECUENCIA SON OPACOS A LOS RAYOS X Y ENTONCES ES FÁCIL SU DEMOSTRACIÓN CON RADIOGRAFÍAS SIMPLES. LA SIALOGRAFÍA DE MUESTRA EN ESTOS CASOS MÁS BIEN LA OBSTRUCCIÓN. LOS CÁLCULOS SON FÁCILES DE OBSERVAR, PORQUE ESTÁN FORMADOS DE FOSFATO Y DE CARBONATO DE CALCIO. RECUÉRDASE QUE EN CLÍNICA DAN LUGAR A INFLAMACIONES DEL ORIFICIO Y DEL CONDUCTO SALIVAL Y A DOLOROS, VERDADEROS "CÓLICOS SALIVALES". POR MEDIO DE LA RADIOGRAFÍA SE PUEDE ENCONTRAR CRECIDA CUANDO EXISTE UN CÁLCULO EN ELLA, A VECES INTERVIENEN LA INFECCIÓN, EL DESEQUILIBRIO ENDÓCRINO, EN ALGUNOS CASOS SE HABLA DE HIPERPARATIROIDISMO EN LA PATOGENIA DE LOS CÁLCULOS.

LOS CÁLCULOS DEL CONDUCTO DE WARTHON SE PUEDEN DIAGNOSTICAR INTRODUCIENDO UNA PEQUEÑA PLACA ENTRE LOS MAXILARES, UTILIZANDO LA TÉCNICA INTRA-ORAL; HAY QUE EVITAR, AL HACER LAS RADIOGRAFÍAS, LA SUPERPOSICIÓN DE SOMBRAS, SIENDO MÁS DIFÍCIL DE RADIOGRAFIAR LOS CÁLCULOS DE LA PARÓTIDA QUE LOS DE LA SUBMAXILAR.

EL PUNTO DE REFERENCIA PARA HACER LA RADIOGRAFÍA ES EL BORDE LIBRE DE LA MANDÍBULA, QUE DEBE COINCIDIR CON EL CENTRO DE LA PLACA; PARA LA GLÁNDULA PARÓTIDA DEBE EVITARSE LA SUPERPOSICIÓN DE SOMBRAS CON LA COLUMNA CERVICAL, HASTA DONDE SEA POSIBLE, COLOCANDO EN HIPEREXTENSIÓN LA CABEZA.

EN LA PAROTIDITIS RECURRENTE SE COMPRUEBA UNA INFECCIÓN PERSISTENTE DEL CONDUCTO; ES MÁS COMÚN EN LA MUJER QUE EN EL HOMBRE, Y LA INFLAMACIÓN SE PROLONGA DURANTE SEMANAS Y MESES. EL DIAGNÓSTICO SE HACE EN COOPERACIÓN CON LA CITOLOGÍA DE LA SALIVA. RADIOLÓGICAMENTE, SE OBSERVA DILATACIÓN DE LOS CONDUCTOS TERMINALES Y DE LOS ACINOS GLÁNDULARES, TORTUOSIDAD DEL CONDUCTO CON DILATACIÓN FUSIFORME DE LOS MISMOS Y OBLITERACIÓN DE LOS CONDUCTOS QUE A VECES NO SE IMPREGNAN Y, POR LO TANTO APARECE REDUCIDO EL NÚMERO DE CONDUCTOS RAMIFICADOS.

EN LOS CASOS DE TUMORES, LA SIALOGRAFÍA PUEDE DEMOSTRAR LAS RELACIONES DEL TUMOR CON LA GLÁNDULA, SI ES EXTRÍNSECO, O SI LA GLÁNDULA PARTICIPA EN LA FORMACIÓN DEL TUMOR. EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TUMORES SALIVALES Y EXTRASALIVALES, PUEDE SER DE UTILIDAD PARA EL TRATAMIENTO. EN LOS CASOS EN QUE EL TEJIDO GLÁNDULAR FORMA PARTE DEL TUMOR, SE OBSERVAN IRREGULARIDADES DE LOS CONDUCTOS ESTANCADOS Y DEFORMACIÓN DE LA GLÁNDULA EN SÍ. NO ASÍ EN EL CASO DE TUMORES EXTRÍNSECOS, EN QUE LA GLÁNDULA APARECE RECHAZADA.

LA SIALOGRAFÍA PUEDE SER ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TUMORES MALIGNOS Y LOS BENIGNOS. ESTE ES UN MÉTODO QUE DEBE CONOCER EL CIRUJANO Y EL CANCERÓLOGO.

LO MISMO PUEDE SER ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS RÁNULAS O TUMORES QUÍSTICOS QUE AUNQUE A VECES SON FÁCILES DE DIAGNOSTICAR POR CLÍNICA, EN OTROS CASOS DAN LUGAR A DUDA. -- LAS HIPERTROFIAS GLÁNDULARES Y LAS FISTULAS SON DEMOSTRABLES POR LA SIALOGRAFÍA.

LAS VARIACIONES EN POSICIÓN, PENETRACIÓN, TIEMPO, DISTANCIA, ETC., SERÁN CONDICIONADAS POR LOS FACTORES; EDAD Y DIFICULTADES ORIGINADAS POR LA MISMA ENFERMEDAD RECORDANDO QUE CADA CASO TIENE RESOLUCIÓN INDIVIDUAL DE CARÁCTER ABSOLUTAMENTE CONCRETO.

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

EL PRINCIPAL PROBLEMA ASOCIADO AL TRATAMIENTO DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES ES LA DECISIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA RESPECTO AL TIPO DE LESIÓN QUE SE TRATARÁ, ASÍ COMO SU LOCALIZACIÓN-ANATÉMICA EN RELACIÓN A LAS DIVERSAS ESTRUCTURAS ASOCIADAS, ÚLTIMAMENTE SE HA VENIDO INCREMENTANDO LA IMPORTANCIA DEL EXÁMEN CITOLÓGICO EN EL DIAGNÓSTICO. LA VALIDEZ DE ESTE ESTUDIO Y DE LA BIOPSIA POR FUNCIÓN DEPENDE AMPLIAMENTE DE LA TÉCNICA CON LA QUE FUERON OBTENIDOS LOS TEJIDOS Y DE LA HABILIDAD DEL CIRUJANO DENTISTA.

SON DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA, UNA HISTORIA CLÍNICA -- COMPLETA, LA ADECUADA EXPLORACIÓN FÍSICA, Y EL ESTUDIO RADIOGRÁFICO. DE TODO ÉSTO, UN CURSO NACIONAL DE TRATAMIENTO O UN DIAGNÓSTICO ÓPTIMO, NECESITA SER DETERMINADO. LOS EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PUEDEN SUMARSE OCASIONALMENTE A LA DECISIÓN FINAL.

LA BIOPSIA FORMAL IMPLICA HERIDA FACIAL, POR LO QUE ESTÁ CONTRAINDICADA EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS, SIN EMBARGO, ES EL ÚNICO MÉTODO SEGURO PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO FIRME, CUANDO UNA CONDICIÓN MALIGNA NO HA PODIDO SER IDENTIFICADA POR OTROS MEDIOS.

## S U M M A R Y

THE PRINCIPAL PROBLEM ASSOCIATED WITH THE TREATMENT OF SALIVARY GLANDS LESIONS IS DECISION OF THE DENTIST REGARDING THE TYPE OF LESION BEING TREATED AND ITS ANATOMICAL LOCATION

IN RELATION TO THE VARIOUS ASSOCIATED STRUCTURES, CYTOLOGICAL EXAMINATION IS BECOMING INCREASSINGLY IMPORTANT IN DIAGNOSIS, THE VALIDITY OF THIS EXAMINATION AND OF THE NEEDLE BIOPSY - DEPENDS LARGELY ON THE ACCURACY OF THE TECHNIQUE BY WHICH THE TISSUES WERE OBTAINED AND ON THE TRAINING OF THE DENTIST.

THE MEANS AVAILABLE ARE PRINCIPALLY, THE HISTORY, THE - PHYSICAL EXPLORATION AND THE RADIOGRAPHIC EXAMINATION, FROM THESE, A NATIONAL COURSE OF TREATMENT OR FURTHER DIAGNOSTIC NEEDS CAN BE DETERMINED. CLINICAL LABORATORY EXAMINATIONS OCCASIONALLY MAY AID IN MAKING THE DECISION.

FORMAL BIOPSY INVOLVE OPENINGS ON THE FACE AND IS - - CONTRAINDICATED IN INFLAMATORY DISEASE; HOWEVER THIS - - - EXAMINATION IS THE ONLY SURE METHOD TO ESTABLISH A FIRM - DIAGNOSIS WHEN A MALIGNANT CONDITION CANNOT BE OTHERWISE - BE ROULED OUT.



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

TRATADO DE ANATOMÍA HUMANA.  
M. FERNANDO QUIRÓZ G.  
TOMO I.  
EDITORIAL PORRÚA, S.A. 1971.

CHISLOM, D.M. AND MASON, D.K.; DISTURBANCE OF SALIVARY GLAND,  
SECRETION: SJOGRE'S SYNDROME. IN ORAL MUCOSA IN HEALTH AND  
DISEASE, OXFORD, BLACKWEL, SCIENTIFICA PUBLICATIONS.

BOYLE P.E.: THE DENTIST'S RESPONSABILITY IN DIAGNOSIS AND  
TREATMENT OF ORAL CANCER. SURG, 12, 771, 1959.

BURCH R.J., Y CROUSE, V.L.: BIOPSY TECHNIQUES. D. CLIN NORTH  
AMERICA, NOV. 769, 1959.

LA LIPIODOGRAFÍA.  
DR. CARLOS COQUI  
1964.

MEDICINA PARA ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA.  
LAWRENCE COHEN.  
1980.

ABAZA, N.A.: EL - KHASHAB, M.M., AND SAHIM M.S.:  
ADENOIS CYSTIC CARCINOMA OF THE PALATE, ORAL SURG.  
22: 429, 1966.

GASURI, G.S.: THE SALIVARY GLANDS IN RADIOLOGICAL  
DIAGNOSIS, BIDLE. RADIO 4°. 1, 1964.