



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FRECUENCIA DE LESIONES ASOCIADAS A GLÁNDULAS
SALIVALES EN UNA POBLACIÓN MEXICANA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

KARINA CÉSAR CARBAJAL

TUTORA: Dra. SANTA PONCE BRAVO

ASESORES: Esp. CAROLINA VEGA RAMÍREZ

Mtro. ISRAEL MORALES SÁNCHEZ

MÉXICO, D.F.

2012



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.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a toda mi familia. En especial a mis padres Sergio César Lemus y Silvia Carbajal Sánchez, porque creyeron en mí y me apoyaron a lo largo de toda mi vida. Porque gracias a ellos hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles.

Para mi esposo Jonathan J. Moreno Cano, por su paciencia, comprensión, empeño, tiempo, esfuerzo y amor que me alentaron para seguir adelante.

A mis hermanas Katia y Sylvia por su apoyo y amistad. A mis abuelitas Juana y Lucia por su apoyo y su asistencia siempre puntual a las consultas.

Muchas gracias a todos.

AGRADECIMIENTOS

Primero y como más importante, me gustaría agradecer sinceramente a mi tutora de Tesis a la Dra. Santa Ponce Bravo, por haber confiado en mí, por la paciencia, las consideraciones, el cariño que siempre me brinda y por la dirección de este trabajo. A la Esp. Carolina Vega Ramírez, por los consejos, el apoyo y el ánimo que me brindó y al Mtro. Israel Morales Sánchez, por su colaboración y aportaciones al trabajo.

También me gustaría agradecer a los destacados revisores de la Tesis: Esp. Lila Areli Domínguez Sandoval, al Dr. Luis Fernando Jacinto Alemán y a la Esp. Dolores Carrasco Ortiz, por los consejos y comentarios aportados en todo el proceso de la elaboración de la Tesis y sus atinadas correcciones.

ÍNDICE

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	1
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE	1
DEDICATORIA	2
1. RESUMEN.....	6
2. INTRODUCCIÓN.....	8
3. MARCO TEÓRICO.....	10
3.1. MUCOCELE.....	16
3.2. RÁNULA.....	20
3.3. ADENOMA PLEOMORFO.....	22
3.4. SIALOLITIASIS.....	25
3.5. SÍNDROME DE SJÖGREN (SS).....	28
3.6. XEROSTOMÍA.....	31
3.7. CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO.....	32
3.8. ADENOCARCINOMA POLIMORFO DE BAJO GRADO.....	35
4. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	37
5. JUSTIFICACIÓN.....	37
6. OBJETIVOS.....	38
6.1. General.....	38
6.2. Específicos.....	38
7. METODOLOGÍA.....	38
8. MATERIAL Y MÉTODO.....	39
9. RESULTADOS.....	43
10. DISCUSIÓN.....	51

11.	CONCLUSIONES.....	54
12.	BIBLIOGRAFÍA.....	55
13.	ANEXOS.....	61

1. RESUMEN

“FRECUENCIA DE LESIONES ASOCIADAS A GLÁNDULAS SALIVALES EN UNA POBLACIÓN MEXICANA.”

Karina César Carbajal¹; Dra. Santa Ponce Bravo²

Introducción:

Se realizó un análisis transversal, analítico y descriptivo para identificar clínicamente lesiones en glándulas salivales que se presentan más frecuentemente en la población que acudió a la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico (CRED) de la División de Estudios de Posgrado e Investigación (DEPEI) de la Facultad de Odontología en la Universidad Nacional Autónoma de México, entre enero del 2006 a junio de 2011. La mayoría de los reportes existentes son extranjeros.

Material y método:

Se revisaron 27,205 expedientes, solo 51 personas presentaron lesiones de glándulas salivales, de las cuales 36 son mujeres y 15 casos son hombres.

Resultados:

El mucocele se presentó en 1er lugar con 15 casos, principalmente en hombres. En 2do lugar el Síndrome Sjögren con 13 casos solo en mujeres. La xerostomía se presentó en 3er lugar con 10 casos mayormente en el sexo femenino. En 4to lugar se encontró el Adenoma pleomorfo con 9 casos principalmente en mujeres. La Sialolitiasis está en 5to lugar con mayor frecuencia en mujeres con 3 casos. Solo se presentó un caso en una mujer de Carcinoma Adenoideo Quístico.

Conclusión:

El sexo femenino presentó en mayor medida Síndrome de Sjögren, Adenoma pleomorfo, Xerostomía y el único caso de Carcinoma adenoideo quístico.

La palpación de glándulas salivales en pacientes que acuden a la consulta diaria es importante para la detección de lesiones de naturaleza benigna y/o maligna, por ello no se debe de pasar por alto la exploración de las mismas.

Palabras clave: Patologías de glándulas salivales, población mexicana, mucocele, ránula, síndrome de sjögren, adenoma pleomorfo, xerostomía, sialolitiasis y carcinoma adenoideo quístico.

¹ Tesista, Alumna Facultad de Odontología.

² Tutora, Profesor de carrera C definitivo TC, Facultad de Odontología.

2. INTRODUCCIÓN.

Las glándulas salivales poseen un papel importante, que es la producción de saliva, la cual participa en la fonación, masticación, gusto y deglución. Las glándulas salivales se catalogan en glándulas salivales mayores, las cuales se presentan de forma bilateral (parótidas, submandibulares y sublinguales), localizadas de forma estratégica para la distribución de la saliva homogéneamente en toda la cavidad. Por su parte las glándulas salivales menores, se encuentran en mayor cantidad, localizadas en toda la cavidad bucal exceptuando la encía insertada. Las glándulas salivales no están exentas de alteraciones, pudiendo ser derivadas de la acción de factores variados como traumatismos, infecciones, alteraciones metabólicas e incluso procesos neoplásicos.

La variedad de signos y síntomas, más la complejidad del diagnóstico histopatológico hacen difícil el diagnóstico a precisar. La mayor frecuencia de lesiones de glándulas salivales, es debido a procesos infecciosos o traumáticos, sin embargo, en algunos casos los pacientes cursan con lesiones sin que sean tratadas, siendo identificadas al momento de la exploración clínica por el odontólogo o en estadios avanzados. En diversos casos con relación a las neoplasias de glándulas salivales, el adenoma pleomorfo se presenta con la mayor incidencia.^{1,2}

Hasta la fecha la mayoría de los reportes son realizados en poblaciones extranjeras, no obstante los reportes de la población mexicana son escasos. Al tratar de comprender como son las tendencias epidemiológicas en base a estudios foráneos, nos obliga a incrementar y analizar detalladamente lo que ocurre en la población mexicana. El grado de morbilidad y capacidad de actuación, junto con las diferencias étnicas de la población mexicana, hacen necesario el conocer las lesiones más frecuentes en las glándulas salivales. Para lo cual, se tomó la totalidad de personas que acudieron a la Clínica de Recepción, Evaluación y

Diagnostico (CRED) de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología (DEPeI-FO) en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), entre enero de 2006 a junio de 2011 y de ellos establecer a aquellas personas que tuvieran alguna alteración o manifestación relacionadas con los glándulas salivales.

3. MARCO TEÓRICO.

Las glándulas se originan a partir de células epiteliales que dejan la superficie en que se desarrollaron, penetran en el tejido conectivo subyacente y elaboran alrededor de ellas una lámina basal. Las unidades secretoras, aunadas a sus conductos, son el parénquima de la glándula, en tanto que el estroma de la glándula representa los elementos del tejido conectivo que invaden y apoyan al parénquima (Fig. 1).

Los epitelios glandulares elaboran sus productos en forma intracelular mediante síntesis de macromoléculas que suelen agrupar y almacenar en vesículas llamadas gránulos secretorios.

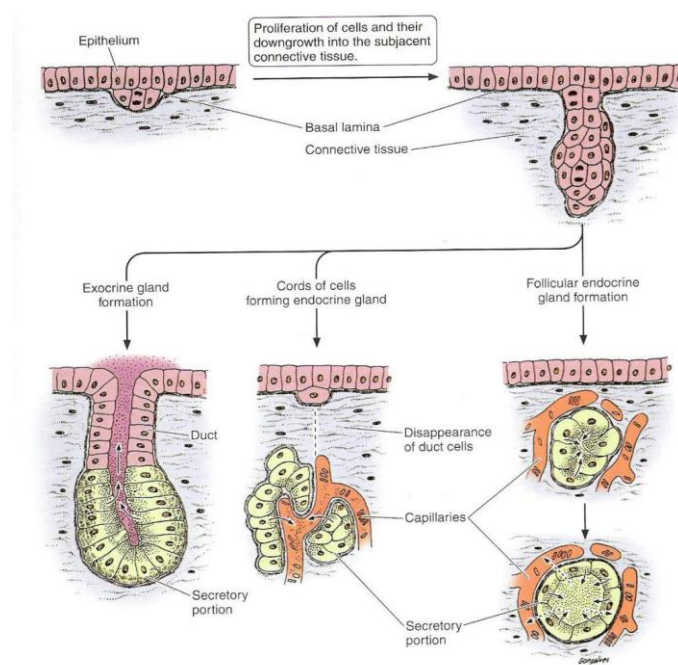


Fig. 1. Esquema de la formación embrionaria de los tipos de glándulas exócrinas y endócrinas (tomado de: Junqueira LC, Carneiro J. Basic Histology text & atlas. 11a ed. Mc Graw-Hill Interamericana; 2005).

Las glándulas se clasifican en 2 grupos principales en base al método de distribución de los productos secretorios:

1. Glándulas exocrinas
2. Glándulas endocrinas

Las glándulas salivales forman parte de las glándulas exocrinas que son las glándulas que secretan sus productos a través de conductos hacia la superficie epitelial externa de la que se originan. A su vez las glándulas exocrinas se clasifican de acuerdo a la naturaleza de secreción, su forma y el número de células.

Las glándulas secretan sustancias que se describen como tipo mucoso, seroso o mixto (Fig. 2). Las glándulas serosas sintetizan proteínas. Las glándulas mucosas secretan mucinógenos, proteínas glucosiladas grandes que, cuando se hidratan, forman un protector grueso y viscoso conocido como mucina.

Las glándulas mixtas contienen acinos que producen secreción mucosa y serosa. Las glándulas salivales son glándulas exocrinas multicelulares que consisten en racimos de células secretorias que funcionan en conjunto como órganos secretorios.

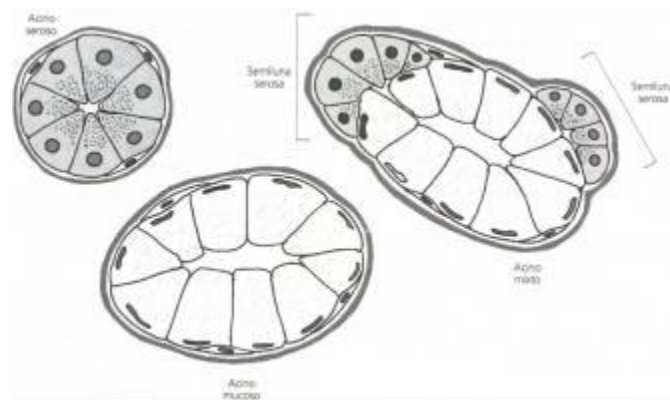


Fig. 2. Esquema de los diferentes tipos de acinos glandulares (tomado de: Gartner LP, Hiatt JL. Texto atlas de histología. 3a ed. Mc Graw-Hill Interamericana; 2008).

Por su disposición estructural, las glándulas multicelulares se clasifican de acuerdo con la organización de sus componentes secretorios y conductos; y por la forma de sus unidades secretorias (Fig. 3).

Las glándulas multicelulares se clasifican como simples y compuestas. Se clasifican adicionalmente según sea la morfología de sus unidades como tubulares, acinares o túbulo-alveolares. Las glándulas multicelulares mas grandes están rodeadas de una cápsula de tejido conectivo colágenos que emite tabiques hacia el interior de la glándula y la subdivide en compartimientos más pequeños conocidos como lóbulos y lobulillos. Los elementos vasculares, nervios y conductos utilizan los tabiques para entrar y salir de la glándula. Además proporcionan apoyo estructural a la glándula.

Los acinos de algunas glándulas exocrinas multicelulares como las glándulas salivales mayores, poseen células mioepiteliales que comparten la lámina basal de las células acinares. Las células acinares aunque son de origen epitelial tienen características del musculo liso, la contractilidad. Su contracción ayuda a exprimir la secreción de sus acinos.³

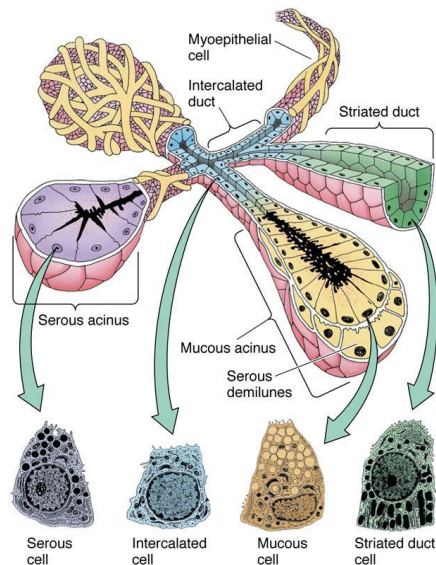


Fig. 3. Esquema de los tipos celulares que constituyen los acinos y los ductos de las glándulas salivales (tomado de: Gartner LP, Hiatt JL. Texto atlas de histología. 3a ed. Mc Graw-Hill Interamericana; 2008).

Las glándulas salivales se clasifican en glándulas mayores y menores. Las glándulas salivales mayores están compuestas por 3 pares de glándulas: parótida, submandibular y sublingual (Fig. 4). Las glándulas salivales menores son muy numerosas se encuentran en promedio entre 700 a 1000 y se distribuyen por toda la cavidad oral exceptuando la encía insertada.⁴



Fig. 4. Esquema de la distribución anatómica de las glándulas salivales mayores (tomado de: <http://www.maxilofacialgarciavega.es/especialidades-grupo.php?id=4>).

La glándula parótida se ubica posterior a la rama de la mandíbula, inferior al conducto auditivo externo y anterior a las apófisis mastoides y estiloides, su conducto excretor se denomina conducto de Stenon o parotídeo y contiene acinos serosos (Fig. 4).

La glándula submandibular se ubica en el triangulo submandibular, desembocan a través del conducto de Wharton o submandibular. Son glándulas mixtas (Fig. 4).

La glándula sublingual se ubica en el tejido conectivo del piso de boca, su conducto excretor se denomina conducto de Bartholin o sublingual. Son glándulas mixtas con predominio mucoso (Fig. 4).

Las glándulas salivales menores están formadas por grupos de acinos y son glándulas mixtas con predominio mucoso.^{5,6}

Las glándulas salivales son estructuras que pueden presentar alteraciones tanto reactivas como neoplásicas, e incluso encontrarse involucradas por enfermedades sistémicas. La última clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS, Tabla 1)⁷ ha identificado nuevas neoplasias que clínicamente pueden ser confundidas entre sí, por tal motivo es necesario conocer las características clínicas de las glándulas salivales en estado sano para poder identificar una lesión y de ser posible determinar el tipo de ésta. También se anexaron las lesiones no neoplásicas que no aparecen incluidas en la clasificación de la OMS.

Tabla 1. Clasificación de las glándulas salivales según la OMS.⁷

Adenomas:

- Adenoma pleomorfo.
- Mioepitelioma (adenoma mioepitelial).
- Adenoma de células basales.
- Tumor de Warthin (Adenolinfoma).
- Oncocitoma.
- Adenoma canalicular.
- Adenoma sebáceo.
- Papiloma ductal.
- Papiloma ductal invertido.
- Papiloma intraductal.
- Sialadenoma papiliforme.
- Cistoadenoma.
- Cistoadenoma papilar.
- Cistoadenoma mucinoso.

Carcinomas:

- Carcinoma de células acinares.
- Carcinoma mucoepidermoide.
- Carcinoma adenoideo quístico.
- Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado (adenocarcinoma de ductos terminales)
- Carcinoma epitelial-mioepitelial.
- Adenocarcinoma de células basales.
- Carcinoma sebáceo.
- Cistoadenocarcinoma papilar.
- Adenocarcinoma mucinoso.
- Carcinoma oncocítico.
- Carcinoma de conductos salivales.
- Adenocarcinoma.
- Mioepitelioma maligno (carcinoma mioepitelial).
- Carcinoma en adenoma pleomórfico (tumor mixto maligno).
- Carcinoma de células escamosas.
- Carcinoma de pequeñas células.
- Carcinoma indiferenciado.
- Otros carcinomas.

Tumores no epiteliales.

Linfomas malignos.

Tumores secundarios.

Tumores no clasificados.

Lesiones no neoplásicas:

- Sialadenosis.
- Oncocitosis.
- Sialometaplasia necrotizante.
- Lesión linfoepitelial benigna.
- Quiste de glándulas salivales.
- Sialadenitis crónica esclerosante de las glándulas submandibulares (tumor de Küttner).
- Hiperplasia de quiste linfoide en pacientes con SIDA.

Además de otras lesiones no neoplásicas no incluidas:

- Mucocele
- Ranula
- Sialolitiasis
- Sialoadenitis
- Síndrome de Sjögren

En este apartado solo se describirán aquellas lesiones que fueron hallazgos clínicos en la CRED de la DEPEI de la FO, UNAM.

3.1. MUCOCELE.

Sinonimia.

Quiste de retención mucosa, mucocele y ránula.

Definición.

Neoformación benigna de tipo quística de las glándulas salivales, que afectan la mucosa oral.

Clasificación.

Los mucoceles desde el punto de vista histopatológico se clasifican en fenómenos de:

- Extravasación.
- Retención.

Características clínicas.

Se caracteriza por mostrarse como lesión nodular, localizada en submucosa, bien circunscrita, asintomática, de color azulado y transparente, generalmente única; fluctuante a la palpación, móvil y de dimensión variable,⁸ de milímetros hasta centímetros de diámetro.

La lesión quística puede estar en la profundidad del tejido o superficialmente, cuando es **superficial** aparece como aumento de volumen de forma vesicular de 1 ó 2 cm de diámetro de coloración azul traslucido. Las lesiones **profundas** se manifiestan como inflamación, pero la coloración es normal debido al espesor del tejido que lo cubre (Fig. 5).



Fig. 5. Caso clínico de un mucocele (fuente directa, cortesía CRED DEPel).

Pronóstico.

El pronóstico del mucocele es exitoso si se realiza la remoción completa de la lesión para evitar recidivas.

Tratamiento.

Muchos autores consideran la cirugía como el tratamiento de elección, la terapia quirúrgica incluye la remoción de la lesión y la glándula salival que lo nutre (Fig. 6).

La literatura también propone la criocirugía, cirugía laser y la micromarsupialización.^{8,9,10} Un tratamiento inapropiado tienen recurrencia, riesgo de complicación como sangrado, daño al nervio como parestesia, daño del conducto o estenosis, sialadenitis obstructiva y fuga de saliva.

Recientemente se han publicado varios tratamientos alternativos. La inyección de OK – 432 es una de ellas, es una preparación de estreptococos que se usa recientemente para tratar ránulas. El OK- 432 es un agente esclerosante, usado para tratar quistes de cáncer.

Los autores también proponen un método nuevo no invasivo, basado en el uso de Nickel Gluconate-Mercurius Heel-Potentised Swine Organ Preparation (PSOP) D10/D30/D200. En ambos casos los resultados son variables.^{8,9}



Fig. 6. Extirpación quirúrgica de un mucocele (Cortesía Mtro. Israel Morales Sánchez).

Diagnostico diferencial.

El diagnostico del mucocele está basado principalmente en el examen clínico y radiográfico.¹¹

El quiste epidermoide regularmente se encuentra en palmas, dedos y plantas de los pies, la localización de la ránula es la clave para su diagnostico diferencial y el lipoma aunque no es frecuente en la cavidad bucal se presenta como una lesión de color amarillo, estas lesiones forman parte del diagnostico diferencial, pero para establecer el diagnostico correcto es importante conocer las características clínicas de cada uno.¹²

POR EXTRAVASACIÓN.

Etiología.

Es causado por trauma, microtrauma por aparatos de ortodoncia o complicaciones de intervenciones quirúrgicas.¹³

Como consecuencia la tensión salival y ruptura de la estructura acinar, puede ser la causa de la extravasación del moco de la glándula al tejido circundante. La saliva extravasada causa reacción granulomatosa desprovista de epitelio pseudoquistico.

La ruptura y salida de saliva, en conjunto con sialolitos o mucosidad, induce a una dilatación progresiva del ducto que se asocia al epitelio quístico.⁸

Epidemiología.

El mucocele afecta a pacientes entre la 2ª y 4ª décadas de la vida.¹⁴

Localización.

Se localizan principalmente en el labio inferior (90%), también se encuentran en piso de boca, mucosa vestibular y casos localizados en lengua, paladar y labio superior.

Características histológicas.

No presenta epitelio de revestimiento, las paredes están conformadas por la proliferación de elementos fibrosos del tejido conjuntivo, no se considera una lesión quística verdadera, sino pseudoquística.

POR RETENCIÓN.

Etiología.

El mecanismo patológico se relaciona con una sub-oclusión de la luz de la glándula por proliferación epitelial.

La oclusión parcial o intermitente del ducto degenera en un aumento continuo y a veces pequeño de la presión interna de la glándula, que lleva a la dilatación de la estructura glandular.

Epidemiología.

El mucocele por retención es el menos frecuente, se detecta en pacientes mayores de 40 años de edad.

Localización.

Se localizan principalmente en mucosa yugal, paladar y piso de boca.

Características histológicas.

Presenta revestimiento epitelial, el fenómeno se presenta en un conducto excretor dilatado por obstrucción parcial de su extremo distal, a diferencia del mucocele por extravasación que carece de revestimiento epitelial.¹³

3.2. RÁNULA.**Sinonimia.**

Mucocele.

Definición.

La ránula es un fenómeno por extravasación que se diferencia del mucocele por su localización y origen. Se denomina ránula por su semejanza con el vientre de una rana. Son unilaterales y ocasionalmente causa una extensión cervical con el músculo milohioideo.

Etiología.

La ránula es causada por trauma, complicaciones de intervenciones quirúrgicas, sialolitos y recientemente se relaciona con el VIH.¹³

Epidemiología.

Su incidencia es del 6 al 15 %.¹¹

Chidzanga reportó la asociación del VIH con la ránula, en un estudio realizado en 38 pacientes infectados que recibían terapia retroviral, reportaron la aparición de ránulas y fueron tratados con toxina botulínica.¹⁵

Características clínicas.

Lesión nodular, unilateral del tejido blando, de consistencia suave, asintomática, de color blanco azulado (cuando se localiza en planos profundos tiene el color de la mucosa), crece a un costado de la línea media y el piso de boca (Fig. 7).

La lesión es de tamaño variable, que puede producir desviación de la lengua y puede extenderse a través del músculo milohioideo que produce inflamación en la región submaxilar.



Fig. 7. Fotografía clínica de una ránula (fuente directa, cortesía CRED DEPel).

Localización.

La ránula se localiza en el piso de boca, se origina en la glándula sublingual.

Características radiográficas.

En los casos que se presenta asociado un sialolito con la ránula, radiográficamente se observa este inmerso en los tejidos blandos.

Características histológicas.

Histológicamente la ránula es idéntica al mucocele pero se asocia a glándulas salivales mayores y su dimensión es mayor.

Pronóstico.

Es bueno si se realiza un tratamiento quirúrgico correcto.

Tratamiento.

El tratamiento común es marsupialización y excisión de la lesión, resultando exitoso en un 90%.

Diagnostico diferencial.

El quiste dermoide se presenta como una masa móvil a la palpación, de características fluctuantes y en ocasiones, de consistencia pastosa. El crecimiento es lento y por lo general indoloro. Cuando se localiza por encima del músculo genihioideo suele elevar la lengua originando dificultades en la fonación, en la deglución e incluso problemas en la respiración.⁸

3.3. ADENOMA PLEOMORFO.

Sinonimia.

Tumor mixto benigno, Adenoma pleomorfo. enclavoma, branquioma, endotelioma y encondroma.

Definición.

Neoplasia benigna de glándulas salivales, de origen epitelial y mioepitelial con un componente mesenquimatoso fibrilar o mixoide.¹⁶

Clasificación.

Recientemente han aparecido subgrupos de adenoma que requieren ser reconocidos, por su futuro potencial de agresión. Esto incluye características de invasión vascular, displasia focal y no invasivo (intracapsular).

Epidemiología.

El adenoma pleomorfo es el tumor más común en las glándulas salivales mayores y menores, representa del 60-80% de los tumores de glándulas salivales mayores y

del 40-70% en glándulas salivales menores. Siendo la parótida el sitio más común (70-85%). Las neoplasias de glándulas salivales representan menos del 3% de los tumores de cabeza y cuello. El adenoma pleomorfo es la neoplasia que se vuelve maligna más comúnmente, representa 1.9 – 23.3% y el carcinoma ex adenoma pleomorfo representa el 12 % de las neoplasias malignas.^{16,17}

Afecta a pacientes entre la 7ª y la 9ª década de la vida, tiene predominio por mujeres.¹⁸

La recurrencia del adenoma es entre el 1 y el 50%, ésta depende del procedimiento quirúrgico, los pacientes tratados con enucleación muestran alto grado de recurrencia.

Características clínicas.

A la exploración se observa aumento de volumen generalmente unilateral y que puede alcanzar grandes dimensiones, de consistencia firme, elástica, bien delimitado, crecimiento lento. Cuando aparece en el paladar se presenta como una masa lateral a la línea media recubierta por mucosa normal (Fig. 8).



Fig. 8. Fotografía clínica y radiográfica de un adenoma pleomorfo en paladar de paciente femenino (fuente directa, cortesía CRED DEPel)

Localización.

Principalmente en glándula parótida y palatina.

Menos frecuente en las glándulas submandibulares y raros en las GSm (excepto paladar).

Características histológicas.

Los elementos epiteliales y mioepiteliales modificados se mezclan con un tejido mucoide, mixoide o condroide (Fig. 9).¹⁶

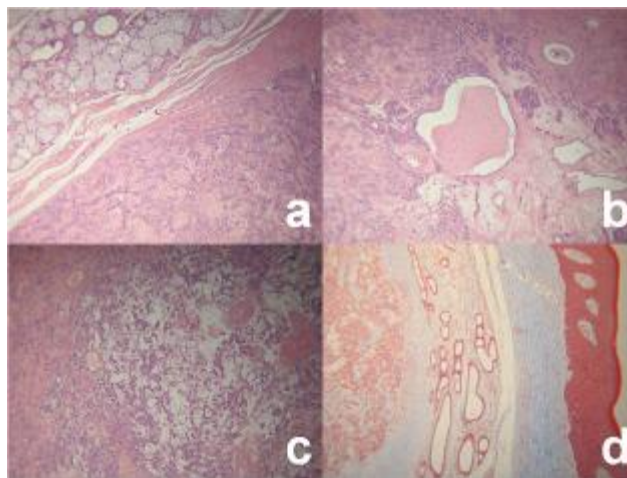


Fig. 9. Fotomicrografías de cortes teñidos con HyE de un adenoma pleomorfo en el que se observa la pseudocápsula y las glándulas accesorias del paladar (a), las células neoplásicas agrupadas en nidos, las estructuras ductiformes (b), el estroma mixoide (c). (d) Con tricrómica de Masson se aprecia el epitelio del paladar y la cápsula infiltrada por células neoplásicas. (Cortesía Mtro. Israel Morales Sánchez).

Pronóstico.

El pronóstico depende del tamaño, grado, extensión de invasión y la presencia de metástasis regional o a distancia.¹⁷

Un diagnóstico temprano es importante para el tratamiento apropiado, y su seguimiento por posible recurrencia.¹⁹

Hay información en la literatura de cómo estas variables histológicas influyen clínicamente en la presentación y resultado del tratamiento primario.¹⁷

Tratamiento.

El tratamiento es quirúrgico incluyendo el tejido circundante. Se realiza una parotidectomía total o superficial con preservación del nervio facial.

Diagnostico diferencial.

Aunque la localización del carcinoma adenoideo quístico es similar a la del adenoma pleomorfo, el carcinoma se caracteriza clínicamente por ser de crecimiento lento, presentarse como un nódulo que se ulcera con invasión perineural, alta recurrencia y dar metástasis a otros órganos y el carcinoma mucoepidermoide de bajo grado que a la palpación es firme dependiendo de la cantidad de quistes presentes, de color similar a la mucosa adyacente o gris amarillento, volumen fluctuante y asintomático.¹⁶

3.4. SIALOLITIASIS

Definición.

La sialolitiasis es una enfermedad común de las glándulas salivales, que consiste en la obstrucción mecánica de una glándula salival o de su conducto excretor, por la formación de sialolitos, provocando la dilatación de la glándula.²⁰

Sialolito: Los sialolitos son condensaciones que obstruyen mecánicamente la glándula salival, todas las teorías concuerdan que los sialolitos son mineralizaciones que inician con una matriz orgánica a la que posteriormente se le va agregando la matriz inorgánica formada por fosfato de calcio en forma de hidroxapatita y carbonato de calcio con pequeñas porciones de magnesio, amonio, potasio, sodio, fierro, silicio, cloro y carbono. Los sialolitos pueden ser ocasionados por infecciones

bacterianas, virales o micóticas, irritación por cuerpos extraños y acumulación de restos epiteliales. Tiene una forma generalmente redonda u ovoide. Puede medir algunos milímetros o más de 2 cm diámetro.^{20,21}

Etiología.

Es causada por la formación de sialolitos, que son calcificaciones que se desarrollan dentro o fuera del conducto salival. El sialolito se forma como resultado de mineralización de los desechos que se acumulan en el lumen del ducto. Los desechos incluyen tapones de mucosa, colonias bacterianas, células exfoliativas del ducto y cuerpos extraños.²⁰

En pacientes con hiperuricemia se han encontrado sialolitos compuestos de ácido urico.²¹

Epidemiología.

La sialolitiasis ocupa el 30 % de las patologías de las glándulas salivales y afecta principalmente a las glándulas submaxilares (83 a 94 %), seguidas por la glándula parótida (4 a 10 %) y las glándulas sublinguales (1 a 7 %).

Los sialolitos afectan a pacientes principalmente entre 30-60 años con preferencia por hombres.

Características clínicas.

Se presenta como un aumento de volumen glandular súbito, doloroso en asociación con la ingestión de alimentos. Si no cede la obstrucción puede llevar a inflamación secundaria (fiebre y/o saliva purulenta). A la palpación bimanual es posible detectar el cálculo (Fig. 10).^{20,21}



Fig. 10. Imagen clínica de un sialolito localizado en el conducto de la glándula submandibular (fuente directa, cortesía CRED DEPel)

La enfermedad está influenciada por el género, edad, dieta, medicación, alcohol, tabaquismo y enfermedades sistémicas como diabetes mellitus, asma, falla renal y cáncer.²²

Localización.

Mayor incidencia en la glándula submaxilar, pero también se ha presentado en la glándula parótida y sublingual.

Características radiográficas.

Radiográficamente es evidente con características de radiopacidad.

Pronóstico.

La sialolitiasis tiene un buen pronóstico con el tratamiento indicado aunque si se presentan recidivas, se recomienda la extirpación quirúrgica de la glándula salival afectada.

Tratamiento.

El tratamiento inicial es la extirpación manual, cuando los sialolitos están en planos más profundos se indica la extirpación quirúrgica.

Diagnostico diferencial.

La linfadenitis se diferencia de la sialolitiasis por su ubicación y la sialoadenitis presenta un aumento glandular brusco y doloroso, eritema de la piel y trismus.²⁰

3.5. SÍNDROME DE SJÖGREN (SS)

Sinonimia.

Exocrinopatología autoinmune o epitelitis autoinmune.²³

Definición.

El Síndrome de Sjögren es una enfermedad relativamente reciente, está relacionada con 3 especialidades médicas: la oftalmología, la odontología y la reumatología. El progreso que se ha hecho ha sido en los últimos 25 años.²⁴

El Síndrome de Sjögren es un desorden autoinmune caracterizado por una inflamación focal de las glándulas exocrinas, ojos secos y boca seca. Están asociados a enfermedades reumáticas, Lupus eritematoso sistémico y esclerodermia.²⁵ 70 % de los pacientes tienen los anticuerpos Anti-Ro y Anti-La.

Etiología.

La etiología del Síndrome de Sjögren es desconocido, aunque se ha relacionado con el virus del Epstein Barr y retrovirus endógenos.

Los autores describen que hay cambios en los electrolitos, se ha notado que el Na y el Cl están elevados y el fosfato esta reducido lo que provoca un fluido bajo. Estos cambios representan daño en el ducto otro efecto del Síndrome de Sjögren en la glándula.

El criterio del American-European Consensus Group (AECG) ahora es el estándar de oro para la clasificación del Síndrome de Sjögren. Este criterio requiere para el diagnóstico varias combinaciones de síntomas como resequeadad, reducción del fluido salival y lagrimal, biopsia de las glándulas y anticuerpos Anti Ro/La.²⁶

Clasificación.

Síndrome de Sjögren primario : resequeadad ocular, resequeadad bucal y no están implicadas a enfermedades autoinmunes.

Síndrome de Sjögren secundario : Se diagnostica en presencia de una enfermedad autoinmune.²⁷

Epidemiología.

Se encuentra principalmente en mujeres en la 5ª década de la vida.

Características clínicas.

Las características clínicas en el Síndrome de Sjögren primario y secundario son similares. En ambas se presentan ojos secos, boca seca (Fig. 11), resequeadad vaginal, tos y glándulas salivales inflamadas.²⁶

El Síndrome de Sjögren secundario a diferencia del primario presenta síntomas sistémicos como fatiga, artralgia, mialgias, fiebre de bajo grado, artritis, lesiones de piel, linfadenopatía, fenómeno de Raynauds, complicaciones hematológicas, involucreción pulmonar, nefritis intersticial, neuropatía periférica y vasculitis.^{28,29}



Fig. 11. Fotografía clínica de paciente femenino con Síndrome de Sjögren en ellas se aprecian la xeroftalmia, en la fotografía de cavidad bucal se puede observar la queilitis angular, la caries rampante y los problemas periodontales como consecuencia de la xerostomía (fuente directa, cortesía CRED DEPel).

Pronóstico.

El pronóstico es malo porque la enfermedad no tiene cura.

Tratamiento.

La terapia de hoy en día solo disminuye los síntomas. Se utilizan paliativos como sustitutos de saliva y lágrimas artificiales que pueden ayudar a disminuir y aliviar los síntomas de sequedad oral y ocular.^{26,30}

Diagnóstico diferencial.

Disfunción de producción de las glándulas, bloqueo de los ductos de la glándula lagrimal en conjunto con una lesión de las células caliciformes productoras de moco, el uso de medicamentos como: antihistamínicos, diuréticos, beta-bloqueadores y anti-colinérgicos y la radioterapia.

El calor, el clima húmedo, el aire acondicionado, el uso de computadoras y el cansancio pueden ocasionar resequeidad ocular.²⁶

3.6. XEROSTOMÍA.

Sinonimia.

Boca seca, asialorrea, hiposalia e hiposalivación.

Definición.

La xerostomía no es una enfermedad sino un síntoma que se define como sequedad de la cavidad oral y se manifiesta clínicamente como la disminución o ausencia de las secreciones salivales. Se presenta en diversas condiciones patológicas.³¹

Se considera xerostomía cuando el flujo salival es menor a 0.2 mL/min después de la estimulación, en muchos casos es menor.³²

Etiología.

La xerostomía se presenta en varias enfermedades sistémicas como la Diabetes mellitus, amiloidosis, tuberculosis crónica, Lupus eritematoso, cirrosis biliar primaria, polimiositis, dermatomiositis, sarcoidosis, anemia hemolítica, linfoma maligno e infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

También puede ser causada por el uso de fármacos (antidepresivos, antihipertensivos, antiinflamatorios, relajantes musculares, antihistamínicos, entre otros), radiación, quimioterapia, enfermedades de las glándulas salivales, Síndrome de Sjögren, ansiedad, depresión, anorexia y estrés.³³

Epidemiología.

La prevalencia de la xerostomía es aproximadamente del 20% en adultos mayores de 60 años sin predilección de sexo. El 40% de los pacientes tratados con quimioterapia y/o radioterapia presentan xerostomía.

Características clínicas.

Los síntomas más frecuentes de la xerostomía comienzan con el cambio de viscosidad de la saliva, la sensación de ardor y dolor en la mucosa, boca reseca, xeroquelia (Fig. 12), sed, intolerancia a ciertos alimentos, tos, caries dental entre otros.



Fig. 12. Fotografías clínicas de las características de la mucosa bucal y lingual en donde se aprecia depapilada, fisurada entre otras características de paciente femenino con S. de Sjögren (fuente directa, cortesía CRED DEPel).

Tratamiento.

El tratamiento de la xerostomía comienza con sustitutos de saliva, sialogogos, medicamentos sistémicos como antimicóticos, corticoesteroides, antiinflamatorios y sobre todo higiene bucal para la prevención de caries e infecciones.³¹

3.7. CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO.

Sinonimia.

Cilindroma, ceruminoma, adenoma bronquial y adenocarcinoma tipo cilindroma.

Definición.

Neoplasia maligna de las glándulas salivales, que se caracteriza por ser altamente infiltrativo, tiene alta recurrencias y persistencia, de crecimiento lento y con desarrollo de metástasis a distancia.³⁴

Epidemiología.

Representa el 10% de las neoplasias de las glándulas salivales.

Se presenta de la 4^a a la 6^a década de la vida con predilección por el sexo femenino.

Características clínicas.

Aumento de volumen de crecimiento lento y progresivo, con tendencia a la invasión y diseminación perineural a través de los nervios mayores y menores y de tejidos adyacentes (Fig. 13).

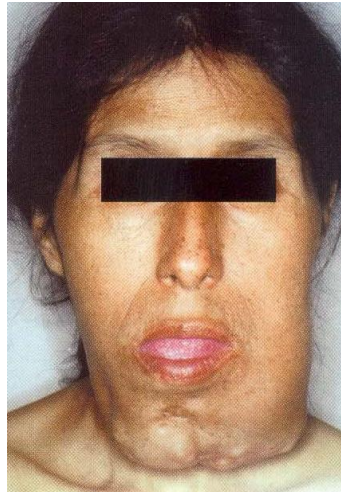


Fig. 13. Fotografía clínica de paciente femenina con carcinoma adenoideo quístico de glándula (tomado de: De la Haza JC, Sánchez JL. Carcinoma adenoideo quístico de glándulas salivales. Reporte de tres casos atendidos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. KIRU. Vol. II Num.1 2005; 52-58).

Localización.

Afecta principalmente a las glándulas salivales mayores y menores.

Su sitio de preferencia según Campagnale et al es el paladar duro.³⁵

Características histológicas.

Histológicamente es un tumor de crecimiento lento, de apariencia relativamente benigna, con alto compromiso perineural y perivascular. En estadios avanzados se fija a estructuras adyacentes.

Histológicamente se describen tres patrones: Cribiforme, tubular y solido (Fig. 14).

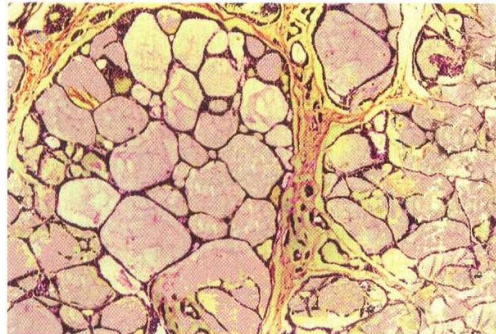


Fig. 14. Imagen histológica de un carcinoma adenoideo quístico con patrón cribiforme (tomada de: De la Haza JC, Sánchez JL. Carcinoma adenoideo quístico de glándulas salivales. Reporte de tres casos atendidos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. KIRU. Vol. II Num.1 2005; 52–58).

Pronóstico.

El pronóstico es malo por su alta recurrencia.

Tratamiento.

El tratamiento es una escisión quirúrgica con márgenes circundantes extensos, también se recomienda el uso de radioterapia y quimioterapia.

Diagnostico diferencial.

Al diagnóstico clínico puede confundirse con el adenoma pleomorfo, que se observa como un aumento de volumen unilateral, puede alcanzar grandes dimensiones y no presenta invasión a tejidos subyacentes.

El adenocarcinoma polimorfo de bajo grado también forma parte del diagnóstico diferencial y se manifiesta como una lesión blanda, uniforme, que tiende a ulcerarse, su crecimiento es lento y agresivo.³⁶

3.8. ADENOCARCINOMA POLIMORFO DE BAJO GRADO.

Sinonimia.

Carcinoma de conducto terminal o lobular, carcinoma lobular polimorfo de bajo grado de malignidad y adenocarcinoma polimorfo.

Definición.

Neoplasia epitelial maligna que se limita a las glándulas salivales menores, especialmente del paladar.

Epidemiología.

Aparece de la 6ª a la 8ª década de la vida con predilección en mujeres.

Representa el 11% de las neoplasias de glándulas salivales y 26% de las neoplasias malignas.

Características clínicas.

Clínicamente se manifiesta como un tumor blando, uniforme, nuclear que en ocasiones puede ulcerarse, su crecimiento es lento y agresivo.

Localización.

Paladar duro o blando, mucosa bucal y labio superior.

Características histológicas.

Se caracteriza por la proliferación de células cúbicas con núcleos que se disponen en estructuras cribiformes, tubulares y en fila. El estroma puede ser hialino o mixoide y tiene crecimiento infiltrativo.

Pronóstico.

Tiene buen pronóstico, con tasas bajas de recurrencia y metástasis a ganglios linfáticos.

Tratamiento.

El tratamiento de elección es la cirugía escisional con radioterapia y quimioterapia posterior.

Diagnostico diferencial.

Carcinoma adenoideo quístico y adenoma pleomorfo.³⁷

4. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.

Debido a lo reportado en la literatura, las lesiones de glándulas salivales son relativamente frecuentes, pero son escasos los reportes realizados en poblaciones mexicanas. Es por eso que es importante identificar el tipo de lesiones relacionadas a las glándulas salivales que se presentan más frecuentemente en la población que acudió a la CRED de la DEPEI de la FO de la UNAM en el periodo comprendido de enero de 2006 a junio de 2011.

5. JUSTIFICACIÓN.

Por lo anterior y debido a que la población que demanda atención odontológica en las instalaciones de la DEPEI de la FO de la UNAM, es referida a los alumnos de la misma, es importante que conozcan e identifiquen cuales patologías de las glándulas salivales son las más frecuentes, dentro de la población mexicana y en particular en la población que asiste a la institución, para su análisis e investigación.

Es importante remarcar que dentro del protocolo de atención a los pacientes que asisten a la CRED de la DEPEI FO de la UNAM, es deber de los patólogos bucales adscritos a la misma, revisar la cavidad bucal de todos los pacientes que acuden por primera vez a ella, con la finalidad de detectar lesiones de cualquier naturaleza, identificando alteraciones en tejidos blandos y duros de la cavidad bucal.

La presencia de patólogos en las instalaciones genera la posibilidad de un diagnóstico clínico acertado y promueve la canalización temprana de los pacientes a los servicios médicos requeridos.

6. OBJETIVOS.

6.1. General.

Determinar lesiones clínicamente sugestivas asociadas a glándulas salivales, la frecuencia en la población que acudió a atención odontológica en la CRED de la DEPeI FO UNAM en el periodo de enero de 2006 a junio de 2011.

6.2. Específicos.

Determinar la frecuencia de lesiones clínicamente asociadas a glándulas salivales.

7. METODOLOGÍA.

Se revisaron los expedientes clínicos-radiográficos de la población que acudió a la CRED de la DEPeI de enero de 2006 a junio de 2011 en demanda de atención odontológica. Se recopiló la información de la ficha de identificación, edad, sexo, condición sistémica, motivo de la consulta, reporte del tipo de lesión asociada a glándula salival, características de la lesión, localización y características radiográficas en caso de existir (anexo 1).

Tamaño de muestra.

Se obtuvo una muestra por conveniencia de 27,205 expedientes de pacientes que demandaron atención odontológica en la CRED de la DEPeI FO UNAM durante el periodo de enero de 2006 a junio de 2011.

Procedimiento.

Se revisó el apartado de lesiones asociadas a glándulas salivales de todos los expedientes clínicos de los pacientes que acudieron al CRED de enero de 2006 a

junio de 2011. Se obtuvieron los datos de la historia clínica que reportaron algún cambio o alteración en glándulas salivales. (Anexo 2)

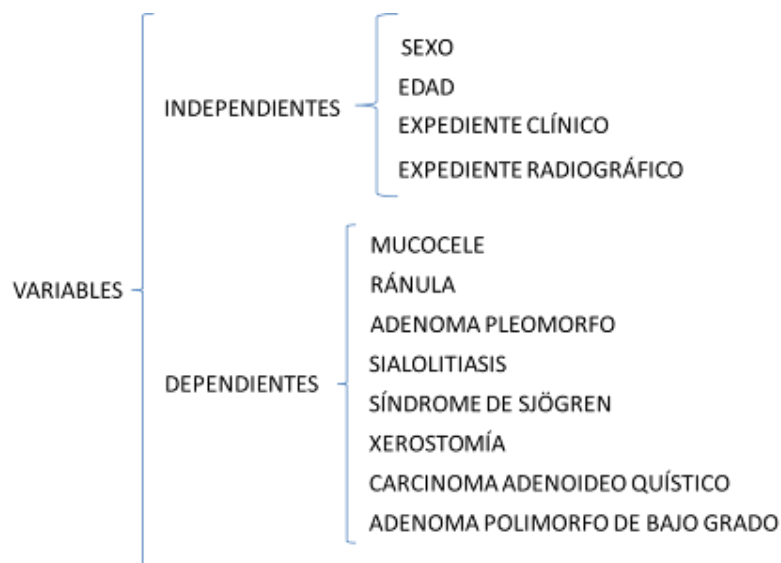
Material:

Expediente clínico-radiográfico de la CRED.

8. MATERIAL Y MÉTODO.

Tipo de investigación. Es un análisis transversal, analítico y descriptivo.

Tabla 2. Variables independientes y dependientes.



Definición de variables independientes*.

***Es importante mencionar que solo se describieron desde el punto de vista clínico aquellas lesiones asociadas a glándulas salivales que fueron reportadas en la historia clínica y que en la literatura son consideradas como las más frecuentes, en apego a lo señalado en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud.**

Tabla 3. Descripción, conceptualización y escala de medición de variables dependientes e independientes.

Variables		Conceptualización	Escala de medición
Independientes			
	Sexo	Esto tiene que ver con la diferencia física constitutiva natural del hombre y de la mujer, y por lo tanto con los componentes biológicos y anatómicos.	Dicotómico
	Edad	Se medirá la edad cronológica del paciente en años cumplidos.	Agrupados en décadas (Anexo 3)
	Expediente clínico	La historia clínica o expediente clínico es un documento médico legal, que surge del contacto entre el médico y el paciente. En ella se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes.	
	Expediente radiográfico	Expediente imagenológico formado por una ortopantomografía (pacientes mayores de 6 años).	
Dependientes			
	Mucocele	Neoformación benigna de tipo quística de las glándulas salivales. Se caracteriza clínicamente como: lesión nodular, localizada en submucosa, bien circunscrita, asintomática, de color azulado y transparente, generalmente única; fluctuante a la palpación, móvil y de dimensión variable.	Ausente / Presente
	Ránula	Fenómeno por extravasación que se diferencia del mucocele por su localización y origen. Son unilaterales y ocasionalmente causa una extensión cervical con el músculo milohioideo. Lesión nodular, unilateral del tejido blando, de consistencia suave, asintomática, de color blanco azulado (cuando se localiza en planos profundos tiene el color de la mucosa), crece a un costado de la línea media y el piso de boca.	Ausente / Presente

	<i>Adenoma pleomorfo</i>	<i>Neoplasia benigna de glándulas salivales. Aumento de volumen unilateral y que puede alcanzar grandes dimensiones, de consistencia firme, elástica, bien delimitado, crecimiento lento.</i>	<i>Ausente / Presente</i>
	<i>Sialolitiasis</i>	<i>Enfermedad común de las glándulas salivales, que consiste en la obstrucción mecánica de una glándula salival o de su conducto excretor, por la formación de sialolitos, provocando la dilatación de la glándula. Se presenta como un aumento de volumen glandular súbito, doloroso en asociación con la ingestión de alimentos.</i>	<i>Ausente / Presente</i>
	<i>Síndrome de Sjögren</i>	<i>Desorden autoinmune caracterizado por una inflamación focal de las glándulas exocrinas. Están asociados a enfermedades reumáticas, Lupus eritematoso sistémico y esclerodermia. Se presenta con ojos secos, boca seca, resequeidad vaginal, tos y glándulas salivales inflamadas.</i>	<i>Ausente / Presente</i>
	<i>Xerostomía.</i>	<i>Síntoma que se define como sequedad de la cavidad oral y se manifiesta clínicamente como la disminución o ausencia de las secreciones salivales. Se presenta en diversas condiciones patológicas.</i>	<i>Ausente / Presente</i>
	<i>Carcinoma adenoideo quístico.</i>	<i>Neoplasia maligna de las glándulas salivales, Aumento de volumen de crecimiento lento y progresivo.</i>	<i>Ausente / Presente</i>
	<i>Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado.</i>	<i>Neoplasia epitelial maligna que se limita a las glándulas salivales menores, especialmente del paladar. Clínicamente se manifiesta como un tumor blando, uniforme, nuclear que en ocasiones puede ulcerarse, su crecimiento es lento y agresivo.</i>	<i>Ausente / Presente</i>

CRITERIOS.

Criterios de inclusión.

Expedientes clínicos de todos los pacientes entre 0 y 90 años de edad que acuden a CRED de enero de 2006 a junio de 2011.

Criterios de exclusión.

Expedientes clínicos incompletos.

Recursos humanos:

Tesista. Karina César Carbajal

Tutora. Dra. Santa Ponce Bravo.

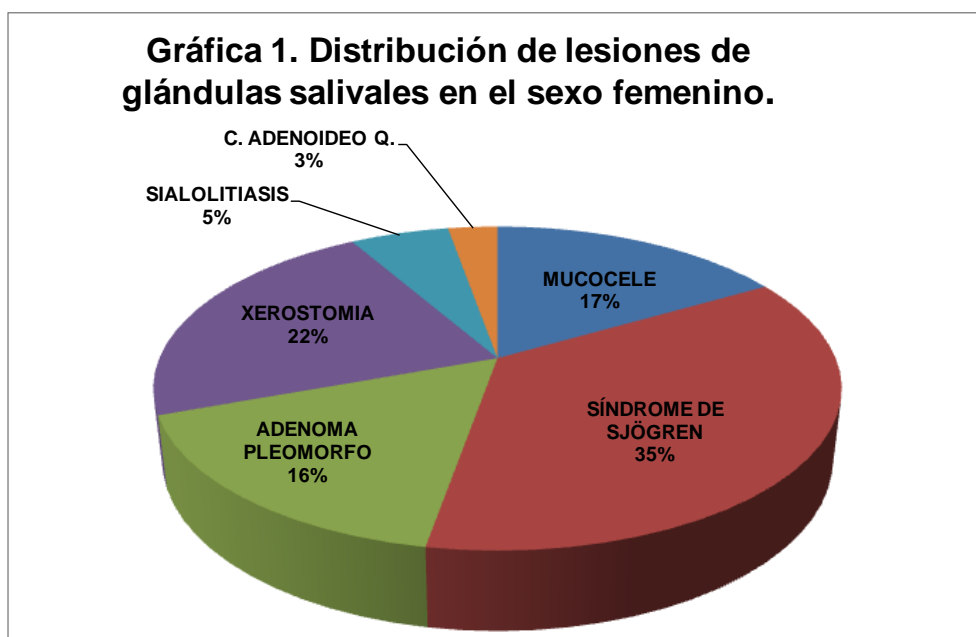
Asesores:

Esp. Carolina Vega Ramírez (Patóloga bucal).

Mtro. Israel Morales Sánchez (Medicina y cirugía bucal).

9. RESULTADOS.

Se realizó la revisión de 27,205 expedientes elaborados en la CRED de la DEPEI de la FO en el periodo de enero de 2006 a junio de 2011. Se encontró que solo 51 personas (0.18%) reportaron lesiones. El total de pacientes encontrados con lesiones de glándulas salivales se distribuyen en: 36 mujeres (70.58%) y 15 casos (29.41%) a hombres. Los casos en el sexo femenino se distribuyeron principalmente entre la 5ª y la 7ª décadas de la vida (**Gráfica 1, Tabla 4**), en tanto que el sexo masculino las lesiones mostraron comportamiento diferente mostrando una mayor prevalencia entre la 2ª y 4ª décadas de la vida (**Gráfica 2, Tabla 5**).

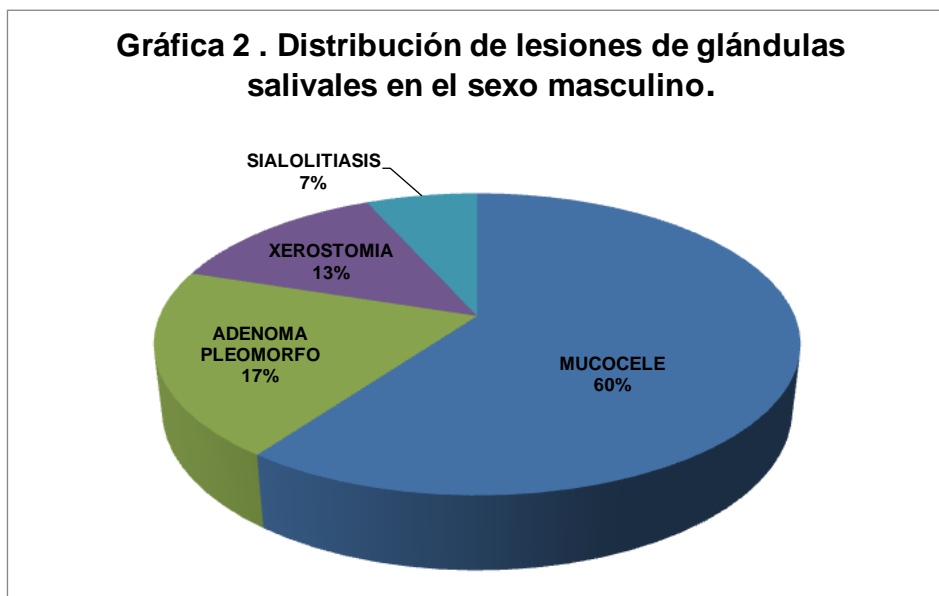


La gráfica muestra la distribución porcentual de lesiones en las glándulas salivales en la población de pacientes femeninos que asistieron a la clínica de la CRED. En 1er lugar está el Síndrome de Sjögren con el 35%, en 2do lugar el mucocèle y el adenoma pleomorfo, en tercer lugar la xerostomía y en menor grado la sialolitiasis. En el sexo femenino se encontró el único caso de carcinoma adenoideo quístico.

Tabla 4. Distribución de lesiones de glándulas salivales en el sexo femenino por décadas de la vida.

LESIONES EN MUJERES	1ª DECADA	2ª DECADA	3ª DECADA	4ª DECADA	5ª DECADA	6ª DECADA	7ª DECADA	8ª DECADA	9ª DECADA	TOTAL
MUCOCELE		3	2			1				6
SÍNDROME DE SJOGREN				1	1	4	4	2	1	13
ADENOMA PLEOMORFO		1			2	3				6
XEROSTOMIA					2	1	5			8
SIALOLITIASIS			1		1					2
CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO		1								1

Gráfica 2 . Distribución de lesiones de glándulas salivales en el sexo masculino.



En la gráfica anterior se muestra la distribución porcentual de lesiones en las glándulas salivales en los pacientes masculinos que acudieron a la clínica de la CRED. En 1er lugar está el mucoccele con el 53%, en 2do lugar el adenoma pleomorfo, en tercer lugar encontramos a la xerostomía. En último lugar está la sialolitiasis, hay que mencionar que en el grupo etario del sexo masculino no se encontró ningún caso de Síndrome de Sjögren y Carcinoma adenoideo quístico.

Tabla 6. Distribución de lesiones de glándulas salivales en el sexo masculino por décadas de la vida.

LESIONES EN HOMBRES	1ª DECADA	2ª DECADA	3ª DECADA	4ª DECADA	5ª DECADA	6ª DECADA	7ª DECADA	8ª DECADA	9ª DECADA	TOTAL
MUCOCELE	2	3	1	2				1		9
SÍNDROME DE SJÖGREN										0
ADENOMA PLEOMORFO			1				2			3
XEROSTOMIA			1				1			2
SIALOLITIASIS		1								1
CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO										0

El mucocele se presentó en 1er lugar y se encontraron 15 casos (29.41%), principalmente en hombres con 9 casos (60%) entre la 1ª a la 4ª década de la vida con un caso aislado en la 8ª. En mujeres se encontraron 6 casos (40%) entre la 2ª y la 3ª con un caso aislado en la 6ª década de la vida (**Tabla 6; Figs. 15, 16**).

Dentro de los fenómenos de retención, se encontraron dos casos de ránula, en un paciente femenino y un masculino, en la 3ª y 5ª década de la vida. (**Fig. 17**)

Tabla 6. Distribución por décadas de la vida del mucocele.

MUCOCELE /RÁNULA	1ª DECADA	2ª DECADA	3ª DECADA	4ª DECADA	5ª DECADA	6ª DECADA	7ª DECADA	8ª DECADA	9ª DECADA	TOTAL MUCOCELE	TOTAL RANULA
MUJER		3	2		1					6	1
HOMBRE	2	3	1	2				1		9	1

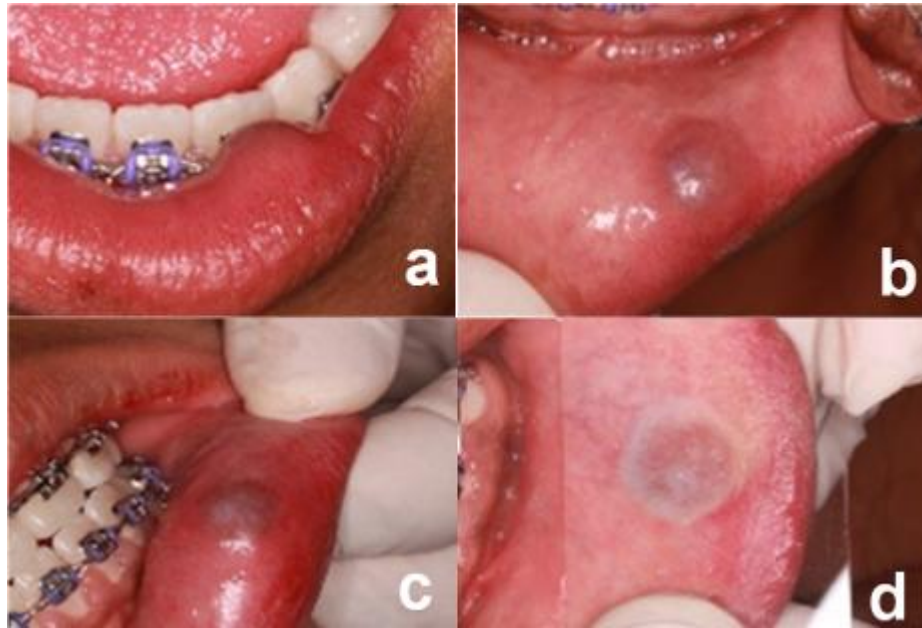


Fig. 15. a – c). Diferentes ángulos del aspecto clínico de un mucocele localizado en el labio inferior del lado izquierdo, se aprecia el color violáceo, de base sésil, consistencia blanda y fluctuante, de aproximadamente 1.5 cm de diámetro mayor. d). Se realiza la prueba de vitropresión para diferenciarlo de una lesión vascular. (Cortesía: Mtro. Israel Morales Sánchez).



Fig. 16. Aspecto clínico de un mucocele localizado en el labio inferior del lado derecho (Cortesía: Mtro. Israel Morales Sánchez).

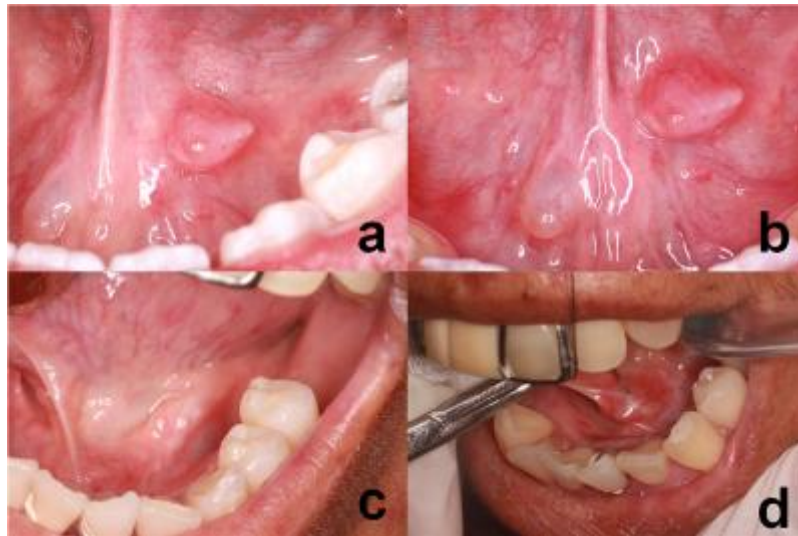


Fig. 17. A - D). Aspecto clínico de una ránula localizada en piso de boca lado izquierdo, se aprecia el aumento de volumen y la base sésil, cubierto por mucosa del mismo color de la adyacente. (Cortesía: Mtro. Israel Morales Sánchez).

El Síndrome Sjögren se presentó en 2do lugar con 13 casos (25.49%) y se presentó solo en mujeres de la 4^a a la 9^a década de la vida (Tabla 7; Fig. 18).

Tabla 7. Distribución de número de casos de síndrome de Sjögren en el sexo femenino por décadas de la vida.

SÍNDROME DE SJÖGREN	1 ^a DECADA	2 ^a DECADA	3 ^a DECADA	4 ^a DECADA	5 ^a DECADA	6 ^a DECADA	7 ^a DECADA	8 ^a DECADA	9 ^a DECADA	TOTAL
MUJERES				1	1	4	4	2	1	13



Fig. 18. Paciente femenino de 62 años de edad con diagnóstico clínico e histopatológico de Síndrome de Sjögren, a la exploración clínica se observó: a) queratoconjuntivitis sintomática en ambos ojos, b) hiposalia evidente en mucosa lingual, así como queilitis comisural bilateral, c) la lengua está fisurada, depapilada, eritematosa compatible con candidiasis eritematosa crónica (diagnóstico verificado mediante KOH), d) la hiposalia provoca el desarrollo de lesiones cariosas atípicas en zona cervical, se aprecia el material de obturación del tratamiento endodóntico. Imágenes cortesía de Mtro. Israel Morales Sánchez.

La xerostomía se presentó en 3er lugar con 19.60% (10 casos), mostrando predilección por el sexo femenino en un 80% (8 casos) entre la 5ª y la 7ª década de la vida y en hombres en un 20% con casos aislados en la 3ª y 7ª década de la vida. (Tabla 8)

Tabla 8. Distribución por género y grupo etario en relación a la xerostomía.

XEROSTOMÍA	1ª DECADA	2ª DECADA	3ª DECADA	4ª DECADA	5ª DECADA	6ª DECADA	7ª DECADA	8ª DECADA	9ª DECADA	TOTAL
MUJERES					2	1	5			8
HOMBRES			1				1			2

El Adenoma pleomorfo se encontró en 4to lugar con 9 casos (17.64%) con marcada predilección a mujeres con 6 casos (67%) en la 5ª a la 6ª y un caso aislado en la 2ª década de la vida. En hombres se presentó solo 3 casos (33.33%) en la 3ª y 7ª década de la vida. (Tabla 9 y Fig. 19).

Tabla 9. Distribución por género y grupo etario en los casos del Adenoma pleomorfo.

ADENOMA PLEOMORFO	1ª DECADA	2ª DECADA	3ª DECADA	4ª DECADA	5ª DECADA	6ª DECADA	7ª DECADA	8ª DECADA	9ª DECADA	TOTAL
MUJER		1			2	3				6
HOMBRE			1				2			3

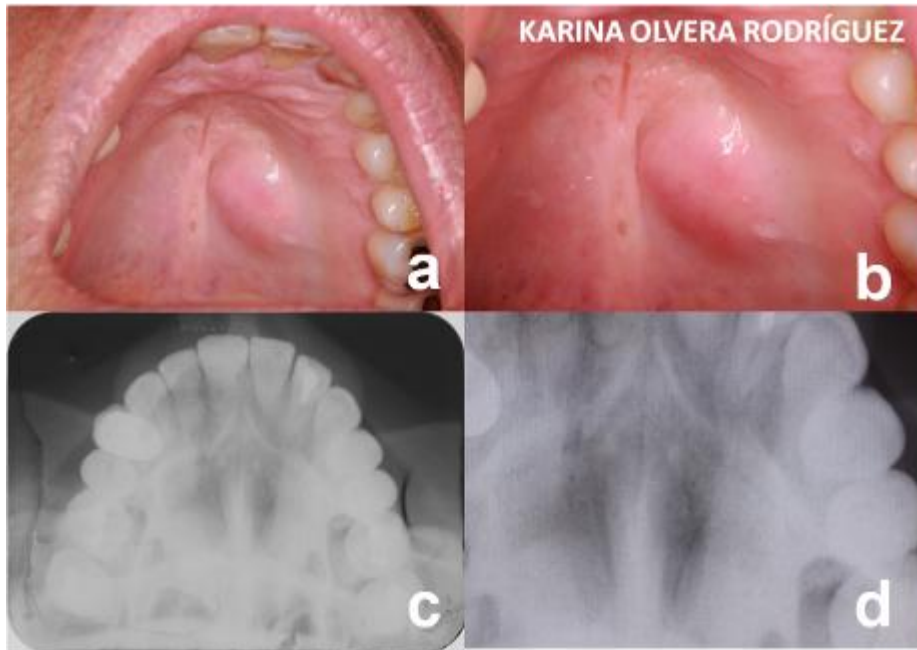


Fig. 19. a-b) Lesión nodular, de base sésil, superficie lisa, color igual al de la mucosa adyacente, localizado en el paladar duro en el lado izquierdo, de 3.5 cm de diámetro mayor; c) Radiografía oclusal donde se puede observar integridad de la densidad ósea; d) Detalle de imagen anterior. Imágenes cortesía del Mtro. Israel Morales Sánchez.

La Sialolitiasis esta en 5to lugar con predilección en mujeres con 2 casos (66.66%) en la 3ª y 5ª década de la vida y en hombres solo un caso (33.33%) en la 2ª década de la vida (Fig. 20).



Fig. 20. Lesión localizada en el piso de boca del lado derecho, de base sésil, color igual a la mucosa adyacente, de un tamaño aproximado de 1.5 cm de diámetro mayor en relación a la desembocadura del conducto salival. Imagen cortesía de la Dra. Santa Ponce Bravo.

El Carcinoma Adenoideo Quístico se presentó en último lugar, solo un caso de una mujer en la 3ª década de la vida (se corroboró el diagnóstico en comunicación verbal directa con el Dr. Quezada, jefe de diagnóstico histopatológico).

10. DISCUSIÓN.

Las lesiones de las glándulas salivales de tipo reactivo de etiología traumática son frecuentemente observadas, esto es debido a que en la mayoría de los casos son los mismos pacientes quienes descubren la presencia de alguna lesión en la mucosa labial, en el paladar o en el piso de la boca debido a su localización superficial, siendo el labio el más afectado. Esto se respalda por un estudio clínico de 30 casos, en el que Sajeevan y colaboradores concluyen que la lesión más frecuente fue el mucocele con 60%,² lo que concordó con lo reportado por González y cols.³⁸ en un estudio de 461 lesiones; quien coincidió en que la lesión más frecuente fue el mucocele con 74% de los casos,³⁸ siendo más frecuente en hombres^{39,40} en la 2ª década de la vida^{41,42} y con menor frecuencia en las mujeres,^{38,43} y a su vez esto coincide con los resultados obtenidos en este trabajo, en el que 29.4% del total de los casos de lesiones de glándulas salivales correspondió a mucocele presentándose en el 60% de los varones.

González y cols, reportaron a la sialadenitis crónica en segundo lugar con 11.7% afectando en mayor proporción a las mujeres entre la 4a y 6a década de vida,^{2,4,38} sin que se encontrara en los casos de la CRED.

El tercer lugar en el estudio de González y cols. lo ocupó el síndrome de Sjögren con el 8.9% presentándose en mayor medida en mujeres entre la 6a y 7a década de la vida,^{38,43} en tanto que en el presente estudio, este síndrome ocupó el 2do lugar con 25.9% en los grupos etarios de la 4ª a la 9ª década de la vida, coincidiendo en el sexo femenino.

Es imprescindible mencionar que los tumores de glándulas salivales son poco frecuentes, la literatura lo documenta, y en este estudio se corrobora, pero no por ello son menos importantes ni mucho menos se debe de pasar por alto la

exploración de los tejidos glandulares. Los reportes científicos, mencionan que los tumores de glándulas salivales representan del 0.5 al 1% de todas las neoplasias en general y el 3% de todas las neoplasias que involucran cabeza y cuello, siendo los adultos los más susceptibles a desarrollarlas; mientras que en la infancia se presentan en el 8%,^{38,44} en parte concuerda con los hallazgos de la CRED, en el que se reporta que el 0.18% de todos los casos encontrados en los expedientes clínicos de la CRED corresponden a lesiones de glándulas salivales. Pese a que las neoplasias benignas o malignas de las glándulas salivales son poco frecuentes, tienen un lugar importante dentro del diagnóstico clínico presuntivo y diferencial.

Dentro de las neoplasias benignas de las glándulas salivales, el más frecuente es el adenoma pleomorfo,^{1,2,42,44} mostrando mayor frecuencia en el sexo femenino,⁴⁵ ésta neoplasia se detecta alrededor de la 4a década de la vida.^{45,46} En la CRED se encontraron adenomas pleomorfos entre la 2ª y 7ª década de la vida en el sexo femenino principalmente. Mientras que la neoplasia maligna más frecuente es el carcinoma mucoepidermoide^{1,2,43,44} mostrando mayor predilección por el sexo femenino,^{4,44} en la vida adulta entre la 3a y la 7a década de vida,^{4,46} en el caso de este estudio se encontró un Carcinoma adenoideo quístico diagnosticado histopatológicamente por el Instituto Nacional de Cancerología (InCan), contra un adenocarcinoma polimorfo de bajo grado.

Como se ha visto en el desarrollo de este documento, es posible que las lesiones de glándulas salivales no sean muy frecuentes, pero es importante señalar que al encontrar alguna alteración en estos tejidos se puede afectar el buen funcionamiento de la secreción salival o en el caso de las neoplasias malignas dar metástasis a distancia o por continuidad. Otro punto importante de señalar es la identificación de los pacientes con Síndrome de Sjögren, esta enfermedad tiene repercusiones no solo en cavidad bucal, sino también a nivel sistémico y pueden involucrar otros órganos como el Hígado.

Finalmente, es deber del profesional de la salud realizar un diagnóstico presuntivo basado en las características clínicas y radiográficas de cualquier tipo de lesión, que aunque no sea un diagnóstico basado en pruebas histopatológicas si es una herramienta para el diagnóstico y tratamiento temprano. Muchos autores puntualizan que el diagnóstico es meramente clínico y si se presentara alguna duda se debería realizar el estudio histopatológico, cabe mencionar que al realizar la extirpación de la lesión es necesario realizar posteriormente el estudio histopatológico y el seguimiento del paciente como técnica de rutina.

11. CONCLUSIONES.

- Las patologías de glándulas salivales son poco frecuentes en la población mexicana, solo se presentó 0.18% del total de la muestra.
- El sexo femenino presento mayor número de casos de Síndrome de Sjögren, Adenoma pleomorfo, Xerostomía y la única neoplasia maligna encontrada en el estudio el Carcinoma adenoideo quístico.
- La mayoría de las lesiones de glándulas salivales como el mucocele son ocasionadas por traumatismos.
- El Síndrome de Sjögren ocupa el segundo lugar de afectación de glándulas salivales en la población de estudio.
- Las neoplasias benignas son los más frecuentes y su tratamiento es variable dependiendo su localización.
- Es obligado realizar dentro de la revisión rutinaria de los tejidos de la cavidad bucal la palpación de glándulas salivales en todos los pacientes que acuden a la consulta, lo que es primordial para la detección de lesiones de naturaleza benigna y/o maligna.

12. BIBLIOGRAFÍA.

1. Pérez EA, Gonzales ND. Patología quirúrgica de glándulas salivales. Reporte de 79 casos. Rev. Cubana estomatol. 1999: 37; 212-216.
2. Sajeevan TP, Elizabeth J, Saraswathi TR, Ranganathan K. Analysis of salivary gland lesions- an institucional experience. Journal of oral maxillofacial pathology. 2003: Vol. 7; 21-24.
3. Gartner LP, Hiatt JL. Texto atlas de histología. 3a ed. Mc Graw-Hill Interamericana; 2008.
4. Eversole RL, Sapp. Oral pathology and maxillofacial contemporaneous. 2da ed. Madrid: Elsevier; 2005.
5. Junqueira LC, Carneiro J. Basic Histology text & atlas. 11a ed. Mc Graw-Hill Interamericana; 2005.
6. <http://www.maxilofacialgarciavega.es/especialidades-grupo.php?id=4>.
7. Seifert G and Leslie H. Sobin LH. The World Health Organization's Histological Classification of Salivary Gland Tumors A Commentary on the Second Edition. CANCER Julio 25. 1992: Vol. 70; 379-385.
8. Zeballos R, Numbelad D. Mucocelos: del diagnostico al tratamiento. Revista Boliviana de Dermatologia. 2002: N° 1 • VOL 1: 53-54.

9. McGurk M, Eyeson J, Thomas B, Harrison JD. Conservative treatment of oral ranula by excision with minimal excision of the sublingual gland: Histological support for a traumatic etiology. *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons J Oral Maxillofac Surg.* 2008; 66:2050-2057.
10. Ohta N, Fukase S, Suzuki Y, Aoyagi M. Treatment of salivary mucocele of the lower lip by OK-432. *Auris Nasus Larynx.* 2011; 38: 240–243.
11. Anastassov G, Haiavy J, Solodnik P, Lee H, Lumerman H. Submandibular gland mucocele. Diagnosis and management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000; 89:159-63.
12. Wang W, Lin L, Shen Y, Lin Y, Chen YK. Concurrent extravasation mucocele and epidermoid cyst of the lower lip: a case report. *Kaohsiung J Med Sci.* 2005;21: 475–9.
13. Garofalo S, Briganti V, Cavallaro S, Pepe E, Prete M, Suteu L, Tavormina P. Nickel Gluconate—Mercurius Heel—Potentised Swine Organ Preparations: a new therapeutical approach for the primary treatment of pediatric ranula and intraoral mucocele. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.* 2007; 71, 247—255.
14. Andıran N, Sarıkayalar F, Ünal OF, Baydar DE, Özeydın E. Mucocele of the anterior lingual salivary glands: from extravasation to an alarming mass with a benign course. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.* 2001; 61: 143–147.

15. Syebele K. Regression of both oral mucocele and parotid swellings, following antiretroviral therapy. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2010; 74: 89–92.
16. Kakimoto N, Gamoh S, Tamaki J, Kishino M, Murakami S, Furukawa S. CT and MR images of pleomorphic adenoma in major and minor salivary glands. *European Journal of Radiology*. 2009; 69: 464–472.
17. Ethunandan M, Witton R, Hoffman G, Spedding A, Brennan PA. Atypical features in pleomorphic adenoma a clinicopathologic study and implications for management. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg*. 2006; 35: 608–612.
18. Felix A, Rosa-Santos J, Mendonca ME, Torrinha F, Soares J. Intracapsular carcinoma ex pleomorphic adenoma. Report of a case with unusual metastatic behaviour. *Oral Oncology*. 2002; 38: 107–110.
19. de Courten A, Lombard T, Samson J.: Pleomorphic adenoma of the palate in a child: 9-year follow-up. *J. Oral Maxillofac. Surg*. 1996; 25: 293-295.
20. Lee LT, Wong YKD. Pathogenesis and Diverse Histologic Findings of Sialolithiasis in Minor Salivary Glands. *J. Oral Maxillofac Surg* 2010; 68:465-470.
21. Austin T, Davis J, Chan T. Sialolithiasis of submandibular gland. *The Journal of Emergency Medicine*. 2004; Vol. 26, No. 2: 221–223.
22. Su Y, Zhang K, Ke Z, Zheng G, Chu M, Liao G. Increased calcium and decreased magnesium and citrate concentrations of submandibular/sublingual saliva in sialolithiasis. *archives of oral biology*. 2010; 55: 15 – 20.

23. Venables PJ. Management of patients presenting with Sjogren's síndrome. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2006; Vol. 20, No. 4: 791- 807.
24. Venables PJ. Sjögren's síndrome. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2004; Vol. 18, No. 3: 313–329.
25. Borg EJ, Risselada AP, Kelder JC. Relation of Systemic Autoantibodies to the Number of Extraglandular Manifestations in Primary Sjögren's Syndrome: A Retrospective Analysis of 65 Patients in the Netherlands. *Semin Arthritis Rheum*. 2011;40:547-551.
26. Bowman SJ. Sjögren's síndrome. *Medicine*. Ed. Elsevier. 2009;38: 2: 105 – 108.
27. García M, Fuentes S, Escárcega R, Salgado G, Riebeling C, Cervera R. Pathophysiology of Sjögren's Syndrome. *Archives of Medical Research*. 2006; 37: 921-932.
28. Thanou-Stavraki A, James JA. Primary Sjogren's Syndrome: Current and Prospective Therapies. *Semin Arthritis Rheum*. 37:273-292.
29. Jonsson R, Vogelsang P, Volchenkov R, Espinosa A, Wahren-Herlenius M, Appel S. The complexity of Sjögren's syndrome: Novel aspects on pathogenesis. *Immunology Letters*. 2011; 5128: 1– 9.
30. Wang Y, Virji AS, Howard P, Sayani Y, Zhang J, Achu P, McArthur C. Detection of cleaved a-fodrin autoantigen in Sjögren's syndrome: Apoptosis and co-localisation of cleaved a-fodrin with activated caspase-3 and cleaved poly(ADP-ribose) polymerase (PARP) in labial salivary glands. *Archives of Oral Biology*. 2006; 51: 558—566.

31. Duarte JJ. Aspectos clínicos y tratamiento de la xerostomía. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello. 2005;33:1:14-20.
32. Gallardo JM. Xerostomía: etiología, diagnóstico y tratamiento. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008; 46 (1): 109-116.
33. Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomia: Etiology, recognition and treatment. 2003; 134: 61-69.
34. Rubiano J, Pérez MV. Carcinoma adenoide quístico de glándulas salivales. Colombia Médica. 1994; 25:48-53.
35. Ávila ER, Samar ME, Corball GA, Fonseca BI, Ferraris VR. Carcinoma adenoide quístico extrasalival. Presentación de un caso. Rev Esp Patol. 2010; 43:2:126-8.
36. Sequeiros SG, Tapia R, Pendás L, Nieto C. Factores pronósticos en el carcinoma adenoide quístico de glándulas salivares. Acta Otorrinolaringol Esp. 2005; 56: 361-367.
37. Pintor MF, Figueroa L, Martínez B. Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado de malignidad: revisión y reporte de un caso. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal. 2008; ISSN 1698-4447.13:1:13-16.
38. González GMB, Torres TMA, Martínez MG. Agrandamiento no neoplásico de glándulas salivales. Análisis clínico-histológico. Rev. Med. IMSS. 2005: 43; 189-197.

39. Chaudhry AD, Reynolds DH, Lachapelle CF, Vickers RA. A Clinical and Experimental Study of Mucocele (Retention Cyst). *J Dent. Res.* 1960; 39; 1253-1261.
40. Rashid AK, Anwar N, Azizah AM, Narayan KA. Cases of mucocele treated in the Dental Department of Penang Hospital. *Archives of orofacial sciences.* 2008; 3; 7-10.
41. Oliveira DT, Consolaro A, Freitas FJG. Histopathological spectrum of 112 cases of mucocele. *Braz. Dent. J.* 1993; 4; 29-36.
42. Tatsuya Y, Nirou T, Minoru S, Mashahiro F. Clinicostatical study of lower lip mucoceles. *Head & Neck.* 1990; Vol. 12; 316-320.
43. Batsakis JG. Tumors of major salivary glands, in tumors of the Head & Neck. 2nd edition. Baltimor: Williams ad. Wilkins; 1979.
44. Rodríguez SC, Guerrero JA. Tumores de glándulas salivales de cavidad oral. *Rev del INC.* 1985; Vol. 31; 1-2.
45. Corona AMM, Vázquez MAR. Adenoma pleomorfo en glándulas salivales menores. Caso clínico. *Arch. Inv. Mat. Inf.* 2010; 11; 30-33.
46. Thoma KH, Gorlin RJ, Golman H. *Patología oral.* 3rd ed. St. Louis: Salvat editores; 1960.

13. ANEXOS

Anexo 1

Fecha de ingreso: ____ / ____ / ____

No. de expediente: _____ - _____

Edad: _____ años

Género: M F

Asa: I II III

Motivo de consulta: _____

Diagnóstico Clínico (relacionado con glándulas): _____

Localización: _____ Tamaño: _____ cm (diámetro mayor)

↑ de volumen: Cambio de color: Coloración: _____ Ulceración:

Traumatismo previo: Tiempo de evolución: años meses Dolor:

Consistencia: _____ Movilidad: Bordes: _____

Lesión: Única: Múltiple: Unilateral: Bilateral:

Presenta radiografía: Manifestación radiográfica:

Lesión: Única: Múltiple: Unilateral: Bilateral:

Radiolúcida: Radioopaca: Mixta:

Enfermedad sistémica: cual: _____

Canalización: PB: CMF: Otra: cual: _____

Aquellos casos que cuenten con el diagnóstico histopatológico serán incluidos (esto es debido a que no todos los pacientes dan su consentimiento para la toma de biopsia).

Anexo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CLÍNICA DE RECEPCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO (CREDP)
DEPeI

ANEXO HISTORIA CLÍNICA

1. NÚMERO DE EXPEDIENTE: _____
2. PADECIMIENTO BUCAL ACTUAL: _____
3. DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN: _____
4. TIEMPO DE EVOLUCIÓN: DIAS _____ MESES _____ AÑOS _____
5. HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD SISTÉMICA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS? SI NO
Especifique cual: _____
6. ASA I ASA II ASA III
7. EN CASO DE SER UN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE CÁNCER PREGUNTAR SI ESTÁ O ESTUVO BAJO TRATAMIENTO DE:
Quimioterapia Marca Dosis Última fecha de aplicación
Radioterapia Dosis Última fecha de aplicación
Otro
8. AL EXPLORAR LA CAVIDAD BUCAL, BUSCA LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS DE LA MUCOSA PARA DISTINGUIR LA PRESENCIA DE:
Forma Color Superficie Bordes Consistencia Base Otro
Placa Blanca Lisa Elevados Blanda Sésil
Elevada Roja Rugosa Duros Fluctuante Pediculada
Vesícula Café Ulcerada Regulares Dura
Ampolla Violeta Irregulares Firme
9. LESIÓN RADIOGRÁFICA: SI NO
10. LESIONES DE GLÁNDULAS SALIVALES:
Infecciosa Inflamatoria Reactiva Quística Neoplásica Benigna
Maligna Localización
Ránula
Otro

Anexo 3

<i>Década</i>	<i>Rango de edad</i>
<i>1^a</i>	<i>0 – 9</i>
<i>2^a</i>	<i>10 – 19</i>
<i>3^a</i>	<i>20 – 29</i>
<i>4^a</i>	<i>30 – 39</i>
<i>5^a</i>	<i>40 – 49</i>
<i>6^a</i>	<i>50 – 59</i>
<i>7^a</i>	<i>60 – 69</i>
<i>8^a</i>	<i>70 – 79</i>
<i>9^a</i>	<i>80 – 89</i>