

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

PATOLOGIA DE GLANDULAS
DE LA CAVIDAD ORAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

HUGO SANCHEZ MARQUEZ

MEXICO, D. F.

1980 - 81



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION.

Las glándulas salivales son asiento de numerosos -- procesos patológicos.

Por otra parte, el hecho de que la mucosa bucal y -- los dientes estén en contacto continuo con la saliva, sugeriría que ésta podría ejercer influencia profunda sobre la enfermedad y la salud bucales.

Este concepto se ha activado, al estudio más profundo de las patologías de las glándulas salivales, puesto que ellas están en relación directa con el área de trabajo del Cirujano Dentista, que es la boca en su integridad.

En el conocimiento de lo normal y de lo anormal, en saber reconocer o distinguir cuáles son las causas que originan las diferentes entidades clínicas de estos tejidos.

De las neoplasias benignas, malignas y de otras patologías que son afecciones a estos órganos.

Espero que el presente trabajo reafirme mis conocimientos adquiridos durante mis estudios profesionales y para aquellas personas que se interesen por éste, ya sean profanos en la materia o doctores. Comprendamos que las enfermedades no son más que un cambio de la normalidad de la función del organismo humano, y que atendidas a su debido tiempo no repercutan ni causen tanto daño en la salud general.

Se dice que los ojos son el espejo del alma y yo -- opino que la boca es el espejo de la salud, porque en ellas se manifiestan los primeros síntomas de la enfermedad.

CAPITULO I

A N A T O M I A .

Las glándulas salivales son anexos del tubo digestivo.

A estas glándulas excretoras se les denomina comestras acinosas o racimadas, por la semejanza a un racimo de uvas.

Las mas importantes son 3 a cada lado de la línea media: Parótida, Su-maxilar y Sub-lingual.

GLANDULA PAROTIDA: La mas voluminosa de éstas.

Se localiza en ambos lados de la cara, por debajo y delante del conducto auditivo externo y del musculo esternomastoideo.

Tiene forma lobulada de color amarillento o ligeramente rosado, con una cara superficial extensa y triangular, se prolonga por detras de la rama del maxilar, para llegar casi a la pared externa de la faringe.

Relaciones superficiales de la parótida:

1.- Con el borde posterior de la rama del maxilar, con el borde anterior de la apófisis mastoidea, con el conducto auditivo externo, con la apófisis estiloides y con la apófisis transversa del atlas.

2.- Una aponeurosis envuelve a esta glándula y falta en el punto correspondiente al intersticio de los pterigoides, al nivel de la faringe y por debajo del conducto auditivo externo.

3.- Por detras con el musculo esternomastoideo y el digástrico, con los músculos y ligamentos que constituyen el ramillete de Riolo, por delante, con los músculos pterigoides.

4.- La arteria carótida externa y la vena yugular-interna se encuentran sobre la cara posterior de ésta.

5.- Numerosos nervios se relacionan con la cara posterior (el glossofaríngeo, neumogástrico, espinal, hipogloso mayor y gran simpático).

6.- Por medio de la aponeurosis se relaciona con la parte posterior del cutáneo, ramos del plexo cervical superficial en la piel.

Relaciones interiores de la parótida:

1.- La arteria carótida externa que la atraviesa - le abajo arriba.

2.- La vena yugular externa que se encuentra por fuera de la carótida.

3.- Numerosos ganglios linfáticos en su capax.

4.- Los nervios facial y auricular temporal la cruzan.

Conducto de STENO.- De cada lóbulo de la glándula - la parten pequeños conductos que reúnen entre sí para formar un conducto común, el de STENO.

GLÁNDULA SUB/MAXILAR.

Está situada en la fosita sub-maxilar del maxilar inferior. Se anclada al ángulo que forman el músculo milohioideo con el maxilar inferior. Su forma es prismática triangular. Es menos voluminosa que la parótida a la que se asemeja por su lobulación y color.

Relaciones: Tiene tres caras, tres bordes y dos extremidades. Cara Externa: Se relaciona con el hueso del que está separada por ganglios sub-maxilares y por el nervio milohioideo del dentario inferior. Hacia su borde inferior está en relación con la arteria y la vena submentonianas.

Cara Interna: está en relación con los músculos milohioideos e hiogloso y con el nervio hipogloso mayor.

Cara Inferior: Se relaciona con la aponeurosis cervical, el músculo y la piel.

EXFRENIDAD ANTERIOR.- Está aplicada contra el vientre anterior del digástrico.

EXFRENIDAD POSTERIOR.- Se adosa a la extremidad inferior de la parótida, ofrece un surco en el que aloja a la arteria facial.

Conducto Excretor o de WARTHON.- Nace de la cara interna de la glándula y va hacia adelante y adentro, hacia el frenillo de la lengua, en cuya parte inferior se abre adosándose al del lado opuesto, en el vértice de una especie de tabéculo.

GLÁNDULA SUBLINGUAL.

Situada por debajo de la lengua, en el suelo de la boca, es la mas pequeña de las glándulas salivales principales. Su superficie es irregular, su eje mayor está dirigido hacia atrás y afuera.

Relaciones:- Tiene una extremidad postero externa - y otra anteró interna, una cara interna y otra externa, un borde superior y otro inferior. La extremidad anterior está en contacto con el lado opuesto, por encima con los tendones de los músculos genioglosos. La extremidad posterior parece continuarse con la prolongación anterior de la glándula sub-maxilar. La cara interna está en relación con los músculos lingual inferior y geniogloso. Está cruzada de atrás adelante por el conducto de Warthon, el nervio lingual y las venas linguales. La cara externa se aloja en la fosita sub-lingual del maxilar inferior. El borde superior es sub-mucoso. El borde inferior está situado en el ángulo entrante formado por la unión del milohioideo y del geniohioideo.

Conductos de Rivinus: Esta glándula está formada por un pequeño grupo de glándulas mucosas, muy próximas unas a otras y disociales, teniendo cada una su conducto excretor estos son 5 o 6 ; Se abren en la mucosa bucal a la altura del borde superior de la glándula; que se denominan Conductos de Rivinus.

CAPITULO II

FISILOGIA.

La secreción salival del hombre, varia con la edad en cantidad y calidad.

Tiene una función lubricante que facilita la masticación y la deglución: Así mismo posee una función enzimática desdobladora de los glucidos (amilasa).

Sus funciones son muchas y variadas, ejemplos destrucción de bacterias, disminución del tiempo de coagulación sanguínea y digestión de almidones, humedecer alimentos secos para deglutirlos, limpiar por corriente de líquido hendiduras, conductos y depresiones de los tejidos-bucales. También funciona como una excreción.

Las glándulas se clasifican en: Serosas (parótidas y glándulas gustatorias de EBNER o papilas valladas - (caliciformes) de la lengua, que suministran la saliva acuosa: mucosas: glándulas sub-linguales y palatino posteriores que conjuntamente elaboran la saliva viscosa y mixtas (glándula sub-maxilar), que es la que produce más cantidad de saliva.

La estimulación parasimpática parotídea suministra abundante saliva acuosa y fluida. La simpática hace segregar escasa saliva espesa. Las glándulas sub-maxilar y sublingual segregan la mucina o moco salival.

La inervación parasimpática y la pilocarpina son excitadoras salivales y la atropina y demás anticolinérgicos son inhibidores. En los procesos inflamatorios - la saliva contiene mayor cantidad de CL y NA y en los degenerativos el K y P.

CAPITULO III.

GENERALIDADES HISTOLOGICAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

1.- Las glándulas salivales se pueden clasificar por lo menos de tres modos:

1).- De acuerdo con su localización en glándulas del vestibulo, y de la cavidad bucal propia.

2).- De acuerdo con su tamaño, en glándulas salivales mayores y menores.

	PAROTIDAS
MAYORES	SUB-MAXILARES
	SUB-LINGUALES.
	LABIALES
	BUCALES
	PALATINAS
MEHORES	RETROBOLARES (DE CARNANTL)
	AMIGDALARES (DE WEBER)
	LINGUALES (DE HUEN,DE EBNER)

3).- De acuerdo con la naturaleza de las sustancias que elaboran las células secretorias, en mucosas, serosas y mixtas.

Clasificación de las Glándulas Salivales de acuerdo con su localización.

A).- GLÁNDULAS DEL VESTIBULO.

- 1.- Glándulas Labiales.
 - a).- Glándulas Labiales Superiores.
 - b).- Glándulas Labiales Inferiores.
- 2.- Glándulas Bucales.
 - a).- Glándulas Bucales Menores.
 - b).- Glándula Parótida.

B).- GLÁNDULAS DE LA CAVIDAD BUCAL PROPIAS.

- 1.- Glándulas del piso de la boca (complejo - alveolo lingual).
 - a).- Glándula Sub-Maxilar.
 - b).- Glándula Sub-Lingual Mayor.
 - c).- Glándulas Sub-Linguales Menores.
 - d).- Glándulas Glosopalatinas.
 - 2.- Glándulas de la Lengua.
 - a).- Glándulas Linguales anteriores.
 - b).- Glándulas Linguales posteriores.
- (1) Glándulas de las papilas circunvaladas.
 - (2) Glándulas de la base de la lengua.
- 3.- Glándulas Palatinas.

ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES .

Están formadas por los siguientes elementos:

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

2.- Conductos en el tejido conjuntivo de la glándula.

Los conductos mas grandes se dividen en conductos de calibre progresivamente menor. De este modo se forma un sistema complejo, y sus ramas mas pequeñas se encuentran unidas con las porciones terminales secretorias de la glándula.

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

LOS ACINOS:— Pueden ser cilíndricos, en forma de uva, glándulas alviolares, o en forma de sacos (glándulas serulares). Una capa simple de células epiteliales cilíndricas o piramidales constituyen el acino. Las Células que forman el acino descansan sobre una membrana basal. Los lúmenes de los acinos serosos son angostos, los conductos de secreción son amplios. Las células secretorias pueden presentar dos fases: Activa (secretorias) y de reposo (no secretorias).

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

CÉLULAS SEROSAS.

Cuando se estudian en fresco, se ve que contienen gran número de gránulos muy refractiles, conocidos como — gránulos de secreción o de zimógeno. Se encuentran localizadas principalmente entre núcleos y la superficie libre de la célula y son menos labiles que las gotitas de mucígeno.

Las células cilíndricas o pirámides contienen pequeños espacios intercelulares que forman conductillos secretoras.

CÉLULAS MUCOSAS.

El aspecto de las células mucosas y serosas varían con el estado funcional, la diferencia entre ésta y las — glándulas serosas incluyen membranas celulares laterales, — con ausencia de conductillos secretoras, secreción viscosa, — lumen grande para el paso fácil de la secreción.

CÉLULAS MIXTAS O SEROMUCOSAS.

Las glándulas mixtas consisten tanto de células mucosas como de células serosas.

En las porciones terminales mixtas las células mucosas y las serosas ocupan posiciones diferentes, las serosas están localizadas en el fondo de saco de la porción terminal, mientras que las mucosas están situadas cerca — del conducto excretorio.

MECIAS LUNAS SEROSAS.

Las células serosas pueden formar también un capote sobre un tubulo mucoso. A esta configuración se le denomina media luna o creciente.

Células en gata, con prolongaciones de células estrechadas planas.

Células micropiteliales, presenta estructuras con aspecto de microfibrillas en el citoplasma.

CONDUCTOS INTERCALARES.

Son túbulos delgados, ramificados, de longitud variable, que une las porciones terminales con los conductos estriados. Están cubiertos por una sola capa de células epiteliales cuboideas bajas. El retículo endoplásmico está bien desarrollado, hay gránulos de secreción.

CONDUCTOS ESTRIADOS.

Están limitados por una sola capa de células epiteliales cilíndricas altas. Sus núcleos grandes y esféricos se encuentran situados frecuentemente en el centro de la célula.

ONCOCITOS.

Son células grandes que tienen núcleo pequeño, piramético central y citoplasma abundante fuertemente eosinófilo. Se localizan en las glándulas parótidas y submandibulares de los individuos de mayor edad.

CELULAS DE LOS CONDUCTOS SECRETORES.

Existe de una hilera simple de células cilíndricas bajas, el citoplasma que queda entre los pliegues contiene numerosas mitocondrias de diferentes tamaños. Estas células alteran la composición del contenido de sus lumen agregando agua y sales para formar el producto final o saliva.

LAS CELULAS DE LOS CONDUCTOS SECRETORES.

Pueden estar formadas por células cilíndricas de diferentes alturas que en algunas glándulas pueden volverse pseudoestratificadas. A medida que el conducto se aproxima a la superficie asume las características del epitelio de revestimiento. Los conductos intercalares y estriados dentro de un mismo lóbulo se llaman también intralobulares, los conductos estriados más grandes y los conductos

que...excretorios en los tabiques se llaman interlobulares.

TEJIDO CONJUNTIVO INTERSTICIAL; IRRIGACION SANGUINEA Y LINFATICA E INERVACION.

El tejido conjuntivo puede formar una cápsula alrededor de la glándula y después extenderse hacia la glándula propia. Las glándulas salivales poseen rica irrigación. Las arterias mas grandes siguen el curso de los conductos excretorios dando ramas que acompañan a las divisiones de los conductos hasta los lobulillos. Los vasos venosos y linfáticos siguen a las arterias en dirección inversa, para drenar la glándula. Las glándulas principales (ramas) de los nervios que van a las glándulas salivales siguen también el recorrido de los vasos, para dividirse en plomos terminales.

Las fibras nerviosas atraviesan la membrana basal y terminan como filamentos finos sobre la superficie basal e intercomunicar de las células acinosas.

Los nervios parasimpáticos dan fibras secretorias a las glándulas salivales y los nervios simpáticos llevan fibras vasoconstrictoras.

GLANDULAS SALIVALES MAYORES.

Glándula Parótida. Es la mas grande de las glándulas salivales y su porción superficial se localiza frente al oído externo mientras que su parte profunda llena la fosa retroauricular. La glándula está encerrada en una cápsula bien definida. La glándula parótida es tubulocinosa ramificada. En el adulto es de tipo seroso puro aunque se pueden encontrar acinos mucosos ocasionales, y los conductos intercalares son largos y ramificados, y los estrictos son notables.

###... En la parótida los tabiques de tejido conjuntivo contienen frecuentemente células adiposas, que aumentan el parénquima y conductillos intercelulares, conductos estriados y células en cesta, conductos secretores y excretorios. Tienen las relaciones arquitectónicas con tabiques, estromas, lóbulos y lobulillos que ya se describieron.

GLANDULAS SUB-MAXILARES.

Tienen aproximadamente la mitad del tamaño de la parótida. Desde debajo del maxilar inferior se extiende en el tejido del surco sub-lingual. La abertura principal externa (de Wharton) está situada en una papila que se encuentra al lado del frenillo. La cápsula está bien desarrollada y sus ramas dividen a la glándula en lóbulos y lobulillos. Los acinos son en su mayor parte serosos puros, el resto son células mixtas, mucosas y serosas. Los conductos estriados son notablemente más largos y más ramificados que los de la parótida. Los conductos intercalares no se diferencian en longitud ni ramificaciones.

GLANDULAS SUB/LINGUALES.

Tienen la forma de una almendra, están orientadas verticalmente a lo largo de la línea media del surco sub-lingual. El conducto excretor de (Bartholin) se abre en la cavidad bucal por un orificio localizado en una papila cerca del frenillo. La secreción aunque es mixta es predominantemente mucoosa.

Los lóbulos delimitados por septos están bien definidos. La glándula sub-lingual difiere de las demás glándulas por: 1).- Los acinos serosos puros son muy raros, -- 2).- Las células seromucosas abundan, 3).- Los conductos --

3) ...intercaladas típicas no existen, 4).- Los conductos estriados son pocos y están deficientemente desarrollados, 5).- La mayor parte de los conductos son excretorios y por lo tanto se localizan en los septos.

Los fondos de saco en algunas de ellas están cubiertas por semilunas de células serosas y la mayor parte de las porciones secretorias no las poseen. Las glándulas sub-linguales más pequeñas son de carácter mucoso.

GLANDULAS LABIALES.

Localizadas cerca de la superficie interna de la boca de tipo mixto y están íntimamente dispuestas en la sub-mucosa donde se pueden palpar fácilmente, las porciones terminales se pueden contener tanto células serosas como mucosas cubriendo la misma luz, pero se forman más a menudo semilunas típicas. Las células tienen carácter mucoso albuminoso bien definido. Los conductos intercalares son cortos. Los conductos excretorios de todas se introducen a la mucosa bucal por clavos epiteliales, son muy numerosas cerca de la línea media del labio pero se vuelven escasas cerca de la mejilla, en los labios las masas glandulares pueden ser tan superficiales que a menudo pueden verse o sentirse. En la mejilla particularmente en el área molar, los acinos son profundos en la lámina propia, algunas unidades incluso se mezclan con las fibras musculares.

GLANDULAS BUCALES MENORES.

Las glándulas bucales menores son continuación de las labiales de la mejilla. Las glándulas encontradas en la vecindad inmediata de la desembocadura del conducto parotídeo, y que drenan hacia la región del tercer molar, -

###...son designadas a menudo glándulas molares. Se encuentran frecuentemente sobre la superficie externa del músculo buccinador.

Glándula glosopalatina. Esta son de tipo mucoso puro, se encuentran localizadas en la región del istmo y son una continuación hacia atrás, de las glándulas sublinguales menores. Ascienden en la mucosa del pliegue glosopalatino, se encuentran circunscritas al pilar anterior de las fenes o pueden extenderse hasta el paladar blando para fusionarse con las glándulas palatinas propias.

GLANDULAS PALATINAS.

Ocupan el techo de la cavidad bucal y puede dividirse topográficamente en las del paladar duro y las del paladar blando y de la úvula. Están compuestas de conglomerados glandulares independientes. Las glándulas palatinas son de tipo mucoso puro y los conductos intercalares son cortos, muchas sufren transformación mucosa, en cuyo caso funcionan como parte de la porción terminal mucosa.

LA GLANDULAS LINGUALES.

Se distribuyen sobre el cuerpo de la lengua como glándulas de BLANDIN-NUHN o glándulas linguales anteriores, sobre la raíz como glándulas de VON EBNER o Glándulas Linguales Posteriores y sobre el área amigdalina o glándulas posteriores.

Las glándulas de BLANDIN-NUHN, sus acinos pueden ser serosas, mucosas y mixtas, las secreciones son mucosas en su mayor parte, los grupos más posteriores o marginales, son todas mucosas, son células serosas o seromucosas dispuestas como medias lunas, los lebulillos de la punta están compuestas de porciones finales tubulares con células seromucosas.

###... Las Glándulas de VON EBNER.- Sus porciones secretorias finales son segmentos tubulares ramificados de las glándulas y sus secreciones son serosas puras, los conductos no están bien desarrollados, algunos conductos excretorios se abren en el dorso de la lengua, éstas glándulas proporcionan un medio líquido para percibir el sabor de los alimentos.

LAS GLANDULAS AMIGDALINAS.

Son glándulas mucosas puras, sus conductos secretorios se vacían en las criptas de las amígdalas linguales proporcionando por tanto una acción limpiadora.

GLANDULAS SUB-LINGUALES.

Comprenden de 8 a 20 glándulas separadas que varían considerablemente el tamaño y forma, se localiza en la mucosa del surco sub-lingual cerca de las glándulas extrínsecas y sub-maxilares y sub-linguales. Aunque hay septos, lobulillos y acinos con sus conductos asociados su organización no es siempre consistente, la mayor parte son tubulares ramificadas, predominan los acinos mucosos puros, aunque cada una de las glándulas sub-linguales tiene un conducto excretor principal, la abertura a la boca puede compartirla con una glándula vecina intrínseca o extrínseca.

**CUADRO SINOPTICO DE LAS GLANDULAS SALIVALES MAYORES.
SEGUN FLEMING (HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA DE IRVIN ORBAN).**

	PAROTIDA	SUBMAXILAR.
Tamaño y Forma	La mayor; las partes principal y las accesorias están encápsuladas; compuesta, ramificada, alveolar.	Intermedia; bien limitada y bien encapsulada; compuesta, ramificada, alveolar y parcialmente tubular.
Posición	Llena la fosa retro-maxilar y llega hasta el oído rodeando la rama del maxilar.	Bajo el maxilar inferior
Conductos	El conducto parotídeo (de Stenon) se abre frente al segundo molar superior de la boca; está rodeado por una capa de células cilíndricas sobre una membrana basal bien definida.	El conducto sub-maxilar (Wharton) se abre a cada lado del frenillo de la lengua; la misma estructura.
Conductos Secretores	Una sola capa de células cilíndricas — con estratificación bien notable.	Lo mismo pero algo más largas y pueden contener pigmento amarillo.
Conductos Intercalares	Ramificaciones largas y estrechas formadas por una capa de células planas.	Mucho más cortos, pero de estructuras semejantes.
Epitelio Secretor	Alveolos serosos y algunos mucosos (en el recién nacido).	Predominan los alveolos, algunos alveolos mucosos tienen medias lunas serosas.
Tecido Intersticial.	Células adiposas de las más abundantes.	

449...

Intervención.

Sensitiva; quinto —
par secretora: (1) Sim-
páticos ganglio cervi-
cal superior (vasocon-
tricción); (2) parasim-
pático noveno par, gan-
glio ético (vasodilatación).

Sensitiva; quinto par —
Secretora: (1) Simpáticos—
la misma (a) parasimpáti-
co séptimo par, cuerda —
del tímpano, ganglio sub-
maxilar (vasodilatación).

SUB/LINGUAL.

Tamaño y Forma.	La mas pequeña: una <i>glándula</i> mayor y varias- pequeñas; sin cápsula, compuesta, ramificada tubulcalveolar.
Posición	En el piso de la boca.
Conductos.	El conducto sub-lingual mayor (de Bartholin) se abre cerca del conducto sub-maxilar, al- gunas veces por desembocadura común, también por medio de varios conductos sub-linguales- menores (de Rivinian);la misma estructura.
Conductos Secretorios.	None o ausentes.
Conductos Inter- calares.	Ausentes.
Epitelio Secretoer.	Glándula mayor; predominan los alveolos un- cepes; muchas medias lunas serosas y alveo- les, <i>glándulas</i> menores, todas mucosas.
Tejido Intersti- cial.	De lo mas abundante en tabiques de tejido -- conjuntivo.
Inervación.	Sensitiva: quinto nervio secretoer: mismo -- que para la sub-maxilar.

CAPITULO IV.

TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

Los tumores de las glándulas salivales constituyen un grupo heterogéneo de lesiones, de gran variedad morfológica, razón por lo cual presentan muchas dificultades para su clasificación, la cual presentamos a continuación y que fué tomada del libro de Williams Shafer-Hine Joly (Patología bucal).

EVERSOLE propuso una clasificación histogénica— de estas neoplasias y señaló dos tipos de células como posibles progenitores:

Las Células de los conductos intercalares y las — Células de reserva del conducto excretor.

El pronóstico de las diversas lesiones se basaría— como la mayoría de los tumores, en el tipo de tumor así — como en el tipo de tratamiento utilizado.

	Parótida	Sub-maxilar	Sub-lingual	Núm.	(%)
TUMORES BENIGNOS:					
Adenoma Pleomorfo-	447	47	0	484	59.1
Cistadenoma Papilar					
Linfomatoso.	50	0	0	50	6.0
Adenoma Quístico..	1	0	0	1	0.1
Adenoma de Células					
Acinosas.	-	-	-	-	-
Adenomas de Células					
Cebáceas.	1	0	0	1	0.1
Lesión Linfocitética					
Benigna.	2	0	0	2	0.2
TUMORES MALIGNOS:					
Adenoma Pleomorfo—					
ligno.	46	11	0	57	6.8
Adenocarcinoma					
Carcinoma Quístico —					
Adenoideo.	16	17	1	34	4.1

Adenocarcinoma de Células Acinosas.	21	0	0	21	2.5
Formas varias.	32	5	2	39	4.7
Carcinoma Mucocépidermoide .	90	8	0	98	11.7
Carcinoma Epidermoide.	26	13	0	39	4.7
TOTAL	732	101	3	836	100%
	(87.6%)	(12.1%)	(0.4%)		

Clasificación y frecuencia de los tumores de las -
Glándulas Salivales Accesorias Intrabucales.

	<u>LABIO</u>		<u>Carrillos</u>				<u>Le Retro</u>		<u>Total</u>	
	<u>Paladar</u>	<u>Sup.</u>	<u>Inf.</u>	<u>ms(mejillas)</u>	<u>molar.</u>	<u>Le</u>	<u>Retros.</u>	<u>otros.</u>	<u>No.</u>	<u>100%</u>
TUMORES BENIGNOS:										
Adenoma Fleomorfo	476	105	13	15	38	18	40	28	733	55.7
Adenoma Simple	18	2	0	0	0	4	0	0	24	1.8
Epitelioma	12	1	0	0	4	0	0	0	17	1.3
Cistadenoma										
Fagilar	12	1	8	0	4	1	1	1	20	1.5
Adenoma Canalicular	1	0	0	2	1	0	0	0	4	0.3
Adenoma Quístico	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0.2
TUMORES MALIGNOS:										
Adenoma Fleomorfo maligno	13	1	0	0	5	0	5	2	26	2.0
Adenocarcinoma -- Carcinoma Quístico Adenoideo	104	6	1	5	17	62	12	8	215	16.3
Adenocarcinoma de Células Acinosas	2	1	0	0	0	0	2	2	7	0.5
Formas varias	80	3	0	12	17	26	6	18	162	12.3
Carcinoma Mucocépidermoide	43	0	0	2	15	23	22	2	107	8.7
Carcinoma Epidermoide	1	0	0	0	2	0	0	0	3	0.2
TOTAL	762	120	14	36	103	135	89	61	1380	100
	(57.7%)	(9.1%)	(1.0%)	(2.7%)	(7.7%)	(10.2%)	(6.7%)	(4.6%)		

1.- PROCESOS NEOPLÁSICOS BENIGNOS.

a).- ALMUCENA PLEOMORFO (TUMOR MIXTO").

Denominado también como enciuvoma, branquicoma, endoteloma y enciudroma.

Este tumor no es mixto en el verdadero sentido de ser teratomatoso o derivado de mas de un tejido primario. Solo el elemento epitelial es neoplásico, y los otros representan el estroma metaplásico. El mas común de todos -- los tumores salivales glandulares 50 por 100 de los benignos.

HISTOGENESIS.

Hace por crecimiento anormal del epitelio glandular adulto con transformación gradual en las diversas estructuras que caracterizan a esta lesión, mas probablemente el epitelio del conducto.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Entre las glándulas salivales la mas afectada es la parótida. Puede aparecer no obstante, en cualquiera de las glándulas principales o en las accesorias distribuidas en toda la boca. Más común en mujeres que en hombres y se presenta entre la cuarta y la sexta décadas, relativamente comunes en pacientes jóvenes y niños.

Kauffman y Staut hicieron un interesante análisis de los tumores de las glándulas salivales principalmente en niños.

El paciente suele relatar la aparición de un nódulo pequeño, indoloro e inactivo que en forma lenta comienza a aumentar de tamaño a veces con crecimiento intermitente.

Suele ser una lesión nodular irregular de consistencia firme aunque a veces se palpan zonas de degeneración quística cuando son superficiales, es raro que la piel se ulcere pese a que estos tumores alcanzan un tamaño enorme.

El dolor no es un síntoma común del adenoma pleomorfo pero el malestar local es frecuente.

Este tumor dificulta la masticación, la fonación y la respiración del paciente.

Las Glándulas Palatinas son el asiento frecuente de tumores de este tipo (glándulas de los labios)..

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

Algunas zonas presentan células cuboides dispuestas en estructuras tubulares o ductiformes que tienen una semejanza con el epitelio normal del conducto, conteniendo un núcleo eosinófilo.

En otras células tumorales adoptan una forma estrellada poliédrica o material de aspecto cartilaginoso y amoso.

El tumor está siempre encapsulado. Cuando el patrón pleomorfo del estroma no existe y el tumor es muy celular se le denomina adenoma celular o adenoma monomórfico. Si hay grandes espacios quísticos la lesión lleva el nombre de cistadenoma.

Cuando hay proliferación mucopitelial, suele hacerse el diagnóstico de mucopiteloma.

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

Extirpación quirúrgica, algunos cirujanos prefieren enucleo el tumor, mientras que otros particularmente en los casos de las lesiones parótidas prefieren elimi-

###...nar todo el lóbulo afectado.

Las lesiones intrabucales se tratan por lo común, -
mediante la excisión extracápsular conservadora.

Si se comprueba que hay invasión cápsular, por lo
general alcanza con una excisión algo más amplia con elin-
nación de un margen de tejido normal, y de la mucosa supra-
yacente en el caso de las lesiones intrabucales, para evi-
tar la recidiva. La irradiación con rayos X está contrain-
dicada.

b).- CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO.

(TUMOR DE WARTHER; ADENOLINFOMA).

Este tipo raro de tumor glandular salival se da --
casi exclusivamente en la glándula parótida, aunque se han
comunicado algunos casos en la glándula sub-maxilar.

HISTOGENESIS. TEORIAS DE LITTLE.

Se ha sugerido que se producen por:

1.- Proliferación del tejido glandular salival he-
terectópico de los ganglios linfáticos en la zona de la --
glándula parótida.

2.- Desarrollo heterectópico de la mucosa de la --
trompa de eustaquio.

3.- Restos de los arcos branquiales.

4.- Un esbozo endodérmico faríngeo heterectópico--
de los ganglios linfáticos en la vecindad de la glándula -
parótida.

5.- Esbozo ténico.

6.- Endotelio linfático metaplásico.

7.- Oncocitos de los conductos de las glándulas --
salivales.

8.- Inclusiones orbitarias de los cuales derivan -
las glándulas salivales de algunos carnívoros.

194... BRUNIER Y HENRIKAR concluyeron que este tumor se origina en el tejido heterotópico de glándulas salivales atrapado o incluidas en los ganglios linfáticos durante la embriogénesis.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El Cistadenoma Papilar Linfomatoso se presenta más en varones que en mujeres en una relación de 5:1 edad del paciente 82 por 100 de 41 a 70 años de edad, duración promedio de los síntomas 3 años, tumores bilaterales.

El tumor suele ser superficial y se halla inmediatamente debajo de la cápsula parótida o protruye a través de ella. Rara vez esta lesión alcanza un tamaño que excede unas 3 a 4 cm. de diámetro.

No es dolorosa, es firme a la palpación e indistinguible de otras lesiones benignas de la glándula parótida.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Consta de dos componentes histológicos: epitelio y tejido linfático. Presenta formación quística con proyecciones papilares hacia los espacios quísticos y una matriz linfática que tiene centros germinales. Las células epiteliales que cubren las proyecciones papilares son columnares o cúbicas dispuestas en dos hileras. Es frecuente la presencia de un coágulo eosinófilo dentro de los espacios quísticos que aparecen como un líquido de color achocolatado. El componente linfático es abundante elemento pasivo en el proceso neoplásico.

TRATAMIENTO Y PROGNOSTICO.

Resección quirúrgica, esta puede ser realizada casi invariablemente sin lesionar el nervio facial en particular porque la lesión suele ser pequeña y superficial. Es—

fff... tos tumores estan bien encapsulados y rara veces -
recidivan una vez eliminados.

c).- ADENOMA OXIFILO
(ONCOCITOMA; ADENOMA ACIDOFILO).

Este tumor raro de las glándulas salivales es una-
pequeña lesión benigna que suele originarse en la glándu-
la parótida. Excepte que por lo general no alcanza gran -
tamaño, sus características clínicas no difieren de otros-
tumores benignos de las glándulas salivales por esta razón
resulta difícil si no imposible establecer un diagnóstico-
clínico.

El nombre oncocitoma, proviene de las semejanza --
de estas células tumorales con células aparentemente norma-
les que se encuentran en gran cantidad de localizaciones, -
glándulas salivales, vías respiratorias, mamas glándulas -
tiroideas, páncreas, paratiroides, pituitarias, trompas de-
falopio, hígado y estómago. Estudios en microscopio de-
muestran gran cantidad de mitocondrias.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Más comunes en mujeres que en hombres casi exclu-
sivamente en personas maduras y ancianas. El tumor mide -
entre 3 y 5 cm. de diámetro y es una masa circunscrita y--
encapsulada, que puede ser nodular. Por lo general no hay
dolor.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

Microscópicamente está formado por grandes células
con citoplasma eosinófilo y membrana celular nítida, a ve-
ces las células se agrupan por capas y pueden ofrecer una-
forma alveolar o lobulillar, suele haber tejido linfóide.

###...A veces es posible observar una variante del edema orifilo en las glándulas salivales intrabucuales, particularmente en la mucosa vestibular y el labio superior (cistadenoma oncocítico).

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Extirpación quirúrgica, el tumor no tiende a recurrir ni a experimentar transformación maligna.

d).- ADENOMA CANALICULAR.

El adenoma canalicular es un tumor glandular salival benigno.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se origina en el tejido de las glándulas salivales accesorias intrabucales, labio superior, paladar y mucosa vestibular. Mucho más frecuente en paciente de 60 años, no tiene predilección particular por sexo o raza.

El tumor suele presentarse como un nódulo firme bien circunscrito, de crecimiento lento, no es fijo y puede ser desplazado dentro del tejido hasta una cierta distancia.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Se componen de largos cordones de células epiteliales dispuestas en doble hilera que presenta una pared mediana, en algunos casos el tumor es sólido, con cordones largos de células tumorales muy apretadas.

Los espacios quísticos suelen estar llenos de un coágulo eosinófilo.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Extirpación quirúrgica; la recidiva es rara.

e).- ADENOMA DE CÉLULAS CEBÁCEAS.

Tumor que se origina en la glándula parótida, es muy raro. No Gavran y colaboradores describieron una variante conocida como linfadenoma cebáceo de las glándulas parótidas. Se hace la pregunta de que si estos tumores serían simplemente heterotipias hiperplásticas de las glándulas cebáceas, una forma de quistoma.

La mayoría de las lesiones son benignas y han de tratarse como tales.

f).- LESION LINFOPITELIAL BENIGNA:

(ENFERMEDAD DE NIKULIC: ADENOLINFOMA: ADENOMA LINFOMATOIDE).

Es una lesión bastante rara, pero muy interesante porque presenta características inflamatorias y tumorales.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

La lesión linfopitelial benigna se manifiesta como un agrandamiento unilateral de las glándulas parótidas y sub-maxilar o ambos asociado en algunos casos con malestar local leve, dolor y xerostomia leve ocasional, su comienzo puede estar relacionado con fiebre, infección de las vías respiratorias, infección bucal, extracción dental o algún otro trastorno inflamatorio local.

La duración de la masa tumoral puede ser de algunos meses o de muchos años. En ocasiones también están agrandadas las glándulas lagrimales. Distribución más o menos igual entre mujeres y hombres.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

Se caracterizan por la infiltración linfocitaria organizada del tejido de las glándulas salivales, que destru-

...y en o reemplaza los acinos, aunque el elemento linfático de suele ser difuso, a veces hay verdaderos centros germinales.

El epitelio puede consistir en conductos que tienen proliferación celular y pérdida de la polaridad, MORGAN Y CASTLEMAN denominaron " islas epimioepiteliales ".

Hubrá que poner mucho cuidado en establecer la diferencia entre el tumor linfioepitelial benigno y un linfoma maligno de las glándulas salivales en esta última enfermedad de las islas epimioepiteliales falta el elemento linfático, es atípico y hay infiltración de los tabiques interlobulillares con tejido linfático.

Otras lesiones similares desde el punto de vista histológico para el diagnóstico diferencial, son la sialoadenitis crónica, el carcinoma linfomatoso y la oncocarcinomatosis.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Extirpación quirúrgica y la irradiación con RX — pronóstico excelente aunque la lesión puede recidivar.

Relación con la enfermedad de MIKULICZ.

Se caracteriza por un agrandamiento simétrico o bilateral crónico e indoloro de las glándulas lagrimales y salivales, el término síndrome de Mikulicz ha sido usado para describir el agrandamiento de las glándulas salivales acompañado del agrandamiento de los ganglios linfáticos — debido a alguna enfermedad específica generalizada como los linfomas o la tuberculosis.

g).- SIALADENOMA.

Son tumores de las glándulas salivales que se ori-

...giran a partir del tejido intracapsular, tales como nervios, las vainas de los nervios, vasos sanguíneos y linfáticos y el tejido conectivo circundante. La mayoría de las sinusaladenomas son benignos especialmente el neurinoma, lipoma, linfangioma y la mayoría de los linfangiohemangiomas.

El anatomopatólogo los califica de malignos sin tener en cuenta su comportamiento clínico benigno.

b).- NEURENOMA Y NEUROFIBROMA.

El neurinoma (neuriloma; Schwannoma) se da en la glándula parótida con una frecuencia seis veces mayor que la del neurofibroma.

El neurinoma aparece habitualmente durante la infancia, pero crece tan despacio que el paciente muchas veces busca atención médica durante largos años.

El tumor se origina comúnmente a partir de una de las ramas principales del nervio facial. El nervio puede estar perfectamente recubierto por el crecimiento tumoral, pero raramente se produce parálisis facial, antes de que se llegue a la intervención quirúrgica.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Se permite habitualmente el diagnóstico preoperatorio, en raros casos se ha diagnosticado sordera.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS.

La imagen histológica muestra a menudo tejido conectivo bien diferenciado.

1).- ANGIOMA.

Tumor de rápido crecimiento, con las características de todo angioma.

La más frecuente es la parótida, siguiendo en orden de frecuencia la sub-maxilar. La lesión parte de los va-

###...cos interlobulillares y no de los vasos glandulares - de ahí que el parénquima va siendo comprimido hast que - termina por atrofiarse. La dilatación y neoformación capilar llevan a constituir el angioma cavernoso y hasta el mismo aneurisma circóideo.

De crecimiento lento, puede tener un brusco y desmesurado desarrollo, cuando es superficial, se le reconoce como un tumor abollanado y reductible. Como tratamiento, dada las características de la parótida, se hace imposible la extirpación total; de ahí que se indique la extirpación parcial extrema por electrocoagulación.

3).- HEMANGIOMA.

El Hemangioma es un tumor benigno congénito que - constituye aproximadamente 41 1% de todos los tumores de - las glándulas salivales alrededor del 80% se origina en la glándula parótida. El 18% en la glándula sub-maxilar y 1% en las glándulas salivales menores.

PATOGENIA.

Los Hemangiomas no son sinsialadenomas, sino mas - bien parasialadenoma. La glándula parótida desprovista de cápsula, es una zona ideal para su desarrollo.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Es casi siempre superficial, se distinguen dos formas:

1).- Tipo capilar celular, que es habitualmente pequeño y circunscrito.

2).- Tipo cavernoso que es quístico, blando y escasamente delimitado a la palpación.

El flebelito es un coágulo organizado y después - calcificado, no es ni frecuente que sea diagnosticado erróneamente como cálculo salival.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS.

Aparecen habitualmente como angiomas racimosos con zonas terminales telangiectasias, durante los primeros — cuatro o cinco meses, estas masas sólidas de células endoteliales que habitualmente no dejan espacios vacíos crecen rápidamente. Del cuarto al sexto mes estos brotes vasculares se localizan y su crecimiento se hace más lento. Debido a la dilatación de las circunvoluciones arteriales y a la proliferación de los componentes venosos, algunas paredes intermedias desaparecen y se forman entonces cavernas (angioma cavernoso). Las formas malignas muy raras aparecen bien como sarcoma hemorrágico o bien como angiosarcoma.

k).- LINFANGIOMA.

Constituye solo el 4% al 8% de los angiomas, sus combinaciones con el hemangioma son más frecuentes.

Se le pueden reconocer también por formas quísticas de *cistadenolinfoma papilar*, *adenoma pleomorfo* o *quistes salivales*.

El Linfangioma es también una anomalía congénita y habitualmente se anastomosa con una red vascular dilatada.

l).- LIPOMA.

Poco común en la glándula parótida cuando se presenta puede asentar por delante de la glándula siendo en este caso un lipoma profundo y, como forma excepcional ser de radiación intersticial es decir en plena glándula, como siempre es un tumor de límites precisos, elásticos, de consistencia blanda por cuya razón nunca apareceja trastornos funcionales de la glándula. Su tratamiento consiste en la extirpación del tumor, que se hace fácil cuando es encapsulado y superficial, y mucho más costosa cuando es profundo.

m).- LINFOMA.

La infiltración leucémica puede afectar a los tejidos linfocíticos del interior de las glándulas salivales y lagrimales (síndrome de Mikulicz) y ahí puede dar sus manifestaciones iniciales. Se han descrito xantogramulomas plasmocíticos de la glándula sub-maxilar, granulomas eosinófilos de ambas glándulas parótidas, linfomas foliculares gigantes y plasmocitomas, todos ellos extremadamente raros.

n).- SARCOMA.

Cada día se va aclarando mas la concepción de que la mayoría de los sarcomas de parótida así diagnosticados no son otra cosa que tumores mixtos en plena evolución maligna; de modo, pues, que los sarcomas puros de la parótida son muy raros. La variedad globo ofuso celular constituye la característica histológica del sarcoma de parótida. Microscópicamente el tumor se muestra encapsulado no mostrando tendencia a adherirse ni a invadir los ganglios ni el pequeño vaso nervioso. La evolución es lenta, — el desarrollo lo mismo, y conserva durante mucho tiempo — su movilidad; es de consistencia dura y no se adhiere a la piel ulcerándose cuando lo hace tardiamente. Estos caracteres tan similares a los del tumor mixto son la razón del que el diagnóstico sea difícil, a veces todos los autores opinan que el pronóstico basado en la marcha lenta y tardía es relativamente benigno. Diagnosticado a tiempo como es un tumor bien limitado, la operación llevada hasta — tejido sano, resulta por lo general efectiva.

ñ).- TUMORES MALIGNOS MELANÓICOS.

Se dice que el Melanomas aparece a veces como neoplasia primaria en la glándula parótida, pero la mayoría—

####..de ellos son metastásicos, raramente se hallan linfomas primarios en la glándula parótida y reticulosarcoma todavía con menor frecuencia.

Fig. 100 Fig. 101 Fig. 102

c).- TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES MENORES .

Los tumores de las glándulas salivales menores — constituyen el 2% de las neoplasias benignas y malignas.

El Adenoma Pleomorfo (tumor mixto) es la neoplasia mas frecuente de las glándulas salivales menores de la cavidad oral.

El segundo tumor en frecuencia es el Carcinoma Adenoide Quístico, que constituye aproximadamente el 16%. El adenocarcinoma con la excepción del cilindroma se da tan a menudo como en las glándulas salivales mayores.

El 10% de los tumores de las glándulas salivales—menores son carcinomas mucocelidroides, son mas malignos—aquí puesto que la tercera parte de ellos aparecen de modo primario como carcinomas y un gran número recidivan y metastatizan. Se dan habitualmente en el área premolar y —cerca de la mitad de los casos producen dolor o parestesia. También se han hallado citadenolinomas benignos en las —glándulas salivales menores del 3% al 14%.

Raramente se observan los Adenomas Monomorfos.

En el paladar se localizan aproximadamente el 60%—de los tumores salivales intracrales, existen mas tumores—benignos que malignos, ejemplo de ellos: tumores mixtos, —papilomas, fibromas y hemangiomas de tumores benignos y de los malignos sialocarcinomas.

Se dice que los tumores malignos de las glándulas—salivales se dan con mayor frecuencia en el paladar duro—que en el paladar blando. Raramente se hallan tumores sa—livales en la mucosa bucal. Los tumores de la lengua son—habitualmente malignos y superan en número a todos los tu—mores de la cavidad oral combinados, en la base de la len—

144...gia predomina el carcinoma adenoide quístico , la segunda localización mas frecuente es el tercio anterior de la superficie ventral de la lengua, donde pueden originarse tumores a partir de las glándulas de Blandin-Wuhn.

Los labios son la localización mas frecuente de adenomas monomorfos o en especial de adenomas pleomorfos, casi exclusivamente el labio superior.

2.- PROCESOS NEOPLÁSICOS MALIGNOS.

a).- ADENOMA PLEOMORFO MALIGNO (TUMOR MALIGNO MIXTO)

Los tumores de las glándulas salivales tienen un cuadro histológico benigno, pero da metástasis a manera de una lesión primaria. Estas lesiones raras han de ser clasificadas como adenoma pleomorfo maligno.

Se sostiene que los pacientes con la lesión maligna puede presentar una historia de una masa de muchos años — de existencia, pero que solo recientemente experimentan un aumento notable en el ritmo del crecimiento.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

No hay diferencias clínicas obvias entre el adenoma pleomorfo benigno y el maligno, en muchos casos MATZ y FRANKEL, señalaron que los tumores malignos suelen ser de mayor tamaño que los benignos pero esto carece de importancia en el diagnóstico diferencial.

Es frecuente la fijación del tumor maligno a las estructuras adyacentes así como a la piel o la mucosa que lo cubre, también es variable la presencia de ulceración superficial. El dolor es un rasgo del adenoma pleomorfo maligno.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

No han quedado totalmente establecidos los criterios para reconocer un tumor mixto maligno, sin embargo parecen incluir los cambios nucleares que habitualmente se consideran indicadores de malignidad (hiperromatismo pleomorfo nuclear, aumento o anomalía de la mitosis y aumento de la relación entre núcleo y citoplasma); invasión de vasos sanguíneos, linfáticos o nerviosos, necrosis focal; e infiltración periférica celular y destrucción del tejido normal.

El patrón celular maligno de transformación viva hacia el carcinoma, y algunos tumores malignos presentan ambos tipos de células.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Es quirúrgico, aunque a veces, lesiones que manifiestan una tendencia de recidiva local, luego de la eliminación quirúrgica, así como una frecuencia alta de afección a los ganglios linfáticos regionales. Son frecuentes la metástasis a distancia en pulmones, huesos, vísceras y cerebro.

b).- CARCINOMA QUISTICO ADENOIDEO.

CILINDROMA, CARCINOMA ADENOQUISTICO, CARCINOMA ADENOQUISTICO BASOCELULAR, CARCINOMA SEUDOCADENOMATOSO BASOCELULAR; — TUMOR MIXTO BASOIDEO.

El carcinoma quístico es una forma de adenocarcinoma. Lesiones histológicamente similares se producen en las glándulas salivales accesorias intrabucales así como en las lagrimales y de los senos paranasales, faringe, tráquea, bronquios, piel y manos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Las glándulas salivales atacadas con mayor frecuencia son, parótida sub-maxilar y accesorias de paladar y — lengua.

Los pacientes presentan manifestaciones clínicas — de un tumor salival glandular maligno típico: dolor local-temporero, parálisis del nervio facial en el caso de los — tumores parotídeos, fijación a estructuras e invasión local, las lesiones intrabucales, tienen ulceración de la — superficie semejanzas clínicas con algunos casos de adenoma pleomorfo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El carcinoma quístico adenoideo se compone de pequeñas células uniformes intensamente teñidas, que se asemejan a células basales y que se suelen disponer en cordones o estructuras ductiformes cuya porción central puede — contener un material mucoso lo cual da un aspecto típico "de pared de abejas".

La diseminación de las células terminales por los linfáticos, las vainas perineurales es un rasgo común de esta neoplasia.

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Es quirúrgico, aunque a veces se ha complementado, la cirugía con la irradiación, pueden dar metástasis a pulmones, huesos y cerebro, el índice de curación es desalentadoramente bajo.

c).- ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS ACINOSAS.

(ADENOCARCINOMA Y ADENOMA DE CÉLULAS ACINOSAS Y SEROSAS)

La mayoría de los tumores de las glándulas salivales nacen del epitelio del sistema de conductos, pero algunas lesiones parecen originarse en las células acinosas — propiamente dichas, normalmente las glándulas salivales,— se componen de dos tipos de células: Serosas y Mucosas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

El adenocarcinoma de células acinosas se asemeja — mucho al adenoma pleomorfo, en su aspecto macroscópico — tiende a ser encapsulado y lobulado.

Estos tumores se presentan en personas de edad mediana o algo mayores, los pacientes con este tumor presentan metástasis, aún distantes como a pulmones y murieron — de la enfermedad. Algunos pacientes están vivos y siguen bien después de muchos años de hecha la extirpación inicial.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

Con frecuencia el tumor de células acinosas — está rodeado de una cápsula delgada y se compone de células que guardan estrecha relación con las células acinosas normales dispuestas en estructuras glandular o al acón. El adenocarcinoma de células acinosas se origina en células — acinosas serosas, en tanto que el tumor de células claras — se origina en células de los conductos estriados.

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

Quirúrgicos, GADWIN y colaboradores han conseguido y aconsejado la extirpación de la lesión con un margen de glándula normal, es decir la parotidectomía subtotal, con — cuidado de no romper la cápsula, como la metástasis a —

##...los ganglios regionales no es común, no está indicada la disección radical del cuello, la recidiva tiene una frecuencia alarmante.

d).- CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE.

El carcinoma mucocépidermoide es un tipo común de tumor glandular salival estudiado y descrito por primera vez por ATWART, FOOTE y BECKER en 1945.

El tumor se compone de células secretorias de moco y células de tipo epidermoide en proporciones variables.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Se origina en la glándula parótida, aunque también pueden asentar en otras glándulas principales y especialmente en las accesorias intrabucales.

Estos tumores son más frecuentes en personas entre la tercera y sexta década, aunque a veces se dan a niños, no hay diferencias significativas por el sexo.

El tumor de bajo grado de malignidad suele aparecer como una masa indolora, de crecimiento lento que parece un adenoma pleomorfo. La recidiva metastática luego de la extirpación quirúrgica no es rara.

Los tumores intrabucales de este tipo, aparecen en zonas como el paladar, mucosa vestibular, lengua y sector retroalar.

Debido a su tendencia a formar zonas quísticas, estas lesiones llegan a semejarse mucho al mucocelo especialmente de la zona retroalar. El tumor de alto grado de malignidad crece con rapidez y produce dolor como síntoma temprano, la parálisis del nervio facial es frecuente, en los tumores parotídeos, el carcinoma mucocépidermoide no es encapsulado, sino que tiende a infiltrarse en los tejidos vecinos y da metástasis a los ganglios linfáticos regionales, pulmones, hueso y tejidos subcutáneos.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

El carcinoma mucocelidérmoide es un tumor pleomorfo compuesto de células secretoras de moco, células de tipo celidérmoide y células intermedias. Este tumor parece originarse en el epitelio del conducto hasta que la proliferación ductal adyacente del tumor es común. A veces se presenta con microquistes, estos quistes pueden romperse y liberar moco que puede acumularse en el tejido colectivo y provocar una reacción inflamatoria.

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

Quirúrgico, aunque algunos casos han respondido a la irradiación con R₁, sin embargo ha de reservarse la irradiación para aquellos tumores de alto grado cuya metastatización temprana es leve.

e).- CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE CENTRAL DEL MAXILAR.

El carcinoma mucoepidermoide central es una entidad reconocida recientemente, SITH y colaboradores analizaron 31 casos, la mayoría de estas lesiones han aparecido en la mandíbula aunque algunos lo hicieron en el maxilar—localizados en la zona de molares y premolares y no se extienden hacia adelante mas allá de la zona de premolares.

TEORIAS.

Se ha sugerido que pueden originarse en:

1.- Inclusión de glándulas mucosas retramolares — en la mandíbula, que mas tarde experimentan transformación maligna.

2.- Restos embrionarios de la glándula sub-maxilar, incluidos en la mandíbula durante el desarrollo.

3.- Transformación neoplásica de las células secretorias mucosas comunmente halladas en el revestimiento epitelial de los quistes dentígeros correspondientes a terceros molares retenidos.

Resulta difícil explicar las lesiones localizadas en la porción posterior del maxilar en estos casos, no se puede excluir al carcinoma mucoepidermoide originado en el revestimiento del seno maxilar y que invade el hueso alveolar.

En los casos conocidos de tumores centrales, las metastasis han sido mas regional que difundida.

f).- CARCINOMA ADENOCARCINOMOSO.

El carcinoma adenoescamoso, tumor que afecta a cavidad bucal, cavidad nasal y laringe. Es una neoplasia con un cuadro histopatológico característico que tiene cierta similitud con el carcinoma epino celular adenocárico de la piel, el adenocarcinoma del útero y el carcinoma mucocutáneo.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Los tumores se presentan en la lengua, piso de la boca, nariz, laringe y paladar. No se dispone de suficientes casos para determinar si tiene predilección por sexo o por raza.

Se presenta en personas maduras. La historia más común relatada por los pacientes era la presencia de "granos", "llagas" o "ampollas" en la zona afectada algunos días o varios meses antes de la aparición del tumor, en la mayoría de los casos la lesión se presentaba ulcerada o como un nódulo sub-mucoso indurado. La mayoría de las lesiones era menor de un centímetro de diámetro.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

La histopatología de este tumor es bastante compleja GIBBERTI dijo: que el carcinoma adenoescamoso desde el punto de vista morfológico es de cuatro componentes básicos.

- 1.- Carcinoma del Conducto.
- 2.- Adenocarcinoma.
- 3.-Carcinoma epino celular.
- 4.- Carcinoma Mixto.

Básicamente el tumor se compone de un carcinoma superficial epino celular con nidos infiltrantes de célu-

***...las epiteliales malignas que suelen presentar formación de perlas,

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Tumor sumamente agresivo y se ha de considerar elevada malignidad, metástasis regional a los ganglios linfáticos regionales o a lugares distantes, ningún paciente curó de la enfermedad, la cirugía radical es un tratamiento adecuado.

g).- ADENOCARCINOMA DE FORMAS DIVERSAS.

Grupo histológico heterogéneo, varios de estos adenocarcinomas sumamente anaplásicos a lesiones moderadas — bien diferenciadas, como adenocarcinomas trabecular, quístico y con un patrón pseudoadamantino, es decir, compuesto por células columnares que sufieren ameloblastos y un germen dental en formación.

Estos tumores en su conjunto presentan las características corrientes de las neoplasias malignas, como crecimiento infiltrativo local. Tendencia a la recidiva y — frecuencia de las metástasis, tiende a crecer con rapidez y comportarse con agresividad.

TRATAMIENTO.

Extirpación quirúrgica, índice elevado de recidiva y la sobrevivencia de los pacientes con estos tumores baja.

b).- CARCINOMA EPIDERMÓIDE.

(CARCINOMA ESPINOCELULAR) .

Este tipo de neoplasia que se origina en las glándulas salivales, tiene mal pronóstico, puesto que los tumores tienen propiedades infiltrativas, dan metástasis y recidivan con facilidad, lesión no común suele presentarse con mayor frecuencia en las glándulas salivales, principalmente en particular parótida y sub-maxilar, puede darse en el tejido de las glándulas salivales accesorias.

No se ha definido cual es el sitio exacto en que nace, es probable que se origine en el conducto, porque los conductos pueden experimentar con facilidad metaplasia escamosa. La metaplasia escamosa de los conductos de las glándulas salivales accesorias también suele ser el resultado de una sialoadenitis crónica o un fenómeno de obstrucción del conducto. Esto puede presentarse clínicamente como una pequeña masa nodular, por lo común en el paladar y puede ser mal diagnosticada desde el punto de vista histológico como carcinoma epidermoide.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Cirugía y la radioterapia es de mayor beneficio, como la metástasis regional a los ganglios linfáticos es un hallazgo común en este tumor, se suele realizar una disección radical del cuello, toda vez que la región primaria esté controlada.

1).- TUMORES DEL ESTROMA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

Estos tumores comprenden la mayor parte de las neoplasias de las glándulas salivales, sin embargo, hay un grupo de tumores que derivan del estroma y no del parénquima.

Los tumores benignos del estroma de las glándulas salivales incluyen al hemangioma o hemangioendoteloma juvenil, diversas formas de tumores nerviosos y el lipoma.

Las lesiones malignas de este grupo incluyen linfoma, melanoma y fibrosarcoma, así como los tumores metastásicos.

j).- CARCINOMA TRABECULAR Y ADENOCAPILAR PRODUCTOR DE MOCO

El carcinoma trabecular corresponde al carcinoma simple de la nasofaringe (la designación de trabecular implica que faltan las estructuras acinares).

Se trata de tumores muy malignos que crecen y dan lugar a metástasis rápidamente y, que, a diferencia de los adenocarcinomas ya descrito conducen precozmente a la muerte.

INCIDENCIA.-

Constituyen el 1% de los tumores de las glándulas salivales.

SEXO Y EDAD.

Los dos tipos de tumores afectan al hombre y mujeres con la misma frecuencia y se produce sobre todo en edades de 50 a 60 años.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Habitualmente transcurre menos de un año entre la aparición del tumor y su tratamiento, lo cual indica que ésta produce dolor, no es infrecuente la parálisis del nervio facial, existe metástasis regional o a distancia.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS.

El adenocarcinoma trabecular se caracteriza por unas células polimorfas con grandes núcleos centrales hipercrómicos que presentan numerosas mitosis.

El carcinoma adenocapilar productor de moco se caracteriza por la alteración de zonas sólidas y quísticas así como de estructuras adenocapilares, delimitadas por células pleomorfas que tienen un citoplasma pálido, es característica la presencia de células cilíndricas productoras de moco, se encuentra con frecuencia un crecimiento infiltrativo.

k).- FORMAS RARAS DE ADENOCARCINOMAS.

El adenocarcinoma pseudoadamantino es un tumor de — la gente de edad avanzada que crece y se infiltra rápidamente, se han observado en las glándulas salivales mayores y las glándulas menores del paladar blando.

1).- CARCINOMA ANAPLASICO.

Se le denomina también adenocarcinoma indiferenciado o sólido, o carcinoma de células de transición, frecuen en las glándulas salivales mayores como en las menores y — se da más a menudo en los hombres que en las mujeres. Edg des comprendidas entre los 50 y 70 años; es uno de los tumores más malignos de las glándulas salivales.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Las recidivas son frecuentes y se produce con frecuencia metástasis a distancia, más de la mitad de los pacientes padecen parálisis facial que no se recuperan tras la radioterapia.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS.

Las pequeñas células pleomorfas con grandes núcleos están agrupadas en bandas anchas o grupos redondeados sin observar una pauta característica.

Densos cordones de tejido conjuntivo colágeno y — con menos frecuencia hialino, penetran en las masas hepáticas malignas con frecuencia se observa crecimiento — destructivo en el interior del tejido circundante.

m).- CARCINOMA DE CÉLULAS CEBÁCEAS.

CHENEY Y FITCOCK.— Describieron este tumor que contenía glándulas sebáceas con un componente productor de — moco de menor importancia.

CAPITULO V.

OTRAS PATOLOGIAS.

1.- TRASTORNOS DEL FLUJO SALIVAL.

a).- SIALORREA (PTIALISMO).-

Se caracterizan por el aumento del flujo salival, se le asocia a la inflamación aguda de la cavidad oral, — tal como la estomatitis herpética y con la aparición de la dentición, en individuos retrasados mentales, pacientes esquizofrénicos con trastornos neurológicos, el pánfigo, el embarazo, la rabia, la epilepsia, las náuseas y con las — prótesis mal ajustadas.

En la sialorrea periódica, un solo par de glándulas, en la mayoría de los casos la parótida aumenta de tamaño a intervalos regulares, la enfermedad más frecuente es en las mujeres y puede heredarse como un rasgo autosómico.

b).- XEROSTOMIA.—Disminución del Flujo Salival.

Se asocia a muchas enfermedades, la parotiditis epidémica (paperas) y la sarcoidosis (síndrome de Heerfordt), en el síndrome de Sjogren y en los demás síndromes llamados autoinmunes.

c).- HIPERTROFIA.—

Esta se asocia a sialorrea, xerostomía o secreción salival normal, el aumento de tamaño de una sola glándula, puede ser consecuencia de una inflamación localizada, un quiste o una neoplasia, o bien a factores desconocidos, relacionados con la mal nutrición, cirrosis alcohólica o — trastornos hormonales.

d).- QUISTES Y MUCOCISTES.

Se clasifican en tres categorías; quistes verdaderos, mucocistas o quistes de retención superficiales y rémolas.

El quiste verdadero es habitualmente pequeño de un centímetro, se localiza en el interior del cuerpo de la glándula parótida o sub-maxilar.

El mucocelo, tipo de extravasación mucosa, es una cavidad delimitada por tejido de granulación. Su luz contiene un material hialino eosinófilo y un número variable de macrófagos, al parecer un trauma, quizás mecánico es el responsable de la lesión de los conductos de las glándulas salivales menores.

El mucocelo del labio inferior se observa con mayor frecuencia en individuos mayores de 40 años y se produce más a menudo en los varones que en las mujeres, el mucocelo superficial tiene un color azulado, son transparentes y se rompen fácilmente. El mucocelo más profundo puede durar meses e incluso años.

Histológicamente. El mucocelo consiste en un depósito de moco que se localiza en el tejido conectivo y la sub-mucosa y está rodeado por una pared de tejido de granulación.

El término RANULA se utiliza de modo laxo para designar una lesión quística de pared gruesa localizada en la porción anterior del piso de la boca, engloba entidades tales como el mucocelo de las glándulas sub-linguales y una lesión rara y profunda que ha menudo se extiende más allá del músculo milohioideo.

2.- ANOMALIAS DEL DESARROLLO.

a).- GLANDULAS ABERRANTES.

Cuando se desarrolla el tejido glandular salival - en lugares que no se halla normalmente (región cervical, - ganglios linfáticos intraparotídeos y paraparotídeos) o si el tejido salival está aislado y no tiene conducto excretor. Se descubren por casualidad en el curso de una intervención quirúrgica o por la formación de una fístula salival.

b).- MALFORMACIONES.

Las glándulas salivales pueden ser hipoplásicas o hiperplásicas. En el síndrome del primer arco branquial - puede no haberse formado una glándula parótida.

c).- CONDUCTOS EXCRETORES ACCESORIOS.

Se localizan con frecuencia por encima del conducto de Stensen bastante adelante del borde anterior del meateo. En un caso se había desarrollado un conducto salival en el conducto auditivo.

d).- DIVERTICULOS.

Son probablemente malformaciones verdaderas cuando existen en un recién nacido, tales divertículos rudimentarios se localizan en el sistema excretor salival de forma generalizada.

e).- FISTULAS.

A menudo implica una formación anormal de los arcos branquiales. Las fístulas branquiales congénitas faciales y cervicales, pueden ser completas e incompletas, según que el orificio del conducto sea permeable o no. Las fístulas auriculares que atraviesan el conducto de Rivini, pueden ser de origen genético.

3.- TRASTORNOS INFLAMATORIOS.

Se manifiestan a menudo en forma de tumefacciones dolorosas de la glándula de disminución de su secreción — (hiposaliva). La saliva se vuelve gruesa y espesa y se hallan masas de neutrofilos y bacterias en las extensiones de saliva. La sialografía es una valiosa ayuda en el diagnóstico diferencial, durante la inflamación aguda la sialografía está contraindicada.

a).- CUERPOS EXTRANOS.

En algunos casos, la inflamación de una glándula — resulta de la presencia de cuerpos extraños poco comunes que el paciente se ha introducido en los conductos salivales, entre tales objetos se encuentran los pelos de cepillos de dientes, palillos, plumas y hojas de hierbas.

b).- SIALADENITIS BACTERIANA.

Los procesos inflamatorios, tanto específicos como inespecíficos se localizan primero en los espacios perimucosales y periacinarios y solo secundariamente penetran en los acinos, las infecciones mixtas parecen ascender a partir de la boca, mientras que las infecciones específicas llegan con mayor frecuencia por vía sanguínea.

c).- PAROTIDITIS AGUDA.

La parotiditis aguda se produce después de operaciones abdominales, fiebre prolongada y trastornos caracterizados por un desequilibrio del metabolismo hídrico.

PATOGENIA.

La parotiditis aguda por cocos indica un serio — trastorno general de la regulación de las funciones vitales. Estos cocos atacan de modo especial el sistema vascular que rodea a los conductos. Esto permite que las enzimas proteolíticas lleguen al tejido periacinar donde se

favoreciendo la necrosis y la formación de abscesos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

En la parotiditis unilateral se afecta con mayor frecuencia el lado derecho que el izquierdo y los hombres lo sufren con mayor frecuencia que las mujeres, habitualmente existe fiebre, velocidad de sedimentación globular elevada y leucocitosis, se detectan neumococos o colobacilos solo en un 8%. Los cortes histológicos muestran una ostensible dilatación de los conductos salivales que contienen pus y una densa infiltración pericanalicular por linfocitos mientras que los acinos permanecen relativamente libre de ellos.

**g).- PAROTIDITIS CRÓNICA RECIDIVANTE DE LOS -
ADULTOS.-**

PATOGENIA.- La hiposalivias de las glándulas parótidas es el requisito previo mas importante de la parotiditis crónica recidivante.

CARACTERISTICAS CLINICAS. La parotiditis crónica-recidivante unilateral es aproximadamente dos veces mas — frecuentes que la bilateral. Puede existir dolor asociado en la región preauricular y retromaxilar. Toda la glándula está moderadamente aumentada de tamaño.

DIAGNOSTICO.- Se basa en una historia de tumefacción recidivante, algo dolorosa de la glándula parótida,— la saliva tiene un aspecto turbio o purulento y se afirma que tiene un sabor salado. La sialografía es de gran importancia para el diagnóstico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- El diagnóstico diferencial de la parotiditis crónica recidivante inespecífica debe hacerse con la parotiditis alérgica, la sialodenoitis y el sialadenoma.

**e).- INFLAMACION CRÓNICA DE LA GLANDULA SUB-
MAXILAR.**

La inflamación crónica de la glándula sub-maxilar-trastorno relativamente frecuente, se asocia casi siempre a la sialolitiasis. Es rara la inflamación bacteriana primaria de las glándulas sub-maxilares, probablemente está en relación con el poder bacteriostático de la mucina sub-maxilar. Se observó una alta correlación con la artritis-reumatoidea.

f).- TUBERCULOSIS.

La tuberculosis de las glándulas salivales mayores se produce de dos formas: la forma infiltrativa diseminada-

###...tiene un origen hematogéno y un curso muy leve, no existe ni dolor ni fiebre y a veces ni siquiera tumefacción. Los conductos secretorios no contienen pus. En la forma caseosa, existen zonas irregulares con contornos policólicos además de estenosis y dilatación, que también aparecen en la inflamación crónica.

La forma nodular circunscrita suele diagnosticarse por la clínica de tumor de la glándula salival. El diagnóstico de la tuberculosis de la glándula parótida es a su vez difícil, porque suelen faltar a los síntomas de tuberculosis generalizada. La biopsia por punción y la sialografía son de gran ayuda si existen varios focos de liquefacción. La tuberculosis de las glándulas salivales tienen un origen hematogéno o linfógeno. Se ha descrito la existencia simultánea de tuberculosis y tumor en la misma glándula salival.

g).- SIALADENITIS VIRICA.

Los virus que invaden las glándulas se observan sobre todo en las células epiteliales, aunque las manifestaciones histológicas, es el edema perivasculares y la infiltración leucocitaria en el tejido conectivo interacinar.

h).- PAPERAS O PAROTIDITIS EPIDEMICA.

Las paperas son las más frecuentes y difundidas de las enfermedades de las glándulas salivales. Los datos serológicos indican que los pacientes no presentan síntomas clínicos. El período de incubación es de 21 + 10 días los niños entre las edades de 6 a 8 años son los más sensibles.

VIROLOGIA Y SEROLOGIA.

El virus es detectable en la saliva de dos a cuatro días antes de producir manifestaciones en los órganos, — por tanto el aislamiento del paciente durante ocho días o

###...dier días es suficiente. Las paperas suelen dejar — una inmunidad duradera, la infección se produce por contagios, habitualmente por gotitas de saliva emitidas al toser o al estornudar. Aún cuando existen muchas pruebas de laboratorio diagnósticas, la prueba de fijación de complemento suele ser la mejor. Durante los primeros diez días existe la leucopenia asociada, un aumento de la actividad amilásica en el plasma y especialmente en la orina.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

En el 30 % de los pacientes es solo una de las parótidas esta aumentada de tamaño. A menudo se afectan otros órganos, en un diez por ciento se afectan las glándulas — sub-maxilares, orquitis 25 %, oofiritis 15% meningitis serosa 10% y pancreatitis 20%, la meningitis por el virus de las paperas es probablemente más frecuente de lo que se había sospechado, en aproximadamente un 10% de los pacientes produce esterilidad, la oofiritis es menos frecuente, casi siempre unilateral y raramente productora de esterilidad — en la mujer.

1).- ENFERMEDADES DE LAS INCLUSIONES CITOMEGÁLICAS.

El virus de la enfermedad de las inclusiones, es — patógeno solo en determinadas condiciones, el virus ha sido estudiado al microscópico electrónico y serológicamente existen dos o tres serotipos distintos. La infección del feto se produce por vía transplacentaria. El virus debilita al feto, retrasa su desarrollo y son frecuentes los partos prematuros.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

En el nacimiento la patología es: hepatosplenomegalia 20%, ictericia 75%, púrpura trombocitopénica 50% y—

###...afectación del sistema nervioso central 50 %.

CACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS.

Además de las glándulas salivales, pueden hallarse los cuerpos de inclusión en los pulmones, el hígado, los riñones y en ocasiones otros órganos. Mientras que la glándula parótida es la más afectada en niños, la glándula sub-maxilar es en el adulto.

Los antibióticos a dosis altas y especialmente los esteroides parecen favorecer la enfermedad. El diagnóstico se basa principalmente en la detección de las células características en la saliva o en el esputo y en las He oes.

4.- SIALADENITIS ALÉRGICA.-

La tumefacción de las glándulas salivales, sobre todo de la parótida, es a menudo difícil de diferenciar de la sialodenoosis y de la inflamación inespecífica recidivante crónica.

Sabemos que la sub-mucosa en la que penetran los egones de los conductos salivales durante el desarrollo de las glándulas parótidas y sub-maxilares es rica en tejidos linfáticos y que el tejido conjuntivo sialodental conserva su capacidad embrionaria de formar linfocitos, células plasmáticas, histiocitos, etc. por lo que existen procesos alérgicos y autoinmunes, sobre todo en la glándula parótida.

La Sialadenitis puede clasificarse en cinco grupos:

I.- Sialadenitis aguda alérgica.

II.-Sialadenitis Colagenótica.

III.-Sialadenitis Reumatoidea (Síndrome de SJOGREN)

IV.- Sialadenitis Sarcoidótica (enfermedad de

V.- Síndrome de ^{HELMERSON} - ^{ROSENTHAL}.

I.- SIALADENITIS AGUDA ALÉRGICA.

La tumefacción alérgica localizada de una glándula salival es relativamente rara. Se ha descrito una parotiditis concomitante a consecuencia de hipersensibilidad generalizada, como complicación de la fiebre del heno, el asma, etc.

Alergia Alimentaria:- Los alérgenos alimentarios pueden producir además de trastornos intestinales; tumefacciones de las glándulas salivales.

Alergia Farmacológica:- Después de la sialografía se pueden observar en pacientes sensibles al yodo, la sensibilidad a diferentes antibióticos puede dar lugar a hipersecreción y a hiposialia resultante.

Alergia Infecciosa:- Puede esperarse una reacción alérgica particularmente tras el padecimiento de sialomiosis y polinosis.

Parotiditis por RAYOS X:- También intervienen los mecanismos inmunes, pueden ser causadas por la irradiación de órganos alejados. El aumento de tamaño se interpreta como una respuesta alérgica a los catabolitos que se forman por efecto de la irradiación. Al microscopio se observa una destrucción de las células serosas, desorganización de los acinos e infiltración por células inflamatorias.

II.- SIALADENITIS COLAGÉNICA.

Hasta hace poco se clasificaba la sialadenitis colagénica con el síndrome de SJOJREN, esto es sin embargo incorrecto, puesto que difiere desde el punto de vista patogénico, morfológico y hematólogico. Las manifestaciones clínicas, tales como sequedad, fiebre, manifestaciones reumatoideas y mal estado general, así como un discreto aumento de tamaño de ambas glándulas parótidas no bastan para llegar al diagnóstico. Deben realizarse biopsias para

...distinguir cual es la colagenosis subyacente.

PATOGENIA:- Probablemente la autoinmunización es la causa de todas las colagenosis.

CARACTERISTICAS CLINICAS:- Se produce en mujeres entre los 30 y 40 años, el diagnóstico se basa en la detección de células LE en la sangre en el caso de lupus eritematoso, en la esclerodermia y la dermatomiositis, — faltan a menudo los anticuerpos antimoleculares. Parece — existir un trastorno en la resorción de sodio en la región de las células canaliculares epiteliales estriada.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS.

El examen histológico descubre masas fibrínicas — homogéneas, en banda, en los intersticios dilatados de la estroma. Faltan las proliferaciones epiteliales características del síndrome de Sjögren. Los acinos están cada vez más constrictos por la masa fibrínica lo cual causa su atrofia.

III.-SINDROME DE SJOGREN.

SINDROME DE SJOGREN..

El Síndrome de SJOGREN:- Originalmente fue descrito como compuesto de queratoconjuntivitis seca, xerostomia y artritis reumatoide.

Otros pacientes presentan lupus, eritematoso sistémico, poliartritis nudosa, polimiositis o escleroderma.

ETIOLOGIA.

Se ha sugerido diversas causas de la enfermedad: - infección crónica, deficiencia vitamínica, trastornos hormonales, trastornos neurogénicos, muchos pacientes con este síndrome tienen un aumento del nivel de globulina gamma-globulina, tal como los pacientes de la enfermedad de Hashimoto. Esta hipergammaglobulinemia se debe a un aumento difuso de las tres inmunoglobulinas Y - G, y A y Y - M.

Además los pacientes tienen globulina antigamma - (factor reumatoide) en su suero.

La gran parte de los estudios actuales sostienen que esta enfermedad se origina en la autoinmunización por las glándulas salivales (o las glándulas tiroideas en la enfermedad de Hashimoto).

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta en mujeres mayores de 40 años aunque pueden ser afectados niños o adultos jóvenes.

Las características típicas de la enfermedad son: sequedad de la boca, y ojos, como resultado de la hipofunción de las glándulas salivales y lagrimales. Suele originar sensaciones de dolor y ardor de la mucosa bucal, además está afectada diversas glándulas secretorias de la nariz, laringe, así como la vagina.

Se comentó que la mayoría de los pacientes manifiestan hinchazón evidente de la glándula parótida y submaxilar, idéntica en la observada en la enfermedad de Mikulic.

Puede haber una variedad de trastornos renales posiblemente relacionados con la hipergammaglobulinemia.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Se describieron tres tipos de alteraciones histológicas de las glándulas salivales principales.

En un caso hay infiltración linfocitaria intensa de la glándula que reemplaza toda la estructura acinar — aunque la arquitectura lobulillar permanece, en otro hay proliferación del epitelio y micropitelio del conducto, estos trastornos son idénticos a la enfermedad de Mikulic, — la tercera es solo una atrofia de las glándulas resultantes de la infiltración linfocitaria.

Hallazgos de laboratorio además de la hipergammaglobulinemia y anticuerpos contra el epitelio del conducto de la glándula salival, estos pacientes pueden tener un índice de sedimentación aumentado, linfocitosis y fiebre de bajo grado.

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

El Síndrome de Sjögren es resistente a la mayoría de las formas terapéuticas, como es una enfermedad autoinmune.

La respuesta a las hormonas sexuales así como a la ACTH y la cortisona suele ser escasa.

La irradiación con RX se ha utilizado para reducir el tamaño de las glándulas parótidas por razones estéticas, un factor que complica esta enfermedad es la generación — del linfoma maligno y el pseudolinfoma; se dijo que la ac—

###...tividad inmunológica y linfocítica crónica predispone a la formación del linfoma.

La enfermedad de Mikulicz, pero no el síndrome de Mikulicz es, probablemente idéntica a la lesión linfocitoplasmática, esta entidad comparte varios rasgos con el síndrome de Sjögren etiología común.

IV.- SIALADENITIS SARCOIDOTICA.

La sarcoidosis de la glándula parótida se produce en cerca del 4% al 6% de todos los pacientes afectados de sarcoidosis generalizada, una forma aguda que afecta a las glándulas parótidas y a los ojos simultáneamente (uveoparotiditis) se designa como síndrome de HENRFORDT.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.-

Se aprecia una tumefacción lenta e indolora en un paciente que por lo demás parece tener un buen estado general.

A veces están afectadas las glándulas salivales menores. No es frecuente que exista asialia en la glándula afectada y pueden existir signos asociados de sequedad de primer y segundo grado, conjuntivitis y caries dental. En algunos casos la enfermedad se observa en niños.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS.

La anatomía patológica descubre numerosos granulomas epiteloides sin caseificación. Los granulomas se localizan alrededor de los canalículos, pero pronto desplazan al parénquima y tienen tendencia a hialinizarse, dado que este granuloma de células epiteliales puede también desarrollarse en los ganglios linfáticos intracapsulares y extracapsulares.

DIAGNÓSTICO.- Se basa en lo siguiente:

- 1.- Manifestaciones Clínicas.
- 2.- Pruebas de Laboratorio.
- 3.- Manifestaciones Radiológicas.
- 4.- Biopsia.
- 5.- Pruebas Cuantitativas de la Tuberculina.
- 6.- Prueba de NICKERSON-KVEIN.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Debe excluirse la tuberculosis basándose en el cuadro

###...so clínico, la prueba cutánea y la biopsia, del Síndrome de MELKISS, el Síndrome de HERRPORDT afortunadamente es una enfermedad que tenía mal pronóstico antes del advenimiento de la terapia corticéidica.

V.-SINDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL.

Se asocia a ellas una marcada hiposialia, especialmente en la glándula parótida, puede existir incluso asialia. El análisis químico de la saliva no aporta pruebas - ni de inflamación ni de sialadenosis (es decir los niveles de sodio y potasio son normales). El examen histológico descubre una atrofia definida, no siempre compensada -- por lipomatosis.

J).- SIALADENOSIS.

Las glándulas salivales reaccionan de un modo bastante semejante a varias enfermedades, sean estas inflamatorias, neoplásicas o metabólicas.

La parótida es la glándula salival mas sensible, -- si además de la hiposialia existe una elevación de potasio en la saliva y una disminución del contenido de sodio y si la sialografía muestra un sistema secretor en forma de cable, por lo demás normal ello es muy sospechoso de sialadenosis.

Se consideran los grupos siguientes:

Sialadenosis Hormonal, Sialadenosis Humoral, Sialadenosis Disengimética, Sialadenosis de la Malnutrición. Mucoviscidosis y Sialadenosis Farmacológicas.

CARACTERISTICAS CLINICAS GENERALES.

La Sialadenosis se caracteriza principalmente por la tumefacción glandular bilateral, su curso es crónico, -- ondulante, recidivante, habitualmente no doloroso y afebril. Las mujeres en especial las que se encuentran en --

...edad de las alteraciones hormonales se afectan mas -
a menudo.

HISTORIA.

Existe aumento de tamaño lento crónico y ondulante, indoloro multiglandular y simétrico. Existen trastornos -
termonales, neurogénicos o hepatogénicos.

ANALISIS DE SALIVA.

El estudio de la cantidad de saliva en reposo pro-
ducida por una glándula enferma y de sus concentraciones -
en proteínas y electrolitos puede ayudar al diagnóstico.

SIALOGRAFIA.

La Sialografía descubre o bien una configuración -
normal de los canalículos salivales o bien en las sialade-
nosis dishormonales y hepatógenas conductos salivales muy-
finos en forma de cabello. Si los conductos terminales -
están comprimidos por la tumefacción se obtiene una imagen
de "árbol en flor".-

INSPECCION Y PALPACION.

Son de poca ayuda en el diagnóstico diferencial, -
la tumefacción afecta principalmente a la porción presuri-
cular de la glándula parótida (a diferencia de las pape-
ras, que producen por lo común tumefacción de la región -
retro-maxilar). Aunque la sialadenosis de la malnutrición
y hepatógenas es a menudo retro-maxilar, la sialadenosis-
dishormonal es habitualmente presuricular.

La tumefacción es algo pastosa, raramente doloro-
sa a la presión y no está delimitada con claridad.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Es relativamente fácil descartar los tumores y sig-
litos por medio de la historia clínica, la palpación y -
la sialografía, el diagnóstico diferencial consiste casi-

///...siempre en diferenciar la inflamación crónica recidivante de la sialadenosis.

K).- SIALADENOSIS HORMONAL.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

La entidad se manifiesta por una tumefacción parotídea recidivante, primero no inflamatoria, habitualmente unilateral, blanda y dolorosa a la presión que se acompaña de síntomas de disregulación hormonal.

Afecta más a menudo a las mujeres que a los hombres, edad promedio 50 años.-

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS.

La glándula parótida presenta acinos serosos aumentados de tamaño. El citoplasma es casi siempre muy cromófilo y están aumentados los gránulos enzimáticos. Los núcleos se encuentran en el borde de la célula y pueden ser aplastados. Los canalículos centroacinares son apenas detectables, la infiltración pericanalicular por células redondas que existe en la inflamación crónica falta en la sialadenosis.

ANÁLISIS DE SALIVA.

Se halla una hiposialia habitualmente muy pronunciada, pero la agulia es rara, la concentración de potasio está aumentada, mientras que el contenido de sodio se afecta raramente.

L).- SIALADENOSIS POR ACCIÓN DE LAS HORMONAS SEXUALES.

El epitelio de las glándulas salivales depende de la homeostasis de las hormonas sexuales, además a medida que avanza el embarazo la concentración de potasio en la saliva aumenta, mientras que el sodio permanece en el límite inferior de concentración.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

En esta patología existe habitualmente una tumefacción blanda, difusa esencialmente indolora, ondulante de las glándulas parótidas sobre todo preauricular y solo algo retro-maxilar.

El diagnóstico puede establecerse a menudo por la historia clínica porque puede acompañar a alteraciones hormonales como la menarquia, el embarazo y la menopausia, — también se observa tras las operaciones ovariectomías, enlaguecimiento y en el hipogonadismo.

ANÁLISIS DE SALIVA.

Aumento definido en la concentración de potasio de la saliva parotídea, los valores de sodio no están aumentados.

SIALOMETRÍA Y SIALOGRAFÍA.

La sialometría de la saliva no estimulada arroja valores que van del flujo salival apenas disminuido a la normalidad.

La sialografía, muestra un sistema de conductos — salivales en forma de cables.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS.

La célula acinar tumefacta posee un citoplasma intensamente cromófilo con muchos gránulos enzimáticos. Los conductos salivales interacinarios son invisibles mientras que la pared striata no está alterada.

B).- SIALADENOSIS DIABÉTICA.

Puede existir una sialadenosis hormonal que afecta las glándulas parótidas y sub-maxilar en la insuficiencia insular pancreática, la sialadenosis dishormonal resultante de la diabetes no es frecuente, sin embargo se ha — descrito a menudo parotiditis combinada con adiposidad en presencia de diabetes mellitus.

***...

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

La tumefacción diabética es principalmente retro--
maxilar, las personas entre los 50 y 60 años son las mas--
propensas a desarrollarlas. NELLINGHOFF destacó la ausen--
cia de tumefacción en los niños diabéticos.

Dado que los pacientes diabéticos tienen disminu--
das sus defensas frente a la infección en que la secreción
de saliva disminuye con la sialadenosis, el absceso es más
frecuente en los individuos con diabetes.

SIALOGRAFIA.

Suele mostrar un buen sistema de conductos saliva--
les finos y delicados, o bien estenosis y dilataciones --
consecutivas del conducto salival principal, indicando es--
to inflamaciones secundarias.

ANÁLISIS LR SALIVA.

El aumento de potasio es tan pronunciado como con--
la influencia de las hormonas sexuales, existe un aumento
de la concentración de sodio sin que sea detectable ninguna
infección secundaria por medios clínicos o sialográficos.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS.

Las células de los acinos están muy tumefactas, --
presentan a menudo una claridad acuosa con gránulos apela--
zados pobres encromatina redondeado y están en situación--
marginal, los bastoncitos basales de la porción estriada--
son difíciles de diferenciar. El sistema canalicular de --
esta región está dilatado mientras que faltan los conduc--
tos centroacinares como consecuencia del edema.

M).- SIALOLITIASIS.

La litiasis salival es la afección que se caracte--
riza por la formación de cálculos calcáreos alojados en --
pleno parénquima glandular, y en los conductos excretores
de las glándulas paróticas sub-maxilares y mas rara vez --

###...sub-linguales.

CAUSAS DE LA LITIASIS SALIVAL PUEDEN SER:

Meólicas: el curso ascendente del conducto de —
WHARTON y sus muchas muescas, dificultan posiblemente el —
flujo salival.

QUÍMICAS.—

Hay dos teorías la organoquímica y la cristalina.—
La primera considera que lo primero es la formación de la —
matriz orgánica, lo cual va seguido de calcificación lo —
mismo que ocurre en las perlas, los huesos y las conchas. —

La teoría cristalina considera que un líquido cor-
poral hipersaturado de calcio y fósforo es la causa prin-
cipal de la formación de los cálculos salivales.

INFLAMATORIAS.

La causa inflamatoria tales como las infecciones—
bacterianas, víricas y micóticas y la irritación causada—
por cuerpos extraños, han sido considerados a menudo prin-
cipes en la sialolitogénesis.

La Sialolitiasis es una afección más común en el —
hombre que en la mujer y de la edad adulta. No obstante —
se le puede reconocer en el niño. Esta afección comienza
a producir manifestaciones cuando se obstruye el conducto-
excretor, el cálculo salival es por lo común la iniciación.

Es durante la masticación de los alimentos cuando
el sujeto nota dolores en el trayecto de la glándula, al —
principio como masajes y movimientos mandibulares todo —
cede.

Pronto la infección se muestra saliendo por el ori-
ficio del conducto un líquido purulento, otras veces se —
reconoce ya la escara de decubito que deja ver en el fondo
de la úlcera parte o todo el cálculo recubierto de un mag-

###...ma fibrino purulento.

DIAGNOSTICO.

Se basa en la glándula y en el conducto d'cloroso, en el reconocimiento del orificio exterior, en la llegada o no de la saliva o bien de pús, con el masaje, nuestros dedos la mas de las veces localizan y reconocen el cálculo.

o).- PARASIALADENOMA.

Se encuentra en el exterior de las glándulas salivales, pero debido a su situación topográfica puede simular clinicamente un sialadenoma.

Las formas mas frecuentes son quistes, tumefacción muscular, tumor glómico y adenopatias parasialadenales, — que a menudo pueden diferenciarse de la tumefacción linfática sialadenal por la sialografía. El quiste puede ser quiste epidermoide (originado a partir de epitelio — oral ectópico, que habitualmente se manifiesta en la punta) y un quiste linfoepitelial de la región retromandibular.

El quiste hidatídico que puede parecerse a un parasialadenoma y los quistes hemorrágicos son extremadamente raros. El hemangioma parasialadenal del músculo masetero, cuyo tamaño varia durante la masticación y la compresión.

CAPITULO VE

CONCLUSIONES.

Concluyendo, considero que los procesos patológicos de las glándulas salivales, en la actualidad deben de ocupar la atención del C.D. por ser estos un problema de salud muy importante.

El C.D. deberá estar capacitado para diagnosticar - correctamente los diferentes procesos patológicos, tanto de las glándulas salivales en sí como de otras patologías que interesen a la cavidad oral. Ya que descubriéndolas tempranamente aumentaría las posibilidades de una mejor atención - por parte del C.D. y un correcto tratamiento para el paciente.

Sugiero, que cuando el paciente se presente por primera vez a consulta, el dentista debe hacer un examen minucioso de toda la cavidad oral, y si apareciese cualquier irregularidad en la normalidad de los tejidos, o en su caso el paciente reportase molestias persistentes durante un tiempo de tres semanas o períodos largos irregulares.

Esto bastará para poner alerta al C.D. y proceder - al diagnóstico más acertado, ayudándonos con los diferentes medios de estudios con que cuenta la medicina odontológica preventiva actual.

Exhorto a todos mis compañeros C.D. en luchar cada día más contra la enfermedad, que debilita al ser humano en su integridad social y económica, puesto que esto es causa que repercute en el desarrollo del individuo y por lo tanto de nuestro país.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

CAPITULO II

CAPITULO III

CAPITULO IV

ANATOMIA.

FISIOLOGIA.

GENERALIDADES HISTOLOGICAS
DE LAS GLANDULAS SALIVALES

- 1.- Clasificación.
- 2.- Elementos Estructura-
les de las Glándulas--
Salivales.
- 3.- Cuadro Sinóptico de --
las Glándulas Saliva--
les Mayores según: --
Finerty (Histología y--
Embriología de Irvin,-
Orban).

TUMORES DE LAS GLANDULAS -
SALIVALES.

- 1.- Procesos Neoplásicos--
benignos.
 - a).- Adenoma Pleomorfo --
(Tumor Misto).
 - b).- Sistadenoma Papilar-
Linfomatoso (Tumor War-
ther, Adenolinfoma).
 - c).- Adenoma Oxifilo.
 - d).- Adenoma Canalicular.
 - e).- Adenoma de Células--
Cebáceas.
 - f).- Lesión Linfocitética
 - g).- Sinsialadenoma.
 - h).- Neurinoma y Neurofi-
broma.
 - i).- Angioma.
 - j).- Hemangioma.
 - k).- Linfangioma.
 - l).- Lipoma.
 - m).- Linfoma.
 - n).- Sarcoma.
 - ñ).- Tumores Malignos Mi-
celáneos.

- o).- Tumores de las Glándulas Salivales Menores.
- 2.- Pruebas Neoplásicas Malignas.
 - a).- Adenoma Maligno (tumor maligno mixto).
 - b).- Carcinoma Quístico Adenoideo.
 - c).- Adenocarcinoma de células Acinosas.
 - c).- Carcinoma Mucoepidermoide.- Central del Maxilar.
 - e).- Carcinoma Mucoepidermoide.
 - f).- Carcinoma Adenoescamoso.
 - d).- Adenocarcinoma de formas diversas.
 - b).- Carcinoma Epidermoide.
 - i).- Tumores del Estroma de las glándulas salivales
 - j).- Carcinoma trabecular y Adenopapilar productor de moco.
 - k).- Formas raras de Adenocarcinomas.
 - l).- Carcinoma Anaplásico.
 - m).- Carcinoma de Células Cebáceas.

CAPITULO V

OTRAS PATOLOGIAS.

- 1.- Trastornos del Flujo Salival.
 - a).- Sialorrea.
 - b).- Xerostomía.
 - c).- Hipertrofia.
 - d).- Quistes y Mucoceles.
- 2.- Anomalías del Desarrollo -
 - a).- Glándulas Aberrantes.
 - b).- Malformaciones.
 - c).- Conductos Excretorios - Accesorios.
 - d).- Divertículos.
 - e).- Fístulas.

- 3.- Trastornos Inflamatorios.
 - a).- Cuerpos extraños.
 - b).- Sialadinitis Bacterianas.
 - c).- Parotiditis Aguda.
 - d).- Parotiditis Crónica Agudivante de los Adultos.-
 - e).- Inflamación crónica de la Glándula Sub-malar.
 - f).- Tuberculosis.
 - g).- Sialadinitis vírica.
 - h).- Paparan o Parotiditis Epidémica.
 - i).- Enfermedad de las inclusiones Citomegálicas.
- 4.- Sialadinitis Alérgica.
 - I.- Sialadinitis Aguda Alérgica.
 - II.- Sialadinitis Colagenótica.
 - III.- Sialadinitis Reumatoides (Síndrome de Sjögren).
 - IV.- Sialadinitis Sarcoidótica (enfermedad de Heerfort).
 - V.- Síndrome de Mikerson-Rosenthal.
 - j).- Sialadenosis.
 - k).- Sialadenosis Hormonal.
 - l).- Sialadenosis Por Acción de las Hormonas Sexuales.
 - m).- Sialadenosis de 4-ica.
 - n).- Sialolitiasis.
 - o).- Parasialadenomas.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- PATOLOGIA BUCAL.
Birket, W.L.
- 2.- TRATADO DE MEDICINA INTERNA.
Cecil Loeb Beeson Mc.
- 3.- ANATOMIA HUMANA.
Cunningham D. J.
- 4.- MEDICINA INTERNA.
Ferreras Rosman.
- 5.- FISIOPATOLOGIA CLINICA.
Hoff Ferdinand.
- 6.- ANATOMIA DESCRIPTIVA.
Fort J. A.
- 7.- TRATADO DE GINECOLOGIA BUCAL.
Krugger, O. G.
- 8.- PRINCIPIOS DE PATOLOGIA.
Perez Tamayo R.
- 9.- PATOLOGIA BUCAL.
Thoma L
- 10.- PATOLOGIA BUCAL.
Williams Shafer-Hine Lely.
- 11.- HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA.
Vincen Provensa.
- 12.- HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCAL.
Irvin Orban.