

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**NEOPLASIAS BENIGNAS, MALIGNAS Y OTRAS
PATOLOGIAS DE LAS GLANDULAS DE LA
CAVIDAD ORAL.**

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a

BONIFACIO NETRO NAJERA

México, D. F.

1983



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.

I N D I C E

	Página
PREFACIO	4
INTRODUCCION	5
CAPITULO I. ANATOMIA. GLANDULAS SALIVALES.	6
CAPITULO II. HISTOLOGIA.	16
CAPITULO III. TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.	30
CAPITULO IV. OTRAS PATOLOGIAS.	64
CONCLUSIONES	91
BIBLIOGRAFIA	92

P R E F A C I O

Mi primera y mayor deuda de gratitud, la tengo con cada uno de mis maestros, por su paciencia y generosidad, con que me han guiado, por haberme concedido lo mejor de cada uno de ellos, con el fin de instruirme, proporcionarme fundamentos que me permitieran valorar la información y transferir conocimientos, mediante los cuales asumiré responsabilidades, y seré capaz de tomar decisiones.

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

Dada la importancia de las glándulas salivales, se debe recordar que con frecuencia son afectadas por numerosos procesos patológicos.

Motivo por el cual, he tratado de resumir conceptos de algunos investigadores en el tema, y por considerar la relación tan estrecha que hay con la función de la cavidad oral, que es donde se inicia la digestión, además de ser el campo de acción del Cirujano Dentista.

Siendo responsabilidad del Odontólogo, conocer y detectar a tiempo las anomalías que aquí se originan, para evitar que degeneren.

No pretendo que este trabajo sea una obra de investigación, puesto que me he enfrentado con el obstáculo, sin duda insuperable, de las limitaciones de mis conocimientos y la poca experiencia que poseo.

CAPITULO I

ANATOMIA

GLANDULAS SALIVALES

PAROTIDA.-

La Parótida es la glándula salival más voluminosa, que se localiza por debajo del conducto auditivo externo, por debajo de la apófisis mastoidea y por detrás de la rama ascendente de la mandíbula.

Está contenida en una red de células de tejidos -- conjuntivo que se condensa en algunas partes tomando el aspecto de una aponeurosis.

Presenta la forma de un prisma triangular con una base (triangular) superior y una inferior; una cara externa, una anterior y otra posterior, un borde interno faríngeo y dos bordes externos; uno anterior y otro posterior, sus relaciones se pueden dividir en estrínsecas o exteriores e intrínsecas o interiores.

RELACIONES EXTRINSECAS O EXTERIORES.-

Por su cara externa que es abombada está en rela--

ción con la aponeurosis cervical superficial, con el tejido celular subcutáneo y la piel.

La cara anterior acanalada longitudinalmente, corresponde de afuera al borde posterior del masetero, al borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula, al borde posterior del pterigoideo interno y a la aponeurosis interpterigoidea reforzada por el ligamento esfenomaxilar.

También se relaciona con la membrana fibrosa que une a los ligamentos estilomaxilar y esfenomaxilar, de esta cara en unión con la externa se desprende una prolongación anterior aplanada verticalmente y de forma cónica cuya base se confunde con la glándula y su vértice está situado en la cara externa y parte media del masetero, de esta prolongación emana por su cara profunda el canal de Stenon.

La cara posterior comprende de afuera adentro el borde anterior del esternocleidomastoideo, el vientre posterior del digástrico, el estilohioideo y el estilogloso; unidos naturalmente por la aponeurosis profunda de la celda parotídea, que está reforzada a este nivel por los ligamentos estilomaxilar y estilohioideo.

La extremidad superior de la glándula se relaciona con la articulación temporomandibular, cuya cápsula articu

lar cubre y toma adherencias en ella. Más adentro se halla en relación con la porción cartilaginosa del conducto auditivo externo.

La cara inferior descansa en el tabique intermaxiloparotídeo, el cual separa de la glándula submaxilar.

El borde interno se relaciona con el ligamento ex-tilomaxilar o con la pared lateral de la farínge, cuando existe la prolongación faríngea.

El borde anterior corresponde a la cara externa -- del masetero y de él se desprende la prolongación masetorina y en algunos casos, es independiente del cuerpo de la glándula.

La masa parotídea esta en relación directa con arterias, venas linfáricas y nervios que atraviesan la celda parotídea y se introducen en el parénquima glandular.

La cartica externa emite en su trayecto intraparotideo la arteria auricular posterior, la maxilar interna y la temporal superficial.

Entre las venas está la yugular externa que tiene su origen en la confluencia de la vena maxilar externa y de la vena temporal superficial al nivel del cuello del -- cóndilo, recibiendo en su trayecto la transversa de la cara y la auricular posterior.

Los linfáticos intraparotídeos son ganglios, de -- los cuales unos son superficiales y otros profundos.

Los nervios en relación con la masa parotídea son el facial que sale del conducto estilomastoideo, penetra -- en la parótida, la atraviesa oblicuamente hacia afuera y -- adelante con tendencia a alcanzar la cara externa de la -- glándula por la cara externa del borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula, se divide en sus ramas terminales: Temporofacial y Cervicofacial las cuales salen -- separadas de la masa parotídea. Tenemos también el nervio aurículotemporal o temporal superficial nace del tronco -- posterior del maxilar inferior, pasa por el ojal retrocondíleo y penetra en la masa parotídea.

Aquí emite un ramo que se dirige hacia arriba hasta llegar a la arteria temporal superficial donde se anastomosa con el facial. Estas ramas son dependientes de las que emite fuera de la celda destinada al trague, al conducto auditivo externo al plexo cervical y al simpático.

La glándula parótida como la submaxilar presentan forma ascinosa cuyos túbulos mas o menos abultados en su -- origen se agrupan para formar lobulillos primitivos, los -- cuales a su vez, se reunen con otros para hacer lóbulos secundarios de su conjunto forman la glándula.

CONDUCTO DE STENON.-

Se halla constituido por la confluencia de los con ductos interlobulillares que se inician en la cara anterioru interna de la parótida o en el espesor mismo de la glándu-- la. Se dirige hacia adelante cruza la cara externa del ma- setero, por debajo de la arteria transversa de la cara al-- canza el buccinador en su parte externa al que atraviesa -- oblicuamente hacia adelante y adentro, para abrirse en la - mucosa del vestíbulo de la base al nivel del segundo molar superior.

GLANDULA SUBMAXILAR

Está situada en la parte lateral de la región supra hioidea en la foseta esculpida en la cara interna de la man díbula, está contenida como la parótida en una celda esteo- fibrosa, llamado compartimento submaxilar. Es un hueco es- teofibroso prismático triangular con tres paredes: interna, inferoexterna y superoexterna.

PARED INTERNA.- Está formada por un desdoblamiento de la - aponeurosis cervical superficial que va a fijarse en la lí- nea milohioidea, se halla en relación con los dos vientres del digástrico y su tendón intermedio, con el músculo milo-

hioideo y el hiogloso, con el nervio hipogloso mayor, con el intermedio del hiogloso y con la arteria lingual, en su parte posterior se relaciona con el estilohioideo y -- con la pared lateral de la faringe.

PARED INFEROEXTERNA.- Está constituida por la hoja externa del desdoblamiento de la aponeurosis cervical superficial, se relaciona con el músculo cutáneo del cuello, tejido celular y la piel.

PARED SUPEROEXTERNA.- Se halla formada por la cara interna de la rama horizontal de la mandíbula, comprende la foseta submaxilar, situada entre la línea milohioidea por - arriba y el borde cervical por abajo.

Es de forma prismática triangular con tres caras y dos extremidades.

La cara externa corresponde a los elementos tratados al mencionar la celda submaxilar, entre ella se encuentran los ganglios submaxilares por dentro de la aponeurosis en número de seis o siete.

La cara interna está en relación con el plano profundo de la región suprahioidea lateral entrando en con--tacto con el triángulo de Heclard, formado por abajo por el hueso Hioides, por arriba y abajo por el vientre poste

rior del digástrico y por atrás por el borde posterior del hiogloso, músculo que cubre la arteria lingual antes de ésta emita la dorsal de la lengua. También se relaciona esta cara con el triángulo de Pirogoff, limitado por delante por el borde posterior del milohioideo, por abajo por el tendón intermedio del digástrico y por arriba por el Hipogloso mayor, en el fondo se encuentra el Hiogloso a través del cual la glándula se relaciona con la arteria lingual.

De la cara interna de la glándula se desprende una prolongación posterior que a veces se extiende hasta el Pterigoideo interno y otra prolongación anterior o submilohioidea aplanada transversalmente que se dirige arriba y adelante entre los músculos hiogloso y milohioideo acompañando el canal de Wharton hasta la glándula submaxilar.

LA CARA INFERIOR O INFEROEXTERNA.- Se relaciona con la vena facial, con la aponeurosis superficial, con el músculo cutáneo del cuello y con la piel.

La extremidad posterior se halla en relación con la arteria facial y vientre posterior del digástrico.

El conducto de Warton nace en la parte media de la cara interna de la glándula, se dirige hacia adelante y adentro hasta el borde inferior del frenillo de la lengua, en donde cambia de dirección y corre hacia adelante para desembocar en el piso de la boca. Es una glándula mixta

que está por ascines seroso y mucosos separados por tejido conjuntivo.

Está irrigada por arterias procedentes de la facial y submentoniana y en sus restos capilares nacen venas que desembocan igualmente en la facial submentoniana.

Los nervios parasimpáticos proceden del lingual, el cual se anastomosa con la cuerda del tímpano, también derivan del ganglio submaxilar.

GLANDULA SUBLINGUAL.

Está situada en el piso de la boca por debajo de la mucosa y por dentro del cuerpo del maxilar, es la más pequeña de las glándulas salivares, de forma elipsoidal aplanada transversalmente y con su eje mayor dirigido de atrás a adelante y de adentro a afuera. No tiene salida esteoaponeurótica y se halla envuelta por tejido aponeurótico.

Tiene dos caras, dos bordes, y dos extremidades.

La cara externa es convexa y en estrecha relación con la foseta sublingual.

La cara interna se relaciona con el conducto de --

Wharton, el nervio lingual y la arteria Ranina y con la cara externa de los músculos geniogloso y lingual inferior.

El borde inferior esta en relación con los múscu-- los geniogloso y milohioideo.

El borde superior se relaciona con la mucosa del - piso de la boca a la que levanta para formar las curúncu-- las sublinguales.

La extremidad posterior se relaciona con la glándula submaxilar.

Es una glándula mixta, compuesta de ascinis sero-- sos y mucosos, cuyos productos de secreción son eliminados por los conductos intra y extraglandulares; los primeros están situados en el espesor de la glándula y los segundos son continuación de los primeros llamados conductos de Barthollín y de Walther.

El conducto de Barthollín nace en la parte poste-- rior de la glándula, se dirige hacia adelante y adentro - al lado del conducto de Wharton, abriéndose por fuera del vértice de la curúncula sublingual.

A los lados de la glándula sublingual se encuen--- tran otras glándulas accesorias, las cuales elaboran sus - propios conductos y tienen sus respectivos conductos que - desembocan en la curúncula sublingual, siguiendo el trayeco

to del conducto de Barthollín. Recibe arterias de la sublingual y submentoniana y de sus capilares nacen venas -- que desembocan en la Ranina. Los linfáticos de la Submaxilar, terminan en los ganglios correspondientes.

CAPITULO II

HISTOLOGIA

GENERALIDADES HISTOLOGICAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

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

- 1).- De acuerdo con su localización en glándulas del
vestíbulo, y de la cavidad bucal propia.
- 2).- De acuerdo con su tamaño, en glándulas saliva--
les mayores y menores.

	PAROTIDAS
MAYORES	SUBMAXILARES
	SUBLINGUALES
	LABIALES
	BUCALES
MENORES	PALATINAS
	METROMOLARES (DE CARMANTL)
	AMIGDALARES (DE WEBER)
	LINGUALES (DE MUHN, DE EBNE)

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

Clasificación de las glándulas salivales de acuerdo -
con su localización:

A).- GLANDULAS DEL VESTIBULO .

1.- Glándulas labiales

- a) Glándulas labiales superiores
- b) Glándulas labiales inferiores

2.- Glándulas bucales

- a) Glándulas bucales menores
- b) Glándula parótida

B).- GLANDULAS DE LA CAVIDAD BUCAL PROPIAS.

1.- Glándulas del piso de la boca (complejo al velo lingual).

- a) Glándula submaxilar
- b) Glándula sublingual mayor
- c) Glándulas sublinguales 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 GLANDULAS 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, subdivisiones consecuentes 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 más grandes se dividen en conductos de calibre progresivamente menor. De este modo se forma - un sistema complejo, y sus ramas más pequeñas se encuen- - tran unidas con las porciones terminales secretorias de la glándula.

3.- Células secretorias. Estan 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 alveolares, o en forma de sacos (glándulas -
 seculares). Una capa simple de células epiteliales cilíndricas o piramidales constituyen el acino. Las células que forman el acino descansan sobre una membrana basal. Los lu-
 menes de los acinos serosos son angostos, los productores -
 "de moco son amplios. Las células secretorias pueden presen
 tar dos fases: activa (secretorias) y de reposo (no secre-
 torias).

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 tú-
 bulos largos ramificados, las glándulas serosas mixtas son tubuloacinosas compuestas

CELULAS MUCOSAS.

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

CELULAS 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.

CELULAS SEROSAS.

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

Las células cilíndricas o piramidales contienen pequeños espacios intercelulares que forman conductillos secretores.

MEDIAS LUNAS SEROSAS.

Las células serosas pueden formar también un casquete sobre un túbulo mucoso. A esta configuración se le

denomina media luna creciente.

Células en gesta, son prolongaciones de células estrelladas planas.

Células micepiteliales, presentan estructuras con aspecto de miofibrillas en el citoplasma.

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.

CONDUCTOS INTERCALARES.

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

ONCOCITOS.

Son células grandes que tienen núcleo pequeño, ---

picnótico central y citoplasma abundante fuertemente eosinófilos. Se localizan en las glándulas parótidas y submaxilares de los individuos de mayor edad.

CELULAS DE LOS CONDUCTOS SECRETORES.

Consiste 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 lumenes agregando agua y sales para formar el producto final o saliva.

LAS CELULAS DE LOS CONDUCTOS EXCRETORES.

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 excretos en los tabiques se llaman interlobulares.

TEJIDO CONJUNTIVO INTERSTICIAL: IRRIGACION SANGUINEA Y -
LINFATICA E INERVACION.

El tejido conjuntivo puede formar una cápsula alredeedor de la glándula y después extenderse hacia la glándula propia. Las glándulas salivales poseen rica irrigación. Las arterias más grandes siguen el curso de los conductos excretorios dando ramas que acompañen 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 ple--xos terminales.

Las fibras nerviosas atraviesan la membrana basal y terminan como filamentos finos sobre la superficie basal e intercelular 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 más grande de las glándude

las salivales y su porción superficial se localiza frente al oído externo mientras que su parte profunda llena la fosa retromaxilar. La glándula está encerrada en una cápsula bien definida. La glándula parótida es tubuloacinoso -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 estriados son notables.

En la parótida los tabiques de tejido conjuntivo - contienen frecuentemente células adiposas, que aumentan pa-rénquima y conductillos intercelulares, conductos estria-dos y células en cesta, conductos secretores y excretores, tienen las relaciones arquitectónicas con tabiques, estromas, lóbulos y lobulillos que ya se describieron.

GLANDULAS SUBLINGUALES.

Tienen la forma de una almendra, están orientadas verticalmente a lo largo de la línea media del surco sublingual. 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 predominante mucosa.

Los lóbulos delimitados por septos están bien defi

ridos. La glándula sublingual difiere de las demás glándulas por: 1).- Los acinos serosos puros son muy raros, 2).- Las células seromucosas abundan, 3).- Los conductos intercalados típicos no existen. 4).- Los conductos estriados son pocos y están deficientemente desarrollados, 5).- La mayor parte de los conductos son excretores 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 sublinguales más pequeñas son de carácter mucoso.

GLANDULAS SUBMAXILARES.

Tienen aproximadamente la mitad del tamaño de la parótida. Desde debajo del maxilar inferior se extiende en el tejido del surco sublingual. La abertura principal externa de (Wharton) está situada en una papila que se encuentra al lado del frenillo. La cápsula esta 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 LABIALES.

Localizadas cerca de la superficie interna de la boca de tipo mixto y están íntimamente dispuestas en la submucosa 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 excretores de todas se introduce a la mucosa bucal por clavos epiteliales, son muy numerosos cerca de la línea media del labio pero se vuelven escasas cerca de la mejilla, en los labios las masas glandulares pueden ser superficiales que a menudo pueden verse o sentirse. En la mejilla particularmente en 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. Estas son de tipo mucoso - puro, se encuentran localizadas en la región del istmo y -- son una continuación hacia atrás, de las glándulas sublinguales menores. Ascenden en la mucosa del pliegue glosopalatino, se encuentran circunstritas al pilar anterior de las fauces o pueden extenderse hasta el paladar blando para fusionarse con las glándulas palatinas propias.

LAS GLANDULAS LINGUALES.

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

GLANDULAS PALATINAS.

Ocupan el techo de la cavidad bucal y puede divi--

dirse 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.

Las glándulas de BLANDIN-MUHN, sus acinos pueden ser serosos, mucosos y mixtos, 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 lobulillos de la punta están compuestos de porciones finales tubulares con células seromucosas. Las glándulas de VON EBNER, sus porciones secretorias finales son segmentos tubulares de las glándulas y sus secreciones son serosas puras, los conductos no están bien desarrollados, algunos conductos excretores se abren en el dorso de la lengua, estas glándulas proporcionan un medio líquido para percibir el sabor de los alimentos.

GLANDULAS SUBLINGUALES.

Comprenden de 8 a 20 glándulas separadas que varían considerablemente el tamaño y forma, se localiza en la mucosa del surco sublingual cerca de las glándulas ex-

trínsecas y submaxilares. 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 sublinguales tienen un conducto excretor principal, la abertura a la boca puede compartirla con una glándula vecina intrínseca o extrínseca.

CAPITULO III

TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

PROCESOS NEOPLASICOS BENIGNOS.

a) CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO.

(Tumor de Warther; adenolinfoma)

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

Histogénesis. Teorías de Little.

Se ha sugerido que se producen por:

- 1.- Proliferación del tejido glandular salival heteotópico de los ganglios linfáticos en la zona de la glándula parótida.
- 2.- Desarrollo heteotópico de la mucosa de la trompa de eustaquio.
- 3.- Restos de los arcos branquiales.

- 4.- Un esbozo endodérmico faríngeo heterotópico 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 orbitrarias de los cuales derivan las glándulas salivales de algunos carnívoros.

Bernier y Beaskar, concluyeron que este tumor se origina en el tejido heterotópico de glándulas salivales, atrapado e incluido en los ganglios linfáticos durante la embriogénesis.

Características Clínicas.-

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 protuye a través de

ella. Rara vez esta lesión alcanza un tamaño que excede unos 3 a 4 cm. de diámetro.

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

Características Histológicas.-

Consta de dos componentes histológicos: epitelio y tejido linfático. Presenta formación quística con proyecciones papilares hacia los espacios quísticos y una matriz linfoide que tiene centros germinales. Las células epiteliales que cubren las proyecciones papilares son columnares o cuboideas 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 linfoide es abundante elemento pasivo en el proceso neoplásico.

Tratamiento y Pronóstico.-

Excisión quirúrgica, ésta puede ser ealizada casi invariablemente sin lesionar el nervio facial en particular, -- porque la lesión suele ser pequeña y superficial. Estos tumores están bien encapsulados y raras veces recidivan una vez eliminados.

b) ADENOMA CANALICULAR.

El adenoma canalicular es un tumor glandular salival - benigno.

Características Clínicas.-

Se origina en el tejido de las glándulas salivales accesorias intrabucuales, 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 - circunstrito, de crecimiento lento, no es fijo y puede ser desplazado dentro del tejido hasta una cierta distancia.

Características Histológicas.-

Se compone de largos cordones de células epiteliales - dispuestas en doble hilera que presenta una pared medianera, 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 Pronóstico.-

Extirpación quirúrgica: la reciviva es rara.

c) ADENOMA PLEOMORFO.

(Tumor Mixto)

Denominado también como enclovoma, branquioma, endoteleioma y encondroma.

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

Histogénesis.-

Hace un crecimiento anormal del epitelio glandular adulto con transformación gradula en las diversas estructuras que caracterizan a esta lesión, más problemente el epitelio del conducto.

Características Clínicas.-

Entre las glándulas salivales la más 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.

Kauuffman 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 afonación 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 coágulo eosinófilo.

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

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

Cuando hay proliferación mioepitelial, suele hacerse el diagnóstico de mioepitelioma.

Tratamiento y Pronóstico.-

Extirpación quirúrgica, algunos cirujanos prefieren enuclear el tumor, mientras que otros, particularmente en los casos de las lesiones parotídeas prefieren eliminar todo el lóbulo afectado.

Las lesiones intrabucuales se tratan por lo común, mediante la excisión extracapsular conservadora.

Si se comprueba que hay invasión capsular, por lo general alcanza con una excisión algo más amplia con elimina--

ción de un margen de tejido normal, y de la mucosa suprad-
yacente en el caso de las lesiones intrabucales, para evi-
tar la recidiva. La irradiación con rayos X está contrain-
dicada.

d) ADENOMA OXIFILO.

(Oncocitoma; adenoma acidófilo)

Este tumor raro de las glándulas salivales es una pe-
queña lesión benigna que suele originarse en la glándula -
parótida. Excepto que por lo general no alcanza gran tama-
ño, sus características clínicas no difieren de otros tumo-
res benignos de las glándulas salivales por esta razón re-
sulta difícil si no imposible, establecer un diagnóstico -
clínico.

El nombre oncocitoma, proviene de la semejanza de es-
tas células tumorales con células aparentemente normales -
que se encuentran en gran cantidad de localizaciones, glán-
dulas salivales, vías respiratorias, mamas glándulas tiroi-
des, páncreas, paratiroides, pituitarias, trompas de fallo-
pio, hígado y estómago. Estudios en microscopio, demues-
tran gran cantidad de mitocondrias.

Características Clínicas.-

Más comunes en mujeres que en hombres, casi exclusivamente 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 veces - las células se agrupan por capas y pueden ofrecer una forma alveolar y lobulillar, suele ser tejido linfoide. A veces es posible observar una variante del edema oxifilio en las glándulas salivales intrabucales, particularmente en - la mucosa vestibular y el labio superior (cistadenoma oncocítico).

e) LESION LINFOEPITELIAL BENIGNA:

(Enfermedad de Mikulios: Adenolinfoma: Adenoma Linfomatoide)

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

Características Clínicas.-

La lesión linfoepitelial benigna se manifiesta como un agrandamiento unilateral de las glándulas parótidas y sub-

maxilar o ambos, asociados 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 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 ordenada del tejido de las glándulas salivales, que destruyen o reemplaza - los acinos, aunque el elemento linfoide 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 Epimicepiteliales".

Habr^á que poner mucho cuidado en establecer la diferencia entre el tumor linfoepitelial benigno y un linfoma ma- ligno de las glándulas salivales, en esta última enferme-- dad de las islas epimicepiteliales, falta el elemento lin- foide, es atípico y hay infiltración de los tabiques inter- lobulillares con tejido linfoide.

Otras lesiones similares, desde el punto de vista histológico para el diagnóstico diferencial, son la sialadenitis crónica, el cistadenoma linfomatoso y la uveoparotiditis.

Tratamiento y Pronóstico.-

Extirpación quirúrgica y la irradiación con Rx, pronóstico excelente aunque la lesión puede recidivar.

Relación de la enfermedad de MIKULICE.

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

f) ADENOMA DE CELULAS CEBACEAS.

Tumor que se origina en la glándula parótida, es muy raro. Mc Gavran y colaboradores describieron una variante conocida como linfadenoma sebáceo de las glándulas parótidas. Se hace la pregunta de que si estos tumores serían simplemente heterotopias hiperplásticas de las glándulas

cebáceas, una forma de coristoma.

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

g) ANGIOMA.

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

La más atacada es la parótida, siguiendo en orden de frecuencia la submaxilar. La lesión parte de los vasos interlobulillares y no de los vasos glandulares, de ahí que el parénquima va siendo comprimido, hasta que termina por atrofiarse. La dilatación y neoformación capilar llevan a constituir el angioma cavernoso y hasta el mismo aneurisma cirsoideo.

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

h) 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 submaxilar y 1% en las glándulas salivales menores.

Patogenia.-

Los hemangiomas no son sinsialadenomas, sino más 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 flebolito es un coágulo organizado y después calificado, no es ni frecuente que sea diagnosticado erróneamente con cálculo salival.

Características Anatomopatológicas.-

Aparecen habitualmente, como angiomas racimosos con zo

nas terminales telangiectásicas, 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 malignas muy raras aparecen, - bien como sarcoma hemorrágica o bien como angiosarcoma.

i) SINSIALADENOMA.

Son tumores de las glándulas salivales que se originan 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 la sinsialadenoma son benignos, especialmente el neurinoma, lipoma, linfagioma y la mayoría de los linfagiohemangiomas.

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

j) NEURINOMA Y NEUROFIBRONA.

El neurinoma (neurilonoma) se dá en la glándula paróti

da, 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 comunmente 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.-

No permite habitualmente el diagnóstico preoperatorio, en raros casos se ha diagnosticado sordera.

Características Anatomopatológicas.-

La imagen histológica muestra a menudo tejido conectivo hialinizado.

k) TUMORES MALIGNOS MICELANEOS.

Se dice que el Melanoma aparece a veces como neoplasia primaria en la glándula parótida, para la mayoría de ellos son metastásicos, raramente se hallan linfosarcomas prima-

rios de la glándula parótida reticulosarcoma, todavía con menor frecuencia.

1) LINFANGIOMA.

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

Se le puede reconocer también como formas quísticas de cistadenolinfoma papilar, adenoma pleomorfo o quiste salival.

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

m) LINFOMA.

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

n) SARCOMA.

Cada día se va aclarando más, 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 mos---trando tendencia a adherirse ni a invadir los ganglios ni el paquete vasculo nervioso. La evolución es lenta, el de sarrollo lo mismo, y conserva durante mucho tiempo su movilidad; es de consistencia dura y no se adhiere a la piel - ulcerándose cuando lo hace tardíamente. Estos caracteres, tan similares a los del tumor mixto son la razón de que el diagnóstico sea difícil, a veces todos los autores opinan que el pronóstico basado en la marcha lenta y tardía es re lativamente benigna. Diagnosticado a tiempo como es un tu mor bien limitado, la operación llevada hasta tejido sano, resulta por lo general efectiva.

o) TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES MENORES.

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

El adenoma pleomorfo (tumor mixto) es la neoplasia más frecuente en 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 en las glándulas salivales mayores.

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

Raramente se observan los adenomas monomorfos.

En el paladar se localizan aproximadamente el 60% de los tumores salivales intraorales, existen más 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 saliva-

les en la mucosa bucal. Los tumores de la lengua son habitualmente malignos y superan en número a todos los tumores de la cavidad oral combinados, en la base de la lengua, predomina el carcinoma adenoide quístico, la segunda localización más frecuente en el tercio anterior de la superficie ventral de la lengua, donde pueden originarse tumores a partir de las glándulas de Blandin-Nuhn.

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

2.- PROCESOS NEOPLASICOS MALIGNOS.

a) CARCINOMA QUISTICO ADENOIDEO

CILINDROMA, CARCINOMA ADENOQUISTICO, CARCINOMA ADENOQUISTICO BASOCELULAR, CARCINOMA SEUDOADENOMATOSO BASOCELULAR, TUMOR MIXTO BASOLOIDEO.

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, traquea, bronquios, piel y manos.

Características Clínicas.-

Las glándulas salivales atacadas con mayor frecuencia son: parótida submaxilar y accesorios de paladar y lengua.

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

Características Histológicas.-

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 ductiforme cuya porción central pueden contener un material mucoide, lo cual da un aspecto típico "de pared de abejas".

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

Tratamiento y Pronóstico.-

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.

b) 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, -- pueden presentar una historia de una masa de muchos años de existencia, pero que sólo 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 FOOTE y -- FRAZELL, señalaron que los tumores malignos pueden ser de -- mayor tamaño que los benignos, pero ésto 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 superfi

cial. 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 (hipercromatismo pleomorfismo nucleares, aumento o anormalidad de la mitosis y aumento de la relación entre núcleo y citoplasma); invasión de vasos sanguíneos, linfáticos o nerviosos, necrosifocal; e infiltración periférica obvia y destrucción del tejido normal.

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

Tratamiento y Pronóstico.-

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.

c) CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE CENTRAL DEL MAXILAR.

El carcinoma mucoepidermoide central de una entidad re-

conocida recientemente, SITH y colaboradores analizaron 31 casos, la mayoría de estas lesiones han aparecido en la -- mandíbula, aunque algunos lo hicieron en la maxilar, localizados en la zona de los molares y premolares y no se extienden hacia adelante más allá de la zona de premolares.

Teorías.-

Se ha sugerido que pueden originarse en:

1. Inclusión de glándulas mucosas retromolares en la mandíbula, que más tarde experimentan transformación ma--ligna.
2. Restos embrionarios de la glándula submaxilar, incluidos en la mandíbula durante el desarrollo.
3. Transformación neoplásica de las células secretorias - mucosas, comunmente halladas en el revestimiento epitelial de los quistes detíngares, correspondientes a terceros molares retenidos.

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

En los casos conocidos de tumores centales, las metás-tasis han sido más regional que difundida.

d) CARCINOMA ADENOESCAMOSO.

El carcinoma adenoescamoso, tumor que afecta cavidad bucal, cavidad nasal, y laringe. Es una neoplasia con un cuadro histopatológico característico que tiene cierta similitud con el carcinoma espino celular adenoideo de la piel, el adenocantoma del útero y el carcinoma mucoepidermoide.

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 submucoso indurado. La mayoría de las lesiones era menor de un centímetro de diámetro.

Características Histológicas.-

La histopatología de este tumor es bastante compleja - GERUGHTY dijo: que el carcinoma adenoescamoso desde el --

punto de vista morfológico es de cuatro componentes básicos:

- Carcinoma del conducto
- Adenocarcinoma
- Carcinoma espinocelular
- Carcinoma mixto

Básicamente el tumor se compone de un carcinoma superficial espinocelular con nidos infiltrantes de células epiteliales malignos que suelen presentar formación de perlas.

Tratamiento y Pronóstico.-

Tumor sumamente agresivo y se ha de considerar de 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.

e) ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINOSAS.

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 a 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.-

Quirúrgico, 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.

f) CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE.

El carcinoma mucoepidermoide es un tipo común de tumor glandular salival estudiado y descrito por primera vez por ATEW ART. POOTE 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 cuarta década, aunque a veces se dan en 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 metastásica 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 retromolar.

Debido a su tendencia a formar zonas quísticas, estas lesiones llegan a semejarse mucho al mucocele, especialmente de la zona retromolar. 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 mucoepidermoide no es encapsulado, sino que tiende a infiltrarse en los tejidos vecinos y de metástasis a los ganglios linfáticos regionales, pulmones, hueso y tejido subcutáneo.

Características Histológicas.-

El carcinoma mucoepidermoide es un tumor pleomorfo compuesto de células secretorias de moco, células de tipo epidermoide 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 Rx, sin embargo ha de reservarse la irradiación para aquellos tumores de alto grado, cuya metástasis temprana es leve.

g) TUMORES DEL ESTROMA DE LAS GLANDULAS 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 hemangioendotelioma juvenil, diversas formas de tumores nerviosos y el lipoma.

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

h) CARCINOMA TRABECULAR Y ADENOPAPILAR PRODUCTOS DE MOCO.

El carcinoma trabecular corresponde al carcinoma simple de la nasofaringe (la designación de trabecular implica 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 descritos, 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 de 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 sus células polimorfas con grandes núcleos centrales hipercromáticos que presentan numerosas mitosis.

El carcinoma adenopapilar productor de moco se caracteriza por la alteración de zonas sólidas y quísticas, así como de estructuras adenopapilares, delimitadas por célu--

pleomorfas que tienen un citoplasma pálido, es característica la presencia de células cilíndricas productoras de mo cc, se encuentra con frecuencia un crecimiento infiltrativo.

i) ADENOCARCINOMA DE FORMAS DIVERSAS.

Grupo histológico heterogéneo, varios de estos adenocarcinomas sumamente anaplásicos o lesiones moderadas bien diferenciadas, como adenocarcinomas trabecular, quístico y con un patrón pseudoadamentino, es decir, compuesto por células columnares que sugieren 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 sobrevida de los pacientes con estos tumores baja.

j) CARCINOMA EPIDERMOIDE.

(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 submaxilar, 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 Pronóstico.-

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 está -

controlada.

k) CARCINOMA DE CELULAS CEBACEAS.

CHERK y PITCOCK, describieron este tumor que contenía glándulas cebáceas con un componente productor de moco de menor importancia.

l) FORMAS RARAS DE ADENOCARCINOMAS.

El adenocarcinoma seudoadamentino 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.

m) CARCINOMA ANAPLASICO.

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

Características Clínicas.-

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.

Características Anatomopatológicas.-

Las pequeñas células pleomorfas con grandes núcleos es tan agrupadas en bandas anchas o grupos redondeados sin observan una pauta características.

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

CAPITULO IV

OTRAS PATOLOGIAS

1.- ANOMALIAS DEL DESARROLLO

a) Glándulas 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 pueden ser hipoplásicas o hiperplásicas. En el síndrome del primer arco bronquial puede no haberse formado una glándula parótida.

c) Conductos Excretorios Accesorios.

Se localizan con frecuencia por encima del conducto de Stensen, bastante adelante del borde anterior del masetero. En un caso se había desarrollado un --

conducto salival en el conducto auditivo.

d) Divertículos.

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

e) Fístulas.

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.

2.- TRASTORNOS INFLAMATORIOS.

Se manifiestan a menudo en forma de tumefacciones dolorosas de la glándula de disminución de su secreción (HIPOSIALIA). La saliva se vuelve grumosa y espesa y se hallan masas de neutrófilos 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 Extraños.

En algunos casos, la inflamación de la 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 pericaniliculares y periacinares y sólo 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 híbrido.

Patogenia.-

La parotiditis aguda por cocos, indica un serio -- trastorno general de la regulación de funciones vita-- les. 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 inicia la autólisis y la formación de absce-- sos.

Características Clínicas.-

En la parotiditis unilateral se afecta con mayor - frecuencia el lado derecho que el izquierdo, y los hom**u** bres lo sufren con mayor frecuencia que las mujeres, - habitualmente existe fiebre, velocidad de sedimenta--- ción globular elevada y leucocitosis, se detectan neu- mococos o colobacilos, sólo en un 8%. Los cortes his- tológicos muestran una ostensible dilatación de los -- conductos salivales que contienen pus y una densa in-- filtración pericanalicular por linfocitos, mientras -- que los acinos permanecen relativamente libres de - - ellos.

3.- 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 pénfigo, 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 en las mujeres y puede heredarse como un rasgo autosómico.

b) Xerostomía.- Disminución del flujo salival.

Se asocia a muchas enfermedades, la parotiditis -- epidérmica (paperas) y la sarcoidosis (síndrome de Heerfordt), en el síndrome de SJODREN 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 Mucocele.

Se clasifican en 3 categorías: quistes verdaderos, mucoceles o quistes de retención superficiales y rámulas.

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

El mucocele, 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 mucocele 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 mucocele superficial tiene un color azulado, son transparentes y se rompen fácilmente, el mucocele más profundo puede durar meses e incluso años.

Histológicamente, el mucocele consiste en un depósito de moco que se localiza en el tejido conectivo y la submucosa y está rodeado por una pared de tejido de

granulación.

El término RANULA, se utiliza de modo laxo para de signar una lesión quística de pared gruesa, localizada en la porción anterior del piso de la boca, engloba en tidades tales como el mucocele de las glándulas sublin guales, y una lesión rara y profunda que a menudo se extiende más allá del músculo milohioideo.

e) Parotiditis crónica recidivante de los adultos.

Patogenia.- La hiposialia de las glándulas paróti das es el requisito previo más importante, de las paro tiditis crónica recidivante.

Características clínicas.- La parotiditis crónica recidivante unilateral, es aproximadamente dos veces - más frecuente que la bilateral. Puede existir dolor - asociado en la región preauricular y retromaxilar. To da la glándula está moderadamente aumentada de tamaño.

Diagnóstico.- Se basa en una historia de tumefac- ción recidivante, algo dolorosa de la glándula paróti da, 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, diferencia de la parotiditis crónica recidivante inespecífica de- be hacerse con la parotiditis alérgica, la sialodeno--

sis y el sialadenoma.

f) Inflamación crónica de la glándula submaxilar.

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

g) Tuberculosis.

La tuberculosis de las glándulas salivales mayores se produce de dos formas: la forma infiltrativa diseminada, tiene un origen hematógeno 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 policíclicos, 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 menudo difícil, porque suelen faltar a los síntomas de tuberculosis generalizada. La biopsia por pun-

ción y la sialografía son de gran ayuda si existen varios focos de licuefacción. La tuberculosis de las -- glándulas salivales tiene un origen hematógeno o linfógeno. Se ha descrito la existencia simultánea de tu--berculosis y tumor de la misma glándula salival.

h) Sialalenitis vírica.

Los virus que invaden las glándulas se observan sobre todo en las células epiteliales, aunque las mani--festaciones histológicas, es el edema perivascular y la infiltración leucocitaria en el tejido conectivo inter--acinar.

i) Paperas o parotiditis epidémica.

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

Virología y serología.- El virus es detectable en la saliva de dos a cuatro días de producir manifesta--ciones en los órganos, por tanto el aislamiento del pa--ciente durante 8 días o 10 días es suficiente. Las pa--peras suelen dejar una inmunidad duradera, la infección

se produce por contactos, 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 sólo una de las parótidas la que está aumentada de tamaño. A menudo se afectan otros órganos, en un -- 10% se afectan las glándulas submaxilares, orquitis 25% oofiritis 15%, meningitis serosa 10% y pancreatitis 20% la meningitis por el virus de las paperas es probable-- mente 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.

f) Enfermedades de las inclusiones citomegálicas.

El virus de la enfermedad de las inclusiones, es pa tógeno sólo en determinadas condiciones, el virus ha si do estudiado al microscopio electrónico y serológicamen te existen 2 o 3 serotipos distintos. La infección del feto se produce por vía transplacentaria. El virus de-

bilita al feto, retrasa su desarrollo y son frecuentes los partos prematuros.

Características clínicas.- En el recién nacido, - la patología hepastoplenomegalia 20% ictericia 75%, -- púrpura trombocitopénica 50% y afectación del sistema nervioso 50%.

Características 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 submaxilar 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 heces.

SIALADENITIS ALERGICA.-

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

Sabemos que la submucosa es la que penetran los esbo--

zos de los conductos salivales durante el desarrollo de las glándulas parótidas y submaxilares es rica en tejidos linfáticos y que el tejido conjuntivo sialodenal, conserva su capacidad embrionaria de forma linfocitos, células plasmáticas, histiocitos, etc., por lo que existen procesos alérgicos y autoinmunes, sobre todo en la glándula parótida.

La sialadenitis puede clasificarse en 5 grupos:

- I.- Sialadenitis aguda alérgica.
- II.- Sialadenitis colagenótica.
- III.- Sialadenitis reumatoidea (síndrome de SJOGREN)
- IV.- Sialadenitis sercoidótica (enfermedad de HEERFORT)
- V.- Síndrome de MELKERSSON-ROSENTHAL.

I.- SIALADENITIS AGUDA ALERGICA.

La tumefacción alérgica, localizada de una glándula salival, es relativamente rara. Se ha descrito una parotiditis concomitante a consecuencia de hiperergia 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 sislografía se pueden observar en pacientes sensibles al yodo, la sensibilidad a diferentes antibióticos, puede dar lugar a hipersecreción y a hipostafia 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 COLAGENOTICA.

Hasta hace poco se clasificaban la sialadenitis colagenótica con el síndrome de SJOGREN, esto es sin embargo incorrecto, puesto que difiere desde el punto de vista patogénico, morfológico y hematológico. Las manifestaciones clínicas, tales como sequedad, fiebre, manifestaciones clínicas, tales como sequedad, fiebre, manifestaciones reumatoides 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 distin

guir cual es la colagenosis subyacente.

Patogenia.- Probablemente la autoinmunización es la causa de todas las colagenosis.

Características clínicas.- Se produce en mujeres entre los 30 y 40 años, el diagnóstico se basa en la dotación de células LE en la sangre en el caso de lupus heritematoso, en la esclerodermia y la dermatomiositis, faltan a menudo los anticuerpos antinucleares. Parece existir un trastorno en la resorción de sodio en la región de las células canaliculares epiteliales estriadas.

Características anatomopatológicas.- El examen histológico descubre masas fibrinoides homogéneas en banda, en los intersticios dilatados de la estroma. Faltan las proliferaciones epiteliales características del síndrome de SJO-GREN. Los acinos están cada vez más constrañidos por la masa fibrinoide lo cual causa su atrofia.

III.- SIALADENITIS REUMATOIDEA. SINDROME DE SJOGREN.

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

Otros pacientes presentan lupus, eritematoso sistemá

tico, poliartritis nudosa, polimiositis o escleroderma.

Etiología.- 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 globulinagamma sérica, tal como los pacientes de la enfermedad de Hashimoto. Esta hiperammaglobulinamia se debe a un aumento difuso de las tres inmunoglobulina 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 tiroides en la enfermedad de Hashimoto).

Características clínicas.- Se presenta en personas 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 hiperfunción de las glándulas salivales y lagrimales. Suele originar --sensaciones de dolor y ardor de la mucosa bucal, además están afectadas diversas glándulas secretorias de la nariz, laringe, así como la vagina.

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

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

Características clínicas.- Se describieron 3 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 miopitelio del conducto, estos trastornos -- son idénticos a la enfermedad de Mikulioz, la tercera es sólo 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, linfocitos y fiebre de bajo grado.

Tratamiento y pronóstico.- El síndrome de Sjogren es resistente a la mayoría de las formas terapéuticas, como es una enfermedad autoinmune.

La respuesta a las hormonas sexuales así como a la - - AGTH 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 activi-- dad inmunológica y linfocítica crónica predispone a la formación del linfoma.

La enfermedad de Mikulioz, pero no el síndrome de Mikulioz es, probablemente idéntica a la lesión linfoepitelial, esta entidad comparte varios rasgos con el síndrome de SJO-GREN 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 (uveparotiditis) se designa como síndrome de HEERFORDT.

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 meno--

res. No es frecuente que exista asialia en la glándula afectada y pueden existir signos asociados de sequedad de pri-
mer y segundo grado, conjuntivitis y caries dental. En al-
gunos casos la enfermedad se observa en niños.

Características anatomopatológicas.- La anatomía patológica descubre numerosos granulomas epiteliodes sin clasificación. Los granulomas se localizan alrededor de los ca-
nalículos, 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 tuberculosis.
- 6.- Prueba de NICKERSON-KVEIM.

Diagnóstico diferencial.- Debe excluirse la tuberculosis basándose en el curso clínico, del síndrome de MIKULIOZ, el síndrome de HEERFORDT afortunadamente es una enfermedad que tenía mal pronóstico antes del advenimiento de la terapia cortisónica.

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.

g) Sialadenosis.

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

La parótida es la glándula salival más 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 escretor en forma de cabello, por lo demás normal, ello es muy sospechoso de sialod~~eno~~sis.

Se consideran los grupos siguientes:

Sialadenosis hormonal, sialadenosis humoral, sialadenosis disensimática, sialadenosis de la mal nutrición, mucoviscidosis y sialadenosis farmacológica.

Características clínicas 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 más a menudo.

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

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

Sialograffa.- La sialograffa descubre o bien una configuración normal de los canaliculos salivales, o bien en las sialadenosis 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".

Inspección y palpación.- Son de poca ayuda en el diagnóstico diferencial, la tumefacción afecta princi-

palmente a la porción preauricular de la glándula paró-
tida (a diferencia de las paperas, que producen por lo
común, tumefacción de la región retro-maxilar). Aun--
que la sialadenosis de la mal nutrición y hepatógenas,
es a menudo retromaxilar, la sialadenosis dishormonal,
es habitualmente preauricular.

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

Diagnóstico diferencial.- Es relativamente fácil,
descartar los tumores y sialolitos por medio de la his-
toria clínica, la palpación y la sialografía, el diag-
nóstico diferencial consiste casi siempre en diferen--
ciar la inflamación de la sialadenosis.

k) Sialadenosis hormonal.

Características clínicas.- La cantidad se mani---
fiesta por una tumefacción parotídea recidivante, pri-
mero 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 hom---
bres, 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 aplanados. 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 aquila es rara, la concentración de potasio está aumentada, mientras que el contenido de sodio se afecta raramente.

1) 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 sólo al retromaxilar.

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, en la ginecomastia y en el hipogenitalismo.

Análisis de saliva.- Aumento de saliva en la concentración de potasio de la saliva parótida, 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 asialia.

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

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

m) Sialadenosis diabética.

Puede existir una sialadenosis hormonal que afecta las glándulas parótidas y submaxilar en la insuficien-

cia 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 retromaxilar, las personas entre los 50 y 60 años son las más propensas a desarrollarlas. MELLINGHOFF, destacó la ausencia de tumefacción en los niños diabéticos.

Desde que los pacientes diabéticos tienen disminuidas 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.

Sialografía.- Suele mostrar un buen sistema de conductos salivales finos y delicados, o bien estenosis y dilataciones consecutivas del conducto salival principal, indicando esto, inflamaciones secundarias.

Análisis de 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 apelmasados pobres en cromatina 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 conductos centroacinares como consecuencia del edema.

n) Parasialadenoma.

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

Las formas más frecuentes son quistes, tumefacción muscular, tumor glómico y adenopatias parasialadenales, que a menudo pueden diferenciarse de la tumefacción linfática sinsialadenal por la sialografía. El quiste puede ser quiste epidermoide (originado a partir de epitelio oral ectópico, que habitualmente se manifiesta en la pubertad), 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 varía durante la masticación y la comprensión.

o) Sialolitiasis.

La litiasis salival es la afección que se caracteriza por la formación de cálculos calcáreos alojados en pleno parénquima glandular, y en los conductos excretorios de las glándulas parótidas y submaxilares y más raramente sublinguales.

Causas de la litiasis salival, pueden ser:

Mecánicas.- 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 corporal hipersaturado de calcio y fósforo, es la causa principal de la formación de los cálculos salivales.

Inflamatorias.- Las causas inflamatorias, tales - como las infecciones bacterianas, víricas y micóticas, y la irritación causada por cuerpos extraños, han sido considerados a menudo primarias 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 cólico 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 con masajes y movimientos mandibulares, todo cede.

Pronto la infección se manifiesta saliendo por el - orificio del conducto un líquido purulento, otras veces se reconoce, ya la escara de decúbito que deja ver en - el fondo de la úlcera parte o todo el cálculo recubier- to de un magma fibrino purulento.

Diagnóstico.- Se basa en la glándula y en el con- ducto doloroso, en el reconocimiento del orificio exte- rior, en la llegada o no de la saliva o bien de pus, - con el masaje, nuestros dedos, la mas de las veces lo- calizan y reconocen el cálculo.

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

El C. D., al hacer el examen bucal a conciencia, podrá descubrir cualquier anormalidad, ésta deberá ser estudiada, y tratada y evitar que pudiera degenerar en maligna.

Los procesos patológicos de las glándulas salivales en la actualidad, deben de ocupar la atención del C.D., por -- ser éstos un problema de salud vital.

Otra forma de exploración que presenta muchas ventajas y ya conocida, por el C.D., para el diagnóstico de las patologías orales, es el método de palpación digital.

El C.D., se encuentra capacitado para diagnosticar patologías orales, debido a que sus estudios se concentran en el conocimiento detallado de de la cavidad bucal.

El C.D., debido a que se mantiene trabajando continuamente sobre los diversos tejidos y estructuras de la boca, adquiere conocimientos, experiencia y habilidad que difícilmente se puede adquirir a través de otra rama médica.

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

- 1.- PATOLOGIA BASICA. ROBBINS ANGELL.
- 2.- ANATOMIA HUMANA. FERNANDO QUIROZ.
- 3.- EMBRIOLOGIA Y DESARROLLO BUCAL. VICENT DeANGELIS.
- 4.- PATOLOGIA ORAL. THOMA.
- 5.- HISTOLOGIA. HAM.
- 6.- EMBRIOLOGIA MEDICA. JAN LANGMAN.
- 7.- PATOLOGIA BUCAL. WILLIAMS SHAFER LELY.
- 8.- HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCAL. IRVIN ORBAN.
- 9.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL. KRUGER, O.G.