



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

GLANDULAS SALIVALES

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Manuel Gonzalez Huitron', is written over the bottom right portion of the text.

MEXICO, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I.- GENERALIDADES

II.-CLASIFICACION

III.-HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES

IV.- ANATOMIA

- 1.- Glándula parótida
- 2.- Glándula submaxilar
- 3.- Glándula sublingual
- 4.- Glándulas salivales menores

V.- FISILOGIA

VI.-PATOLOGIA:

- 1.-Anomalias congénitas de las glándulas salivales:
- 2.- Trastornos de la secreción salival
- 3.- Trastornos infecciosos
- 4.- Otras complicaciones
- 5.- Quistes
- 6.- Neoplasias

VII.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Las enfermedades de las glándulas salivales principales y accesorias, son de importancia para el Cirujano Dentista y el Médico Cirujano, pues los trastornos--- locales significan casi siempre enfermedad general.

Uno de los aspectos del cuadro clínico es la salivación insuficiente para la lubricación de los tejidos, para una buena masticación, y para la deglución; otro es la incapacidad de conservar las prótesis dentales, y las caries dentales larvarias por la falta de la función salival.

Por lo tanto es importante un buen volumen_ de secreción salival, por su acción mecánica de limpieza, ayuda en la autoclisis, manteniendo los tejidos hidratados y de este modo previniendo la caries.

CAPITULO I

GENERALIDADES DE LAS GLANDULAS

Existen glándulas endócrinas y exócrinas

GLANDULAS ENDOCRINAS:

Estas glándulas secretan hacia la corriente circulatoria una o más hormonas características que son mensajeros químicos para desencadenar una acción específica en otros tejidos.

En cuanto a la elaboración de substancias endócrinas presenta varios grados.

a).-Las células pueden elaborar una hormona además de desempeñar sus otras funciones.

b).-Algunos órganos presentan células adicionales completamente endócrinas.

c).- Hay órganos endócrinos en su totalidad que pueden ser uniformes y tener un solo origen o compuestos, y de diversos orígenes.

GLANDULAS EXOCRINAS

Elaboran secreciones que van a la superficies corporales por la piel o al interior de los aparatos digestivos, res-

respiratorio, urogenital; las secreciones de las glándulas pueden ser únicamente serosas mucosas o mixta y una glándula mixta puede poseer ambos tipos de secreción en diferentes porciones. Y también se dividen en:

GLANDULAS HALOCRINAS; su secreción contiene células completas desprendidas de las glándulas.

GLANDULAS APOCRINAS, solo se descama la porción superficial de las células.

GLANDULAS MEROCRINAS, esta secreción es emitida por células intactas, el tipo más común son las células salivales en las que su secreción suele ser mucosa o serosa.

La membrana mucosa es un revestimiento humedecido por secreción líquida que casi siempre presenta mayor o menor proporción de moco.

La membrana serosa está formada por una hoja delgada de tejido conjuntivo que sostiene células mesoteliales dispuestas en una capa.

CAPITULO II

CLASIFICACION DE LAS GLANDULAS SALIVALES

1.- Glándulas salivales mayores

- a) Glándula parótida
- b) Glándula submaxilar
- c) Glándula sublingual

2.-Glándulas menores

- a) Glándulas labiales
- b) Glándulas bucales menores
- c) Glándulas glosopalatinas
- d) Glándulas palatinas
- e) Glándulas de la lengua
- f) Glándulas sublinguales menores

GLANDULAS SEGUN SU LOCALIZACION

I.- GLÁNDULAS DEL VESTIBULO

1.- Glándulas labiales

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

2.- Glándulas bucales

- a) Glándulas bucales menores
- b) Glándula parótida

2.-Glándulas de la cavidad bucal

- 1.-Glándula del piso de la boca (complejo alveolo lingual).

- a) Glándula submaxilar
- b) Glándula sublingual mayor
- c) Glándula sublinguales menores
- d) Glándula glosopalatinas

2.- GLANDULAS DE LA LENGUA:

- a) Glándulas linguales anteriores
- b) Glándulas linguales posteriores
- c) Glándulas de las papilas calciformes
- d) Glándulas de la base de la lengua

3.- Glándulas palatinas

CAPITULO III

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES

HISTOLOGIA

DESARROLLO DE LAS GLANDULAS EN GENERAL.

Tanto las glándulas exócrinas como endócrinas nacen porque las células epiteliales invaden el tejido conectivo, y por medio de la proliferación y diferenciación vienen a constituir una glándula.

En las glándulas exócrinas, la conexión epitelial entre la superficie y la glándula persiste, así las células que unen a la glándula con la superficie se diferencian para constituir el revestimiento del conducto por el cual la secreción elaborada en la glándula se vacía a la superficie de la cual tomo origen la glándula.

GLANDULAS EXOCRINAS

Aunque todas las células epiteliales que forman las glándulas, pertenecen a la misma familia, existen unas más complejas que otras. Las células más diferenciadas que otras son especializadas para secretar y las menos diferenciadas son las que revisten al conducto ya sea

que revisten al conducto ya sea simple o múltiple.

Al desarrollarse una glándula, las células que se encuentran más cerca de las puntas del crecimiento epitelial que invade el tejido se diferencian en células secretoras; las que se encuentran entre estas y las superficies, en células del conducto. Por lo tanto las células secretoras se encuentran en el extremo del conducto o de los conductos llamándoseles "unidad secretoria"; Cada unidad secretoria tiene una luz o cavidad que se continúa con el conducto correspondiente.

CLASIFICACION DE LAS GLANDULAS EXOCRINAS SEGUN SU PORCION SECRETORIA

- 1.- GLANDULAS TUBULARES.- Cuando los acumulos de la unidad o unidades secretorias de la glándula son de forma tubular.
- 2.- ACINOSAS O ALVEOLARES, (acinus-racimo, grano; alveolus-hueco). Si la unidad secretoria tiene forma redonda.
- 3.- TUBULOALVEOLAR, si sus unidades secretorias estan formadas por los dos tipos, o presentan características tubulares y alveolares.

TIPOS DE GLANDULAS

SIMPLE . Se les denomina a las glándulas que tienen un

conducto no ramificado.

COMPUESTA.- Cuando el conducto es ramificado.

Estas se dividen primeramente en dos grandes ramos luego en ramas cada vez más pequeñas y numerosas, formando así glándulas compuestas de gran volumen.

LOBULOS, LOBULILLOS Y TABIQUES

Todas las glándulas compuestas de mayor volumen, por ser estructuras epiteliales, necesitan soporte conectivo y éste se lo proporcione la cápsula que rodea la glándula y las láminas conectivas que dividen la substancia de la glándula en diversas áreas tabicadas en sus tres dimensiones por tejido conectivo.

En algunas glándulas en las grandes áreas tabicadas quedan separaciones bastante amplias que se llaman lobulos, si se encuentran en contacto más estrecho se denominan lobulillos.

A todo el tejido conectivo antes mencionado se le llama tabique, por lo tanto a los tejidos conectivos situados entre los lobulillos se les llama tabiques interlobulillares.

GLANDULAS SEROSAS, MUCCOSAS Y MIXTAS

Esta clasificación se utiliza únicamente para las glándulas salivales cuyos conductos se abren a la cavidad oral y en ella vacían la saliva.

Células serosas.- la palabra serosa significa "suero" líquido claro y acuoso. Las glándulas con secreción de este tipo se llaman serosas, se distinguen porque producen enzimas en su secreción, la mayoría de los productos de estas células son drenados a través de formaciones llamadas capilares, intercalados a los canaliculos. Son de forma triangular piramidal, se unen para formar alveolos donde se reúnen los vértices de las células secretorias, su núcleo es esférico ligeramente excéntrico. El citoplasma en la base de cada célula es basófilo por su contenido de ribosomas libres y cisternas de retículo endoplásmico, de superficie rugosa, cuando el citoplasma está en reposo presenta granulos secretorios -- muy pequeños altamente refráctiles oscureciendo los límites celulares. Estos granulos de amógeno son precursores de la ptialina, se caracterizan porque se acumulan -- entre el núcleo y el extremo libre de las células.

Células mucosas.- se denominan glándulas glándulas mucosas a las que secretan mucina, glucoproteína que al mezclarse con agua constituyen el moco, que es un li--

quido algo más viscoso. Las células mucosas son de forma irregular cuboidal y se encuentran alineadas sobre la membrana basal, se diferencian de las serosas en que hay menos basofilina en la base de la célula. La porción situada entre el núcleo y el vértice de una célula mucosa contienen gotitas de moco rodeadas de membrana. La glucoproteína que existe en el citoplasma de las células mucosas no se tiñe bien con hematoxilina y eosina. En preparación fijada el núcleo se observa deformado, comprimido y cercano a la base celular, a medida que la célula vacía su contenido el núcleo se aleja de la base y se torna ovoidal. El citoplasma está cargado de granulos de mucinogena que no puede observarse en preparaciones ordinarias sólo teñirse con micicarmin o mucihematina.

Glándulas mixtas.- se denomina así a las glándulas que producen una mezcla de líquido seroso y líquido mucoso, los cuales trabajan en combinación. La combinación consiste en unidades mucosas rodeadas de agregados semilunares de células serosas que se llaman medias lunas serosas.

Glándulas mioepiteliales.- estas células tienen un cuerpo celular central y muchas prolongaciones citoplásmicas largas que rodean y agarran la unidad secretoria. Aunque estas células son de origen epitelial se cree que su citoplasma es contractil, no sólo por su forma y disposiciones sino porque por medio de la microelec-

trografía se han observado fibras. Por lo tanto estas células de alguna forma facilitan la secreción por las unidades a los conductos.

Glándulas Salivales:

Parótidas:- Estan encerradas en una cápsula -- bien definida de tejido conectivo fibroso, es una glándula tubuloalveolar compuesta de tipo seroso.

SUBMAXILAR:- Al igual que la parótida posee -- una cápsula bien definida y sistemas de conductos bien manifiestos. Se trata de una glándula alveolar o tubular compuesta. Aunque de tipo mixto, la mayor parte de sus unidades secretorias son de variedad serosa.

SUBLINGUAL.- A diferencia de las anteriores las sublinguales no estan completamente encapsuladas. Es una glándula tubuloalveolar compuesta de tipo mixto, la mayor parte de sus alveolos son de tipo mucoso. Los tabiques de tejido conectivo son más manifiestos que en la parótida y la submaxilar.

EMBRIOLOGIA

El desarrollo embriológico de las glándulas salivales mayores y menores es igual en principio. Todas comienzan como cordones epiteliales bucales que se inva-

ginan hacia el mesenquima subyacente. El cordón celular primario comienza su ramificación casi inmediatamente en el caso de las glándulas salivales menores.

La formación de las glándulas salivales mayores es un poco más complicada. Al proliferar los cordones -- epiteliales y penetrar en el mesénquima no diferenciado, se presenta una consolidación asociada en el lecho mesenquimatoso que se extiende hasta el sitio final de la formación de las glándulas secretorias. En este punto _ el cordón de células comienza a ramificarse. Las ramificaciones primarias dan como resultado la formación de varios lóbulos que a su vez, forman lóbulos secundarios. _ En sus extremos terminales, las células que forman estas _ ramas se diferencian para dar lugar a protuberancias de células dispuestas en forma radial. Subsecuente, las -- cuerdas de células forman conductos o túbulos excretores, mientras que los haces de células terminales se organizan formando racimos.

El lecho de tejido conectivo se diferencia y -- forma tabiques que separan los lóbulos y los lobulillos, y en el caso de la parótida y de la submaxilar, una capsula bien definida.

La glándula sublingual sólo posee una cápsula - delgada y mal definida.

La parótida es de origen ectodérmico y surge - del epitelio bucal anterior a la membrana bucofaringea.

Las glándulas submaxilar y sublingual surgen del surco entre la lengua y el arco mandibular, aproximadamente en el sitio del paladar bucal primitivo que separa el ectodermo del endodermo, su origen por lo tanto, es menos seguro.

Las glándulas salivales menores son de origen tanto ectodérmico como endodérmico; las glándulas labiales, por ejemplo son ectodérmicas, mientras que aquellas en la base de la lengua y en el área glosopalatina son de origen endodérmico.

Las glándulas parótidas comienzan a formarse durante la sexta semana del desarrollo embriológico, terminando su formación al final del sexto mes. Durante la vida fetal, la abertura del conducto de Stenon, que inicialmente ocupa una posición cerca del ángulo entre las apófisis maxilar y mandibular, se mueve por crecimiento diferencial quedando frente al segundo molar superior permanente.

Las glándulas submaxilares comienzan su desarrollo cerca del final de la sexta semana fetal. Aunque la diferenciación comienza en el surco lingual cuando se ha realizado la canalización de la cuerda epitelial, los orificios del conducto se localizan en la línea media justamente bajo la lengua a nivel de las carúnculas sublinguales. No se sabe si este desplazamiento anterior se debe a crecimiento diferencial o a la formación del techo del conducto de Warthén.

Las glándulas sublinguales no comienzan a desarrollarse hasta mediados de la octava semana intrauterina. Las glándulas sublinguales salivales mayores y menores (conteniendo de 8 a 20 estructuras más pequeñas), surgen al mismo tiempo como una serie de yemas que se invaginan en el surco lingual, justamente atrás del sitio que ocupan las yemas submaxilares.

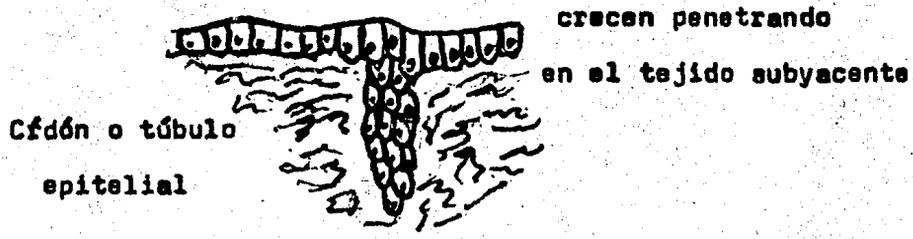
Las glándulas salivales sublinguales más pequeñas poseen varios conductos excretores (de Rivinus), la mayor parte sólo presentan un conducto de (Bartholin). Primero generalmente se abre a un lado del conducto de Wharton aunque puede unirse a él para formar un conducto común.

La mayor parte de las glándulas salivales se inician, durante la décima semana, antes de la formación del vestíbulo. Las glándulas labiales y vestibulares surgen de la placa vestibular. La canalización no se realiza hasta el cuarto mes fetal. Todas las glándulas menores restantes surgen durante el tercer mes, excepto las glándulas retromolares que comienzan su desarrollo al principio del quinto mes fetal.

DESARROLLO DE LAS GLANDULAS

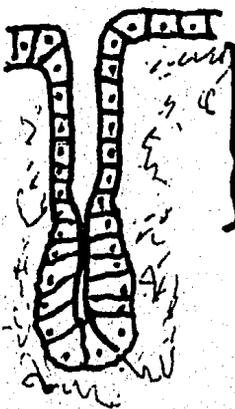
ENDOCRINAS Y EXOCRINAS

TEJIDOS DEL CUERPO



Si se forma una glándula exocrina

Si se forma una glándula endocrina

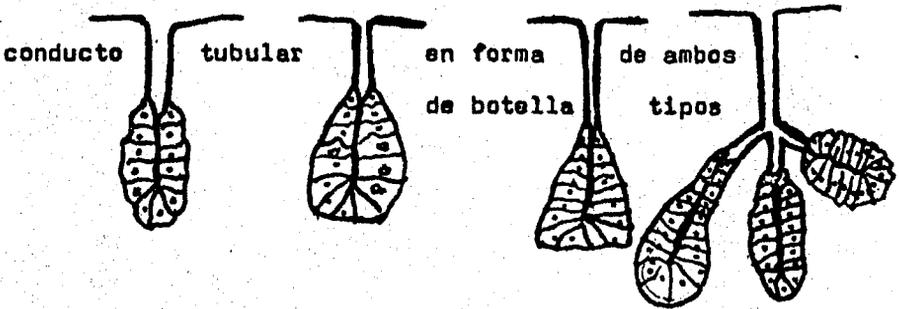


persisten cel. conectoras que formaran el conducto



DIFERENTES TIPOS DE UNIDADES SECRETORIAS EN LAS GLANDULAS ENDOCRINAS Y DIFERENCIA ENTRE GLANDULAS SIMPLES Y COMPUESTAS

Si la porción secretoria es:

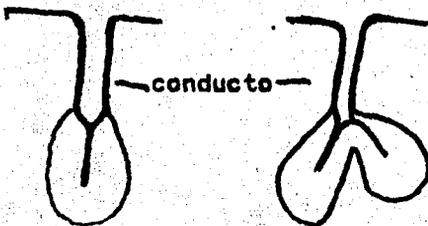


Glándula exocrina tubular.

Glándula alveolar o acinosa

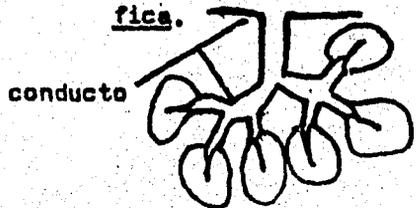
Glándula tubuloalveolar

Si el conducto no se ramifica

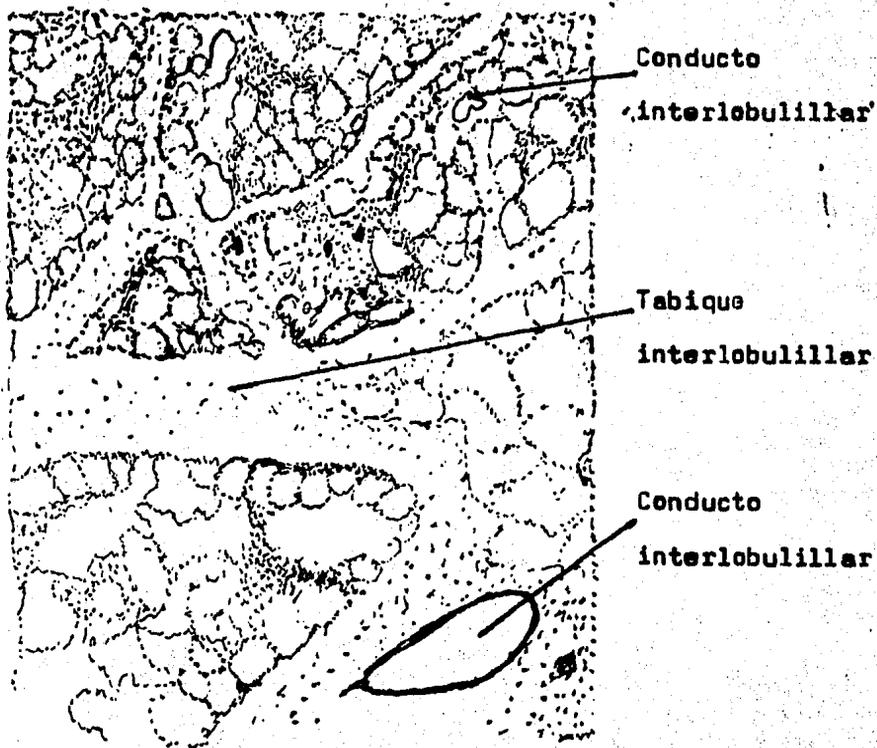


Glándula simple

Si el conducto se ramifica.



Glándula compuesta

MICROFOTOGRAFIA DE UNAGLANDULA SALIVAL DE TIPO MIXTO

CAPITULO IV

ANATOMIA:

Las glándulas salivales son de dos clases: unas muy pequeñas que reciben el nombre de GLANDULAS; labiales, molares y palatinas, las mayores están dispuestas alrededor de la cavidad bucal formando una especie de herradura pegada al maxilar inferior, se les distingue según su situación, en glándulas parótidas, submaxilares y sublinguales.

GLANDULA PAROTIDA: Es la más grande de las glándulas salivales pares, es amarilla, lobulada y de forma semejante a una cuña. Su porción superficial se localiza frente al oído externo, y su porción inferior ocupa la retromandíbula. O sea que se encuentra revestida en su cápsula alojada en una excavación vertical, prismática, - presenta tres caras, una base y un vértice.

La cara externa o cutánea forma el orificio del compartimiento, que está limitado por delante por el borde de la mandíbula, hacia atrás por el mastoideo y el esternocleidomastoideo.

La cara anterior corresponde al borde de la mandíbula y a los músculos maseteros y pterigoideo interno.

La cara posterior está formada por el vientre posterior del digástrico, los músculos y los ligamentos -

que se insertan en la apófisis estiloides.

La base está constituida por la cintilla maxilar

El vértice corresponde al conducto auditivo externo y a la vertiente posterior de la articulación temporomaxilar.

La glándula parótida llena por sí sola la cavidad antes descrita; su peso varía entre 25 y 50 grs.

La cavidad parótidea:— está circunscrita por un revestimiento celular. Esta cápsula, moldeada sobre el tejido glandular y adherente al mismo, se halla en contacto por fuera con la aponeurosis cervical superficial, por detrás con la aponeurosis prevertebral, por dentro en el alófono faríngeo y paquete vascular (carótida interna y yugular interna). La cápsula gruesa por fuera y por abajo, es delgada por dentro; a este nivel, el tejido glandular parece hallarse directamente en contacto con la faringe (prolongación faríngea de la parótida).

La cápsula está además perforada en su parte inferior por la carótida externa y la yugular externa.

Organos que atraviezan la glándula:— La carótida externa que asciende profundamente en relación con la glándula atravesando su cara posterointerna. El nervio facial que entra en la cara posterointerna se dirige hacia adelante superficialmente en relación con los vasos y se divide en sus ramas terminales que salen por debajo del borde anterior. El nervio auriculotemporal si-

que su curso detras del cóndilo de la mandíbula y sale - del borde superior de la glándula hacia atrás, inmediatamente por detras de la arteria temporal superficial.

INERVACION DE LA PAROTIDA:- El ganglio ótico, situado por dentro del nervio maxilar inferior abajo del agujero oval, queda por delante de la arteria meníngea -- media y por fuera del peristafilino externo, en el borde posterior del músculo pterigoideo interno, cuyo nervio penetra en el ganglio. Una anastomosis de este nervio constituye la raíz que émite el trigemino motor para para el ganglio; la raíz simpática deriva del plexo meníngeo medio; La raíz parasimpática proviene del nervio petroso - superficial menor. Las trigeminales que atraviezan el ganglio se distribuyen en el periestafilino externo y el -- músculo del martillo, y aunque el ganglio posee anastomosis con el nervio vidiano y la cuerda del tímpano casi - todas las fibras vegetativas cursan por las dos raíces _ del nervio auriculotemporal para inervar la parótida.

CONDUCTO DE STENON O PAROTIDEO: Se forma en el espesor de la parótida y se dirige hacia adelante atravesando el masetero por debajo del arco cigomático, del - que está separado de los vasos transversales de la cara; rodea el músculo, atraviesa la bola adiposa de Bichat y - el bucinador para desembocar en el vestíbulo bucal a la _ altura del segundo molar superior, donde se observa una _ pequeña elevación y con el masetero contrario se puede -

palpar.

GLANDULA SUBMAXILAR:- La glándula submaxilar se encuentra abajo del triángulo submaxilar, atrás y por abajo del borde libre del músculo milohioideo, aunque una porción de la glándula suele extenderse por encima del milohioideo adyacente a las glándulas sublinguales. Esta glándula también se encuentra encapsulada. Su peso varía entre 7 y 8 grs. Tiene forma prismática triangular y presenta tres caras y dos extremidades.

La cara externa corresponde a la fosita submaxilar del maxilar inferior, de la cual la separan los vasos submentonianos y los ganglios submaxilares.

La cara interna está en contacto con el músculo los vasos y el nervio milohioideo, el tendón del digástrico y la inserción del estilohioideo.

La cara inferior está en relación con la piel, de la cual la separan la aponeurosis superficial, el cutáneo y finalmente el tejido celular subcutáneo.

De las dos extremidades una es anterior y otra posterior.

La extremidad anterior descansa sobre el milohioideo.

La extremidad posterior separada de la parótida por el tabique submaxiloparotídeo, está rodeada por la arteria facial, que cruza de abajo arriba su cara interna y se junta a nivel de su borde superior, con la vena facial, para hacerse como ésta superficial.

CONDUCTO DE WARTON.- Comienza en la porción principal, pasa entre la porción profunda del hiogloso y continúa adelante sobre del geniogloso cruzando una curva del nervio lingual, que primero desciende por fuera del conducto y después asciende por dentro del mismo. El conducto cambia de dirección haciéndose medial en relación con la glándula sublingual, asciende a la mucosa del piso de la boca y se abre en el tubérculo sublingual al lado del frenillo de la lengua.

GLANDULA SUBLINGUAL.- Es la más pequeña de las glándulas salivales y está situada en el piso de la boca a cada lado del frenillo de la lengua. Su peso es aproximadamente de 3 grs.

Tiene forma de una oliva aplanada en sentido transversal. Se consideran en ella dos caras, dos bordes y dos extremidades.

Su cara externa se amolda a la fosita sublingual del maxilar inferior.

Su cara interna está en relación con los músculos lingual inferior y geniogloso, de los cuales la separan el conducto de Wharton, el nervio lingual y la vena ranina.

Su borde inferior descansa sobre el espacio angular que forman al separarse los músculos milohioideo y geniogloso.

Su borde superior más grueso levanta la muco-

sa bucal, formando a cada lado del frenillo carúnculas -- sublinguales.

Su extremidad posterior se adhiere a la prolongación anterior del submaxilar.

Su extremidad anterior está en relación con la apófisis geni.

La glándula no posee un compartimiento propio, sus lóbulos son pequeños, unido de manera laxa por tejido areolar; presenta doce o más conductos excretorios, un conducto principal es el conducto de Rivinus o conducto de Bartolini, que se adosa al conducto de Wharton y va a abrirse en el piso bucal, algo por fuera del óstium umbilical.

Conductos accesorios (cuatro o cinco) que son como granos glandulares irregularmente dispuestos alrededor de la glándula principal (glándulas sublinguales accesorias) conducto de Walther, que se abren aisladamente en el suelo bucal, a nivel de la carúncula sublingual.

Vasos y nervios. Las arterias provienen de la lingual y la submentoniana. Las venas van a la vena ra--nina, y de allí a la yugular externa. Los linfáticos van a los ganglios submaxilares. Los nervios tienen el mismo origen que los de la glándula submaxilar.

GANGLIOS LINFATICOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

1.- Ganglios parotídeos

2.- Ganglios linfáticos submaxilares.

GANGLIOS PAROTIDEOS.- Están incluidos en la cápsula de la parótida; algunos son superficiales y otros _ profundos; reciben linfáticos de la parótida, vasos, profundos de la nariz y el oído y vasos superficiales que provienen de la superficie lateral de la cara y del cuero cabelludo. Drenan en los ganglios linfáticos cervicales profundos superiores.

GANGLIOS LINFATICOS SUBMAXILARES.- Están situados cerca de la glándula submaxilar o incluso en ella; -- reciben el drenaje superficial de la porción anterior de la cara y vasos de la glándula sublingual y submaxilar -- además del drenaje profundo antes mencionado. También les llegan vasos de los ganglios cervicales profundos, incluyendo el yuguedigástrico y el yugulo milohioideo.

GENERALIDADES DE LAS GLANDULAS SALIVALES MENORES.

Existen una multitud de glándulas salivales menores situadas inmediatamente por debajo de toda la mucosa bucal, salvo la encía y la porción anterior del paladar duro. han sido agrupadas en glándulas labiales, vegetales, linguales anteriores y posteriores, palatinas y glosopalatinas, retromolares.

GLANDULAS LABIALES. - Se encuentran en la superficie externa de los labios, son de tipo mixto. Su tamaño es variable y las encontramos en la submucosa, donde se pueden palpar fácilmente. No están encapsuladas su secre

ción es tanto mucosa como serosa y se encuentran tapizando sus células que son en forma de medias lunas, sus tubullos son cortos.

GLANDULAS BUCALES MENORES.- Son una continuación de las glándulas labiales y tienen un gran parecido. Las glándulas que se encuentran cerca de la abertura del conducto parotídeo y drenan en la región del tercer molar, son llamados con frecuencia glándulas molares.

GLANDULAS GLOSOPALATINAS.- Se encuentran en el istmo de las fauces su secreción es mucosa, y son la continuación posterior de las glándulas sublinguales menores, ascienden por la mucosa del pliegue glosopalatino, pueden estar adosadas al pilar anterior o extenderse por el paladar blando para confundirse con las glándulas palatinas. Se les puede encontrar también en la región retro-molar de la mandíbula por la parte lingual.

GLANDULAS PALATINAS.- Estas se encuentran en la parte superior de la cavidad bucal, y se dividen topográficamente en:

- a).- Glándulas del paladar duro
- b).- Glándulas del paladar duro y de la úvula.

Estas se encuentran divididas por grupos, en la región del paladar duro; las glándulas se encuentran entre la mucosa y el hueso sostenidas por una capa de tejido conjuntivo denso, se continúan hacia atrás uniéndose con las del paladar blando, en esta zona se forma una capa---

capa gruesa entre la musculatura y la mucosa. Su secreción es mucosa.

GLANDULAS LINGUALES.- Son de tipo mucoso, seroso y mixto; predominando el primero. En la parte inferior _ de la lengua, a los lados del frenillo y cerca de la punta de la lengua encontramos la glándula lingual anterior (glándula de Blandin-Nuhn), compuesto por un grupo de --- glándulas arracimadas que se encuentran en el interior _ de la lengua. Por lo general tiene cinco conductos pequeños que se observan debajo de la lengua, en los pliegues sublinguales de la mucosa, su secreción es de tipo _ mixto pero principalmente de carácter mucoso, también tenemos las glándulas de la base y del borde de la lengua. Las que se encuentran en la superficie de la lengua presentan alveolas mucosas tubulares y alargadas y conductos mal definidos. En la región de las papilas foliadas y calciformes, las glándulas linguales están reemplazadas por las glándulas serosas de las papilas gustativas (glándulas de Von Ebner). La secreción de estas glándulas es _ vertida dentro de los surcos circulares de las papilas - calciformes y sirve para mantenerlos limpios. La secreción de estas glándulas es mucosa.

CAPITULO V

FISILOGIA

La saliva contiene una enzima digestiva, la ptialina o amilasa alfa salival, que ayuda a la digestión de los almidones. También contiene mucina glucoproteína que lubrica los alimentos. Cerca de 1,500ml de saliva son secretados por día.

El p.h de la saliva se encuentra entre 6.0 y 7.0

Las funciones importantes de la saliva son:

Facilita la deglución, conserva la boca húmeda, sirve como solvente para las moléculas que estimulan los botones gustativos, ayuda al lenguaje facilitando los movimientos de los labios y la lengua, conserva la boca y los dientes limpios. Puede ejercer alguna acción antibacteriana y los pacientes con salivación deficiente (xerostomía) tienen una incidencia mayor que la normal de caries dentarias.

Los amortiguadores de la saliva ayudan a mantener el P.H, de la boca, a este P.H la saliva está saturada

con calcio y así los dientes no lo pierden en el líquido de la boca. A un P.H. más ácido, la pérdida de calcio es apreciable.

1.- COMPOSICION DE LA SALIVA.-

Un litro de saliva humana consta de:

AGUA	994 ml
SOLIDOS EN SUSPENSION	1 gr
Materia inorganica	2 gr
SUBSTANCIAS DISUELTAS	
Materia orgánica	3 gr

Estas cantidades son aproximadas ya que por exposición al aire, actividad bacteriana y reacciones enzimáticas, la saliva cambia del momento en que fué recogida; así como el tipo de técnica y análisis empleados.

Los sólidos en suspensión son células exfoliadas del epitelio, leucocitos desintegrados, bacterias bucales, levaduras y unos cuantos protozoos. La densidad de la saliva varía de 1.002 a 1.020 y el descenso del punto de congelación varía de -0.2 a -0.7°C .

2.- CONTROL NERVIOSO DE LA SECRECION SALIVAL;

Los núcleos salivales se encuentran aproximadamente en el límite del bulbo y la protuberancia; la parte superior del núcleo controla las glándulas submaxilares.

y sublinguales y la parte inferior controla la parótida. Son diferentes las formas de estimular las glándulas salivales.

a).- Puede ser por reflejos directos a la cavidad oral; éstas son activadas por estímulos rápidos y táctiles en la lengua o en otra zona de la boca, pueden producir una mayor o menor secreción hasta inhibirla. Tanto un alimento de sabor agradable como desagradable, estimula la producción de la saliva.

b).- Otro tipo de estímulo es el que llega a los núcleos salivales desde los centros superiores. La zona del apetito que controla esta diferencia se encuentra en el cerebro, cerca de los centros parasimpáticos del hipotálamo anterior y reacciona a señales procedentes de las áreas corticales del gusto, el olfato o de la amígdala y la vista.

c).- Por último hay salivación por efecto de reflejos que empiezan en el estómago y en el intestino --- alto, especialmente cuando se ha ingerido algún alimento muy irritante y cuando existen náuseas por cualquier motivo.

Las glándulas reaccionan a los diferentes estímulos; en estas glándulas alveolares, los granulos secretorios de zimógeno que contienen las enzimas salivales son descargados por las células acinares a los diferentes con

ductos. Estos procesos secretorios se encuentran bajo control nervioso.

La estimulación de la inervación parasimpática produce una secreción profusa de saliva acuosa, con un contenido bajo de material orgánico. Esta secreción va acompañada de una vasodilatación de la glándula, lo que parece deberse a la liberación local del polipéptido vasodilatador (bradicina). Este mono péptido se forma a partir de las alfa 2-globulinas del plasma por la acción de la enzima calicreína, la que es liberada a las glándulas salivales por estimulación de los nervios parasimpáticos. La atropina y otros bloqueadores colinérgicos bloquean la secreción de la saliva.

3.- SECRECIÓN DE LAS GLÁNDULAS

- a).-Parótida, su secreción es únicamente serosa.
- b).-Submaxilares, su secreción es principalmente serosa, conteniendo también gran cantidad de moco.
- c).-Sublinguales, secretan moco
- d).-Las glándulas menores tienen una secreción mucosa.

CAPITULO VI

PATOLOGIAANOMALIAS CONGENITAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Las anomalias congénitas de las glándulas salivales son poco frecuentes; entre estas encontramos:

- a) Glándulas salivales aberrantes
- b) Atresia
- c) Aplasia

a).- GLANDULAS SALIVALES ABERRANTES

Son las que se encuentran situadas a mayor distancia de la glándula principal o en lugares donde no se encuentran normalmente, pueden encontrarse en un lado de la mandíbula cerca de su borde inferior en la región cervical y gánглиos linfáticos.

b).- ATRESIA

Es la oclusión de algún conducto salival, provocado durante la vida fetal; desconociéndose su etiología. Se encuentra muy raras veces y puede afectar una o a todas las glándulas.

El principal síntoma que se presenta es la Xerostomía, que puede ser en mayor o menor grado dependiendo del número de conductos afectados; la xerostomía se caracteriza por boca seca, disminución de la secreción salival, sequedad difusa, eritema y en ocasiones graves grietas de la mucosa bucal, con sensación de quemaduras y glosodinia, hay mayor incidencia de caries, puede también ser causa de formación de quistes como la ránula.

c).- APLASIA

Se habla de aplasia de glándulas salivales --- cuando existe agenesia de una o algún grupo de glándulas. No se sabe con exactitud la causa de ésta ya que puede ser por factores químicos, biológicos o radiológicos, durante el desarrollo embrionario, aunque tampoco es frecuente, se encuentra más que la atresia de los conductos salivales, las glándulas más afectadas son; glándulas sublinguales, faltando una o ambas y más raras veces las parótidas y submaxilares en el caso de Serberich, se refirió ausen-

cia de todas las glándulas salivales.

Los síntomas de este padecimiento son iguales que el anterior, la xerostomía en mayor o menor grado, mayor incidencia de caries, se presenta también fisura y ardor en los labios.

2.- TRASTORNOS DE LA SECRECIÓN SALIVAL

Entre estos encontramos:

Asialia

Ptialismo

Sialadenitis

Sialolitiasis

Sialodoquitis

Neumatocele

Asialia: - Consiste en disminución de la saliva y es a causa de resequead de la boca (xerostomía), con dificultad para hablar y tragar. La mucosa se pliega y agrieta, sobre todo por la parte de los labios expuesta al aire; la dentadura se destruye totalmente o en partes.

Cuando el flujo salival aumenta, el sujeto se ve obligado a repetidos movimientos de deglución (sialofagia), muchas veces insuficiente para evitar que se derrame fuera de la boca (sialorrea), resbalando sobre la piel del mentón, a la que irrita, la lengua y los labios están rojos, húmedos y brillantes.

Las causas de disminución salival son:

- a).-Respiración bucal durante la noche.
- b).-Agenesia congénita y procesos inflatorios (agudos o crónicos) y tumorales de las glándulas salivales.
- c).-Traumatismos psíquicos;miedo,angustía,enojo, excitación,(la asialia es de poca duración).
- d).-Deshidratación (diarreas,hemorragias profundas).
- e).-Procesos septicos febriles:ya es conocido seco con requebrajaduras de la lengua,(lengua tostada) en la fiebre tifoidea.
- f).-Diabetes glucosúrica,insipida y nefroesclerosis.
- g).-Hipotiroidismo.
- h).-Avitaminosis A.
- i).-Intoxicaciones;atropina,opio,También en el tratamiento con fenilbutazona o cloranfenicol.
- j).-En sujetos irradiados para tratar procesos malignos.

Sialismo.- Aumento en la cantidad salival,este aumento: se observa en:

- a).- Enfermedades de la cavidad bucal (estomatitis,caries,prótesis con metales de potencial eléctrico

diferente, especialmente en la estomatitis mercurial y en la gangrenosa.

b).-Enfermedades del esófago (esofagitis, cardio espasmos, tumores, etc.), estómago (gastritis, úlcera), páncreas (pancreatitis crónica).

c).-Sensaciones nauseosas (incluso por medicaciones eméticas), el embarazo, estados irritativos del sistema nervioso central, enfermedades de Parkinson, neurosis.

d).-Las intoxicaciones por pilocarpina, toxina botulinica, etc.

SIALADENITIS.- Inflamación de las glándulas salivales, suele originarse en el conducto excretor y es -- causada por invasión de bacterias a partir de la cavidad bucal, o por irritación mecánica del conducto, seguida de _ infección. Ocurre más frecuentemente en la parótida, pero también puede atacar otras glándulas, menos a menudo la _ sialadenitis resulta de traumatismos, propagación de un _ proceso infeccioso de la boca o la región amigdalara, y _ en casos raros, es hematógona en la piemia y en la bacteremia.

SIALOLITIASIS.- La obstrucción de un conducto _ por cálculos es una causa común en este padecimiento. La formación de cálculos calcificados en el conducto o _ en el parénquima de la glándula es mucho más frecuente _

en la submaxilar que en las demás glándulas principales.

Los cálculos calcificados de los conductos son cilíndricos y de tamaño variable; los del parénquima glandular son nodulares.

Los cálculos nodulares se forman por la presencia de cuerpos extraños que se encuentran en las glándulas salivales o en sus conductos, el moco, las células epiteliales, descamadas, las bacterias y los productos de la descomposición bacteriana pueden formar el núcleo que atrae a las sales de calcio.

El más afectado con mayor frecuencia es el conducto de Wharton, debido a su trayecto y a su vulnerabilidad a los traumatismos.

Los cálculos solitarios en el conducto de Wharton suelen ser de color blanco amarillento, redondos y ovales, con una superficie tersa. Algunas veces, las piedras múltiples poseen facetas. Su tamaño varía de 2 a 50 mm. de longitud y se han encontrado cálculos gigantes con peso hasta de 15 gr.

Las características de la obstrucción son: dolor y agrandamiento repentino de la glándula submaxilar al comer, el exámen radiológico aún sin un medio de contraste, permite la observación de los cálculos.

Algunos cálculos son homogéneos en corte transversal, y otros están formados por capas concéntricas. Los cálculos están constituidos principalmente por fos-

atos de calcio y carbonatos (apatita) que se precipitan sobre un núcleo de moco anormal.

Los cálculos en el conducto de la parótida son agudos, dolorosos y de forma irregular. Con mayor frecuencia se localizan en la porción intraglandular del conducto de Stensen; rara vez se han localizado en la papila de Stensen. Provocan dolor durante la masticación o la palpación, al contrario de los cálculos en el conducto submaxilar, por lo que se presenta hinchazón durante las comidas y a la palpación.

El examen radiológico para los cálculos de los conductos salivales se hace con placas oclusales, colocando la placa lo más hacia atrás posible.

Hay pacientes que presentan poco dolor e incomodidad en cambio otros sufren de cólico salival. El dolor puede irradiarse al oído y al cuello. Cuando los cálculos se encuentran en la glándula los síntomas no son tan notables como cuando obstruyen el conducto.

El tratamiento de la sialolitiasis, es la extirpación del cálculo por medio de una insición en el conducto, en algunos casos se extrae mediante la dilatación y manipulación del conducto. En la glándula submaxilar se hace la extirpación completa de la glándula.

SIALODOQUITIS.- Es una inflamación de las glándulas principalmente afecta el conducto de la parótida y con menor frecuencia al conducto submaxilar. La inflamación se reconoce por abultamiento y enrojecimiento del conducto.

Puede ser ocasionado por una mala higiene e infecciones de la garganta, se facilita aumentando la presión del aire en la boca como en sopladoras de vidrio, en músicos que tocan instrumentos de aliento, la infección del conducto puede causar descamación y formación de algún trombo salival o algún tapón purulento que causa la inflamación. También puede ser por presencia de un sialolito retenido en el conducto excretor que da como resultado estenosis con retención de saliva.

En algunos casos son necesarios los sialogramas se hacen dilatando el conducto y aplicando inyecciones de lipodol como medio de contraste, se puede substituir por yodos clorol que es de gran ayuda por sus propiedades antisépticas.

El tratamiento consiste en administrar por vía parenteral, si la causa es el cálculo y si no se logra desalojar por masaje y dilatación del conducto, se tendrá que hacer la extracción quirúrgica.

NEUMATOCELE.- Es una variante que se encuentra en la sialodoquitis, se diferencia por no presentar infección salvo en algunos casos avanzados. Se debe a la cantidad de aire que entra en los conductos parótideos.

Se presenta inflamación temporal (neumatocele) que es más notoria en el área periauricular y detrás del ángulo de la mandíbula.

La palpación produce un ruido característico - de chasquido, los pacientes que presentan esta inflamación por primera vez pueden sentir dolor bastante fuerte en la región de la parótida y el oído. El efecto sobre la mucosa bucal puede producir una queratinización que se parece a la leucopenia y puede transformarse en ella.

TRATAMIENTO. - Puede extraerse el aire por masaje de la glándula, si el dolor continúa, debe quitarse por completo la causa que lo origina.

3.- TRASTORNOS INFECCIOSOS :

- a).- Parotiditis por diferentes causas.
- b).- Enfermedad por rasguño de gato.

a).- PAROTIDITIS. - paperas (parotiditis epidémica).

Las paperas son una enfermedad viral aguda muy contagiosa, caracterizada por hipertrofia dolorosa de la parótida o de las otras glándulas salivales. Se trata de una enfermedad general, más que local, pues a veces están afectados también los testículos, los ovarios, el pan-

creas y el cerebro.

Las paperas son más comunes entre los 4 y 14 años. La enfermedad es a la vez endémica y epidémica, se trasmite por gotas de saliva y el período de mayor poder infectante se presenta en el momento de la aparición de los síntomas o un poco antes. Hay un virus en la saliva en las primeras 48 horas y es el agente causal de la parótiditis, es un virus de medianas dimensiones que se encuentra entre los mixovirus; causa aglutinación de los eritrocitos de algunas especies y produce hemólisis.

El virus penetra por vía bucal es muy factible, que durante el período de incubación de 18 a 24 días se multiplique en las glándulas salivales donde se disemina por la corriente sanguínea hacia otros órganos, incluyen do las meninges, gónadas, páncreas, senos, tiroideas, corazón, hígado, riñones y nervios craneales.

Los síntomas generales incluyen irritabilidad, anorexia, cefalea, malestar, dolores musculares y a veces trastornos digestivos, con una temperatura entre 37.8 y 38°C. Puede haber ligera linfocitosis. En general el hinchamiento de la parótida va precedido de dolor local; el dolor aumenta por presión externa, movimientos de la mandíbula o estimulación del flujo salival.

El hinchamiento característico se presenta un poco por delante y por debajo de la oreja. El lóbulo de la oreja suele estar desplazado hacia afuera, la piel que

cubre la glándula puede estar enrojecida, caliente y tensa, También se encuentra edema y enrojecimiento del conducto de Stenon. La inflamación puede afectar las glándulas submaxilares y sublinguales y abarcar hasta la cara anterior del tórax en forma de edema pre-external, raramente se forma edema de la glótis, en cuyo caso amerita traqueotomía.

La parotiditis es bilateral en la mayoría de los casos, aquí la segunda glándula tiende a inflamarse cuando la primera está sanando.

HINCHAMIENTO EN UN PACIENTE CON CIRCUNCORONITIS AGUDA ALREDEDOR DE UN TERCER MOLAR EN EL MOMENTO DE SU ERUPCION. ESTE HINCHAMIENTO DEBE DISTINGUIRSE DE LA PAROTIDITIS EPIDEMICA, O DE UN CALCULO EN EL CONDUCTO DE STENON.



ORQUITIS.- En los varones que han pasado la pubertad, la complicación de orquitis por parotiditis se da en un 20 %, de los casos, que se inicia generalmente de 7 a 10 días después de comenzada la adenitis salival, y en ocasiones puede presentarse en forma simultánea. En la mayoría de los casos, la infección testicular es unilateral.

Los síntomas principales son: escalofríos, cefalalgias, náuseas, vómito y fiebre de 39.5 a 41°C. El testículo aumenta de tamaño y se vuelve sensible y dolorosa; estas molestias persisten de 3 a 7 días desapareciendo en forma gradual, en la mitad de los casos se observa atrofia progresiva del testículo afectado. La esterilidad es bastante rara aún después de la orquitis bilateral debido a que la atrofia no es importante; sin embargo si persiste la atrofia testicular bilateral después, de la parotiditis es muy probable que haya esterilidad o disminución en la cantidad de espermatozoides.

Se ha observado infarto pulmonar después de la orquitis post-parotiditis. se cree que pueda ser resultado de la trombosis de las venas en los plexos prostáticos y pélvicos en asociación a la inflamación testicular.

PANCREATITIS.- Es otro problema de la parotiditis que puede considerarse de gravedad; en raras ocasiones se

complica con choques y formaciones de pseudoquistes. Se sospechará de pancreatitis en pacientes con dolor abdominal espontáneo y provocado y manifestaciones clínicas o epidemiológicas de parotiditis, es difícil de precisar ya que la hiperamilasemia signo principal de la pancreatitis la encontramos también en la parotiditis.

Rara vez la pancreatitis por parotiditis produce diabetes o insuficiencia pancreática, pero se ha observado casos en niños de diabetes frágil difícil de manejar, algunas semanas después de la parotiditis.

En la mayoría de los pacientes con parotiditis se observa aumento de células del líquido cefalorraquídeo, pudiendo presentar un cuadro de poliomyelitis parálitica moderada, dependiendo del aislamiento del virus del líquido cefalorraquídeo, la parotiditis rara vez ocasiona encefalitis fulminante, síndrome de Guillain-Barré, la meningitis se encuentra con más frecuencia; presentando sus síntomas algunas veces con rigidez de la nuca, cefalalgia y somnolencia, siendo esta enfermedad producida por el virus de la parotiditis, se considera benigna y la única secuela es la sordera nerviosa que tiende a ser unilateral.

El virus de la parotiditis tiende a invadir tejidos glandulares y también puede encontrarse inflamación de glándulas lagrimales, timo, tiroides, glándulas mamarias.

y ovarios. El virus de la parotiditis no se considera como factor etiológico de la tiroiditis subaguda.

La poliartrosis es otra manifestación de la parotiditis que es más frecuente entre los 20 y 30 años, los síntomas articulares se inician una o dos semanas después de haber sanado la parotiditis, afectando generalmente las grandes articulaciones, la enfermedad dura 6 semanas aproximadamente y luego se cura por completo.

TRATAMIENTO.- No hay tratamiento específico para la parotiditis, requiere un cuidado especial y se deben administrar analgésicos y dieta blanda, reposo. Los pacientes con orquitis presentan dolor intenso y se recomienda la descompresión quirúrgica del testículo, los estrógenos, el suero de convaleciente y los antibióticos de amplio espectro. Los corticoesteroides para disminuir la fiebre, el dolor y la inflamación testicular, es importante una fuerte dosis inicial de cortisona (300mg) o (60mg) de prednisona; durante las 24 horas, se debe administrar la misma dosis divididas, y después se irá suspendiendo en el período de 7 a 10 días.

La artritis parotídica generalmente es moderada y no amerita tratamiento. La tiroiditis ocasionada por el virus de la parotiditis puede curar espontáneamente, pero se ha obtenido excelente mejoría con las hormonas suprarrenales.

PARDITIDITIS POSOPERATORIA (QUIRURGICA)

Existe una infección piógena de la parótida que puede aparecer después de intervenciones quirúrgicas mayores sobre tubo digestivo, o de las que pueden producir deshidratación, generalmente es una complicación que se presenta en pacientes con boca poco aseada.

El tratamiento parece debido a infección ascendente por el conducto de Stenon, pues la flora microbiana que se encuentra en las glándulas afectadas corresponde a la flora bucal, y no a la que existe en la zona donde se realizó la intervención quirúrgica. La frecuencia de infecciones de la parótida puede ser por la falta de mucina en la secreción de esta glándula (la mucina ejerce normalmente un efecto inhibitor sobre los estafilococos).

La parotiditis posoperatoria suele aparecer de cinco días a una semana después de la intervención. Los síntomas clínicos aparecen bruscamente, observándose un hinchamiento firme o duro, caliente al tacto, en el ángulo de la mandíbula y sobre la mejilla. Hay hipersensibilidad y dolor local, los síntomas suelen ser unilaterales, pero en ocasiones están afectadas ambas glándulas. En ocasiones el hinchamiento asienta al principio un poco por delante del lóbulo de la oreja, en el lugar donde la cápsula de la parótida es menos resistente. Puede obser

vase salida de pus por la apertura del conducto de Stenon, espontáneamente o después de una ligera presión sobre los tejidos de la mejilla.

TRATAMIENTO.- El tratamiento de la parotiditis posoperatoria exige un buen drenaje a través del conducto, se puede lograr mediante masaje ligero, o introduciendo con cuidado una sonda ureteral delgada. Puede estimularse la secreción salival mascando goma, chupando bombones duros o ingiriendo bebidas ácidas. En general se necesita antibioticoterapia general, el fármaco más utilizado es la penicilina.

B). ENFERMEDAD POR RASGUÑO DE GATO.

Esta enfermedad por arañazo de gato puede manifestarse, por conjuntivitis granulomatosa unilateral con adenopatía preauricular. Se piensa que el agente etiológico debe ser un virus. Probablemente la conjuntiva sea la vía de entrada primaria del agente infectante en los pacientes con manifestaciones oculares. En el caso estudiado por Levitt, las glándulas habían crecido, presentaban fluctuación y eran dolorosas, los ganglios del cuello estaban hipertrofiados y existía conjuntivitis. Se obtuvieron pruebas cutáneas positivas con antígeno de "arañazo de gato", el mismo síndrome puede observarse también en la tularemia y la tuberculosis.

La enfermedad por arañazo de gato puede ser causa relativamente común de adenitis submaxilar cuyo origen no depende de los dientes, ni de la boca.

Las úlceras indoloras suelen seguir al arañazo de un gato o a un traumatismo semejante. El gato es el portador o el inculador habitual del agente causal. Puede haber supuración en los ganglios afectados pero el pús es bacteriológicamente estéril. La adenopatía puede durar de dos a seis meses. No responde a los antibióticos.

El diagnóstico se establece a partir de una reacción positiva a las inyecciones intradérmicas de antígeno de arañazo de gato.

TRATAMIENTO.- El tratamiento para esta enfermedad es únicamente sintomático y las lesiones se curan sin complicaciones.

4.- OTRAS COMPLICACIONES

- a).- Síndrome de Sjörgen
- b).- Síndrome de Mikulioz
- c).- Sarcoidosis
- d).- Síndrome de Heefordt (uveoparotiditis)

a).- SINDROME DE SJORGEN

Este síndrome fué descrito inicialmente por un oftalmólogo sueco en 1933, encontró que los pacientes con queratoconjuntivitis, presentaban también xerostomía, además aumento de tamaño de las glándulas lagrimales y salivales, y en las dos terceras partes de los casos artritis reumatoide. Se presenta con más frecuencia en las mujeres menopáusicas. La tríada clásica de síntomas y signos consta de xerostomía, queratoconjuntivitis seca y artritis reumatoide.

Se desconoce la etiología del síndrome, a veces existen antecedentes familiares, algunos investigadores piensan que en la génesis de los disturbios inmunológicos exista alguna participación viral.

Los síntomas consisten en sequedad y ardor de la mucosa bucal. La lengua carece de papilas y es lisa y brillante, no hay mucho dolor pero frecuentemente los

pacientes se quejan de disfagia. En individuos que emplean prótesis, la disminución salival puede ocasionar problemas de retención de las prótesis con ciertas molestias. La menor secreción intestinal se manifiesta por estreñimiento, prurito perianal y congestión de vasos hemorroidales, a veces hay atrofia de la mucosa vaginal.

En esta enfermedad una característica importante es el inchamiento recurrente bilateral de las parótidas, incluso, en ausencia de xerostomía puede existir lesiones importantes en las glándulas salivales.

Generalmente el inchamiento de las glándulas salivales cede a una o dos semanas, sin supuración; pero en otros pacientes puede durar meses, y en algunos casos puede ser permanente. La primera etapa del inchamiento puede acompañarse de fiebre, es frecuente observar una poliartritis que puede afectar a la articulación temporomandibular.

El síndrome de Sjörgen se asocia con enfermedad de la colágena como son:

- 1.- Lupus eritematoso sistémico
- 2.- Esclerosis sistémica progresiva
- 3.- La mitad de los pacientes presentan artritis reumatoide clásica o definida.
- 4.- Poliartritis
- 5.- Poliomiocitis.
- 6.- Angiitis necrosante

- 7.- Rara vez hay; neuropatía periférica
- 8.- Esplenomegalia
- 9.- Artritis
- 10.- Miositis
- 11.- Linfadenopatías
- 12.- Aumento de tiroides
- 13.- Fenómeno de Raynaud, hasta más graves alteraciones vasculares.
- 14.- Alteraciones cutáneas, púrpura, resequedad, de la piel y prurito.

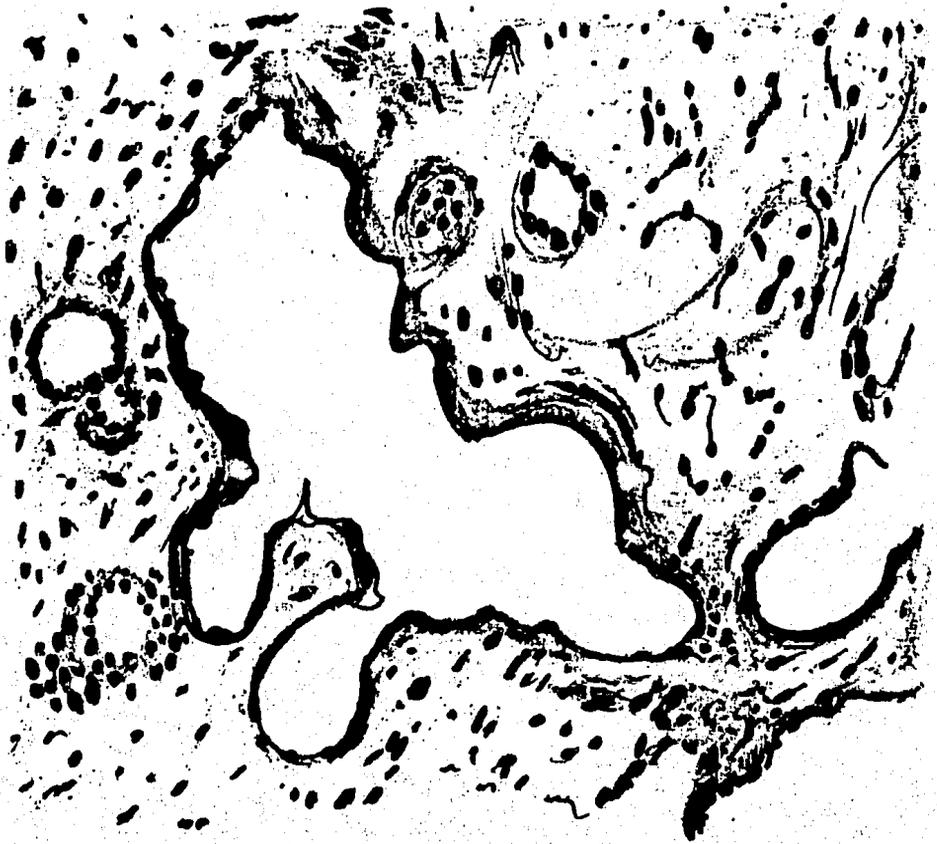
El diagnóstico se basa en los antecedentes y en los síntomas característicos, se encuentra también una imagen difusa de globulina gamma en suero o en saliva. La sialografía ayuda al diagnóstico de atrofia de las glándulas salivales, casi siempre se encuentran anomalías en las parótidas, suelen consistir en sialectasia punteada que afecta los conductos intermedios. Otras veces existe sialectasia globular o destructiva.

TRATAMIENTO.- para la enfermedad de Sjörgen, suele ser negativo. Numerosos autores han manifestado malos resultados con cortisona. Denko y Bergenstal sugirieron que los mejores resultados se obtienen con 5 a 7.5 mg. de prednisona diariamente, en combinación con 60 a 120 mg. de tiroides. Para el alivio de la xerostomía, se ha empleado policarpina, limonada sin azúcar, el enfer

mo debo tomar con frecuencia líquidos durante la alimentación y chupar caramelos. Se debe prestar atención bucal especial de apoyo, incluyendo profilaxis, instrucciones para higiene bucal, aplicación superficial de fluoruro y revisiones clínicas periódicas.

MICROFOTOGRAFIA DE ALTO PODER DE GLANDULAS SALIVALES

MENORES DEL LABIO EN PACIENTE CON EL SINDROME DE SJORGEN



b).- SINDROME DE MIKULIOZ

Consiste en hinchamiento simétrico no inflamatorio de las glándulas lagrimales y orbitarias, y uno o varios pares de glándulas salivales. Se desconoce el agente causal. En ocasiones las glándulas accesorias en lengua y paladar duro crecen también. Las glándulas hinchadas no se fijan a los tejidos vecinos.

La multiplicidad de las glándulas afectadas puede comunicar al paciente un aspecto monstruoso.

La reacción general es escasa o nula. No está afectado el sistema linfático, y la biometría es normal. Habitualmente la enfermedad es silenciosa.

Es preciso distinguir la enfermedad de Mikulioz verdadera del llamado síndrome de Mikulioz en el cual el crecimiento glandular se debe a alguna otra enfermedad, por ejemplo, leucemia, síndrome de Sjörger, enfermedad de Hodgkin, fiebre uveoparótida, sífilis o tuberculosis. También es preciso distinguir el hinchamiento de las glándulas submaxilares de la adenitis de esta región.

Schaffer y Jacobsen proponen la siguiente clasificación.

1) ENFERMEDAD DE MIKULIOZ

A) Tipo familiar

b) Enfermedad de MIKULIOZ propiamente dicha.

2) SINDROME DE MUKULIUZ

- a).- Leucemia
- b).- Tuberculosis
- c).- Sífilis
- d).- Linfosarcoma
- e).- Reacciones Tóxicas al plomo, los yoduros etc.
- f).- Gota
- g).- Fiebre uveoparótida subcrónica.

Se encontro también que la infiltración debida a leucemia linfática era una causa frecuente de síndrome de Mikuliuz.

TRATAMIENTO.- El tratamiento para el síndrome de Mikuliuz es el mismo tratamiento que para el síndrome de Sjörger.

Se observó también que el arsénico y el yoduro de potasio resultaban beneficiosos en el tratamiento de la enfermedad de Mikuliuz. En algunos casos es preciso extirpar quirúrgicamente las glándulas afectadas.

c).- SARCOIDOSIS

Es una enfermedad general, granulomatosa de etiología y patogenia no precisada. Afecta con mayor frecuencia los ganglios linfáticos, mediastínicos y periféricos, pulmones, hígado, piel, bazo, huesos de las falanges y glándulas parótidas.

Se desconoce su etiología; en un principio se -- pensó que era una forma especial de tuberculosis, y puede ser, debida a la presentación de ésta antes, durante o después de la sarcoidosis clínica y a la ocasional identificación de microbacterias en el tejido sarcoide; se piensa en otra hipótesis que pudiera tratarse de un virus, - Mycobacteria atípica, hongo o polen de pino.

Los síntomas en algunos casos consiste en manifestaciones generales no específicas con fiebre, pérdida de peso, fatiga, debilidad y malestar general, en otros casos no hay sintomatología.

El tratamiento solo consiste en quitar los síntomas.

d) SINDROME DE HEERFORDT (UVEOPAROTIDITIS)

Es un síndrome caracterizado por hinchamiento bilateral de las parótidas, uveitis (inflamación de la úvea o coroides del ojo), y fiebre ligera. Suele encontrarse entre los 20 y 30 años. También se observa en algunos pacientes con sarcoidosis, pero no en todos y podría ser una manifestación de dicha enfermedad.

Frecuentemente las parótidas se vuelven grandes, duras y dolorosas antes de que aparezcan otras manifestaciones del síndrome. El hinchamiento puede durar varios meses, o incluso años. La piel que cubre la glándula no se fija a esta, y es rara la supuración; también son ra--

ros los síntomas generales, salvo la fiebre, se observan hinchamiento de parótida y submaxilar en pacientes con trastornos endocrinos, en particular diabetes, Sandstead y Col. describieron hinchamiento de la parótida en grupos de población cuya alimentación era pobre en calorías, proteínas y vitaminas del complejo B.

En casos más raros las glándulas salivales participan de un fenómeno patológico general, tuberculosis, actinomicosis, o sífilis. Salvo si se observan síntomas clásicos de las enfermedades causales, el diagnóstico definitivo del crecimiento de la glándula salival es difícil o imposible sin biopsia. La tuberculosis de la parótida constituye un arduo problema diagnóstico.

TRATAMIENTO.- No hay tratamiento específico del crecimiento de la parótida, aunque los síntomas de ciertos pacientes con sarcoidosis pueden combatirse mediante terapéutica general con esteroides corticosuprarrenales.

En general el tratamiento es solamente sintomático y en fase aguda se utilizan corticoesteroides.

5.- QUISTES

- 1.- MUCOCELE
- 2.- RANULA
- 3.- QUISTE DERMOIDE
- 4.- QUISTE LINFOEPITELIAL

1.- MUCOCELE

El termino mucoccele se emplea para referirse a un quiste de la glándula salival menor. El tipo más común es el llamado de "extravasación mucosa". Esta es una cavidad cubierta con tejido conectivo inflamatorio y proliferativo; la luz contiene moco así como un número variable de macrófagos llenos de moco. No existe forro epitelial solo en casos raros en que el quiste se encuentra conectado directamente a un conducto adyacente, caso en el cual se observará epitelio. Se dice que este tipo de quiste es debido a traumatismos del conducto excretor con la extravasación resultante de moco hacia los tejidos circundantes. O también los mucocceles surgen por aplastamiento de los lóbulos por lo que tienen un origen intraglandular.

El quiste de retención mucosa es un mucoccele que se presenta por retención de moco en un conducto excretor debido a la obstrucción completa o parcial de un conducto y a la secreción continúa de la porción cerrada de la glándula. Está cubierto por epitelio columnar simple o pseudoestratificado.

Los mucocceles del tejido de extravasación se presentan en el labio inferior; rara vez se ve afectado el labio superior, en la mucosa bucal es el sitio donde

se presentan todos los casos.

Un mucocelo de las glándulas cerca de la punta de la lengua se denomina quiste de BLANDIN-NUHN, aunque puede presentarse a cualquier edad, el tipo de extravasación de moco se observa con mayor frecuencia en individuos menores de cuarenta años de edad. Los quistes de retención mucosa son más frecuentes en individuos mayores y no suelen presentarse en el labio inferior.

TRATAMIENTO.- Consiste en la extirpación del quiste junto con la glándula asociada, las glándulas más comunmente extirpadas son las salivales menores, por estar más cerca de la superficie.

2.- RANULA

El término ránula denota la extravasación o fenómeno de retención mucosa en la porción anterior del piso de la boca. Está relacionada con la glándula salival sublingual o en raras ocasiones, con la submaxilar.

La ránula de las glándulas sublingual suele ser unilateral. Se localiza en la porción anterior del piso de la boca. Es blanda, fluctuante y uniloculada. puede presentar un color azulado violeta translúcido y fluctúa entre 2 y 3 cm de diámetro. Las paredes son delgadas y no se forman hucos a la presión. La ránula se encuentra localizada encima del músculo milohioideo,

aunque muchas se extienden hacia atrás, o hacia el cuello. Contiene un líquido mucoseroso, viscoso.

La rínula es indolora aunque puede trastornar e el habla, la masticación y la deglución. Puede presentar se a cualquier edad y se han registrado casos congénitos. La rínula se presenta con mayor frecuencia en mujeres.

La rínula la mayor parte no posee un forro epitelial. La pared suele estar formada por tejido conectivo comprimido infiltrado con cantidades variables de células inflamatorias crónicas. En casos de que exista un forro epitelial éste es idéntico al de los conductos.

TRATAMIENTO.- Después de la simple punción o incisión, la recurrencia es casi invariable, así como en la mitad de los casos en los que se emplea la marsupialización. La pared superior de la rínula es extirpada y la pared interna suturada al piso de la boca. La extirpación quirúrgica de la glándula y el conducto puede ser de utilidad especialmente en casos crónicos o recurrentes.

3.- QUISTE DERMOIDE

Se desarrolla a partir de las células epiteliales, atrapadas debajo de la superficie durante la fusión de los tejidos blandos de la vida fetal. Pueden participar también en este proceso tejidos y estructuras de origen no epitelial.

Se localizan en paladar, ángulo de la mandíbula glándulas salivales, testículos y ovarios.

En la boca su tamaño es variable, dos o más cms de diámetro, redonda de superficie lisa, bien delimitada y de color rosado. Su consistencia es semisólida.

Cuando el quiste se localiza por debajo de los geniohioideos, se ve fuera de la boca como una tumoración de superficie lisa inmediatamente por debajo del mentón y cuando el quiste dermoide se infecta, se puede observar un conducto fistuloso en la piel.

TRATAMIENTO.- Es la extirpación quirúrgica.

4.- QUISTE LINFOEPITELIAL

Es una lesión que se presenta raras veces en la glándula parótida, presentando un agrandamiento.

La lesión es asintomática y se desplaza con facilidad.

Se desarrolla como consecuencia de un cambio quístico en las inclusiones epiteliales que se observan inva

riablemente en los gánglios linfáticos parotídeos.

Microscópicamente se observan las características de una cavidad quística revestida de epitelio y rodeada de tejido linfoide.

TRATAMIENTO.- El tratamiento de estos quistes es la extirpación quirúrgica, por lo parecido a un tumor; después de la extirpación no hay reincidencia de éste.

6.- NEOPLASIAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Clinicamente los tumores de las glándulas salivales suelen presentarse como masas firmes e indoloras, y las características clínicas asociadas con mayor frecuencia a los tumores malignos son; ulceración de la mucosa o piel, multicentricidad (sin historia de tratamiento quirúrgico anterior), anestesia, dolor parestesia, parálisis, historia de crecimiento rápido y quizá edad avanzada en el momento del diagnóstico.

TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES MAYORES

El lugar más común en cuanto se relaciona, con tumores, la glándula parótida es la que se ve más afectada. El tumor se forma en la glándula como un nódulo pequeño o nace fuera de las glándulas salivales accesorias, en este caso el tumor puede no estar conectado con el cuerpo principal de la glándula y estar libre en el tejido. Si se encuentra en la glándula generalmente está encapsulado y puede producir atrofia en la glándula por presión.

El tumor es duro, irregular y nodular, puede tener el tamaño de un chicharo, se presenta más comunmente en el ángulo de la mandíbula o en la región periauricular.

El tumor maligno, suele estar fijado por invasión del tejido que lo rodea, especialmente en el hueso de la rama de la mandíbula y causa metastasis a los ganglios linfáticos.

GLANDULAS SALIVALES MENORES

Las glándulas salivales menores que forman tumores intrabucales son: el paladar duro, paladar blando, también puede afectar a la mucosa y el labio aunque con menor frecuencia.

PALADAR DURO Y BLANDO

El tumor puede ocupar el centro de la bóveda^e pero en la mayoría de los casos nace a un lado, debajo de la mucosa palatina y alveolar y puede formar una masa césil o distinta. El tamaño es variable, puede medir de 1,5 cm u ocupar todo el paladar. Algunos se encuentran encapsulados y pueden extirparse facilmente, otros están situados profundamente e invaden la submucosa hasta penetrar el foramen palatino anterior. Si el tumor es benigno, no invade el hueso por regla general, raras veces hay dolor, la mucosa que lo cubre puede tener apariencia normal o un poco pálida.

PALADAR BLANDO

Aquí se puede encontrar también un tumor mixto, hay poca resistencia a la expansión, de manera que puede

formar un abultamiento muy voluminoso que se extiende hasta la orofaringe obstruyendola de modo parcial.

MUCOSA BUCAL

Se afecta con menor frecuencia, aunque en este sitio puede formarse el tumor de las glándulas mucosas de la boca.

LABIO

Puede dar origen a tumores mixtos, aunque se forman mucocelas más frecuentemente en las glándulas labiales del labio inferior. Los tumores mixtos son más comunes en el maxilar superior.

El tratamiento de todos estos tumores es la extirpación quirúrgica; cuando el tumor está encapsulado - por completo. En los casos que no puede hacerse la extracción extracapsular total debe ser tratado con la corriente coagulante.

NEOPLASIAS BENIGNAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

- a).-ADENOMA PLEOMORFICO, "TUMOR MIXTO"
- b).-CISTADENOMA PAPILAR
- c).-CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO, TUMOR DE WARTHIN.
- d).-ADENOMA OXIFILITICO, ONCOCITOMA

- e).- TUMOR MUCOEPIDERMÓIDE
- f).- HEMANGIOENDOTELIOMA BENIGNO
- g).- VARIOS (adenoma, lipoma, neurofibroma, sebáceos).

a).- ADENOMA PLEOMORFICO O TUMOR MIXTO

Es el neoplasma encontrado con mayor frecuencia en las glándulas salivales mayores. Su crecimiento es lento y tiende a reincidir después de ser extirpado en un 25% a veces varios años después.

Anteriormente se pensaba que era un tumor constituido por dos tejidos diferentes (epitelial y mesenquimatoso) por eso el nombre de tumor mixto, pero actualmente se sabe que el tejido mixomatoso es un derivado de células epiteliales y por eso se usa el nombre de "adenoma salival pleomorfo".

Los tumores mixtos son redondos, lisos y móviles, se localiza más frecuentemente en el polo inferior, de la parótida y generalmente tienen un tamaño de 2 a 5 cms. de diámetro.

Histológicamente tiene una composición compleja con la presencia de células epiteliales dispuestas en masas sólidas irregulares, estructuras tubulares y trabéculas ramificadas en un tejido mixoide, formado por mallas de células alargadas y estrelladas, con aspecto mucoso o cartilaginoso.

TRATAMIENTO.-Escisión quirúrgica amplia ya que

c) CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO

Es casi siempre una lesión de la parótida y constituye aproximadamente el 5% de todas las neoplasias de este sitio.

Se piensa que este tumor surge por la transformación neoplásica del epitelio de las glándulas salivales encajado o atrapado dentro de los ganglios linfáticos parotídeos o paraparotídeos. También se atribuye a restos embrionarios; tiene un componente epitelial de células cilíndricas con tendencia a formarse tubos o enreduras con proyecciones papilares, lo cual asienta en un tejido linfático en el que llegan a formarse folículos completos con centros germinativos.

Es más frecuente en hombres que en mujeres, estos tumores a veces suelen ser bilaterales y rara vez son extra parotídeos (por ejm en el paladar).

El cistadenoma papilar linfomatoso es un aumento de volúmen encapsulado, siendo las superficies cortadas de color café y viscosas. Macroscópicamente, el tumor es de aspecto papilar empedrado o de carácter quístico; se encuentra en forma de una masa parecida al fibroma, inmediatamente por debajo de la mucosa, formandose una ligera prominencia en la zona localizada, es palpable, de consistencia dura, no doloroso y móvil.

TRATAMIENTO.- Es la extirpación quirúrgica.

es muy persistente y recurrencias son multinodulares, por lo tanto más difícil de erradicar que la lesión primaria, por lo que se recomienda la escisión amplia de ésta.

Este tumor no produce metástasis pero en contados casos puede degenerar en un tumor maligno que se comporta como un adenocarcinoma.

b).- CISTADENOMA PAPILAR

Constituye aproximadamente el 2 % o menos de las neoplasias de las glándulas salivales accesorias.

El sistadenoma papilar es un adenoma, sus células son oncocíticas uniformemente y parecen derivarse de un conducto. Se han encontrado pocos ejemplos bucales que permitan un análisis adecuado, aunque sean considerados agresivos. Sin embargo la mayor parte no han recurrido después de su extirpación local.

Los sitios de afección bucal son: el paladar, piso de la boca, lengua y mucosas bucales.

MICROFOTOGRAFIA DE UN CISTADENOMA PAPILAR



d).- ADENOMA ONCOCITICO

Es un tumor de origen multicéntrico generalmen-
te benigno, raras veces se presenta en la boca y con ma-
yor frecuencia en la glándula parótida, es raro; predomina
en el sexo femenino y aparece después de los 55 años.

Histológicamente está constituido por células
de citoplasma granular acidófilo abundante y núcleo -
bien definido (oncocitos), las cuales son células modifi-
cadas del epitelio.

Aunque pocos, se han encontrado casos de maligni-
dad que dan metástasis a los pulmones, hígado duramadre
y glándula pituitaria.

TRATAMIENTO.- Consiste en la extirpación qui-
rúrgica.

e).- TUMOR MUCOEPIDERMÓIDE

Los tumores mucoepidermoides pueden observarse
en individuos jóvenes. Las características sintomáticas
de los tumores mucoepidermoides varían considerablemente
Se han observado aumento de volumen, hinchazón quística,
dolor, ulceración, fijación ocasional y en casos de la pa-
rótida, parálisis.

f).- HEMANGIOENDOTELIOMA BENIGNO

Es la masa tumoral encontrada con mayor frecuen-
cia en la parótida, en pacientes de un año o menos.

Suele diagnosticarse a la edad de tres meses, estas lesiones pueden estar relacionadas con emangiomas de la piel y rara vez afectan a la glándula submaxilar.

Histológicamente el hemangioendotelioma benigno también llamado hemangioendotelioma juvenil; está formado por numerosos capilares sanguíneos. Las lesiones varían histológicamente según la edad; existe una falta de parénquima de la glándula salival.

TRATAMIENTO.- Se recomienda la excisión quirúrgica.

g).- VARIOS

LIPOMA.- Este tumor se forma donde se encuentra tejido adiposo en la mucosa bucal, son de crecimiento lento y benigno, los de tipo maligno no se conocen. El tumor se forma de células de grasa contenidas en la encía alveolar y en el tejido adiposo de la lengua, pisos de la boca faringe y glándula parótida.

El tumor está adherido a la mucosa y produce - formaciones pedunculadas o lobuladas arracimadas, es blando y se mueve libremente con el movimiento del maxilar o de la lengua.

El color amarillento es característico, se encuentra encapsulado y circunscrito; cuando se encuentra en el piso de la boca debajo de la glándula sublingual puede confundirse con un quiste sublingual.

histológicamente la célula que predomina es la adiposa adulta, hay una pequeña cantidad de tejido conectivo que contine los vasos sanguíneos.

TRATAMIENTO.- consiste solamente en la extirpación quirúrgica del mismo.

LINFANGIOMA.- Los linfangiomas del cuello y de las mejillas pueden extenderse y afectar a la parótida u otras glándulas salivales mayores. Reemplazan al tejido glandular, se forma de las células endoteliales que revisten los vasos linfáticos, en forma semejante a los emangiomas. Los espacios endoteliales en vez de contener sangre están llenos de líquido seroso.

El tumor puede ser pequeño o circunscrito si se observan vesículas de color rosado grisáceo y extendiéndose hasta la superficie.

En otros casos causa notable agrandamiento y llega a producir una superficie nódular cubierta de vesículas dimensionadas de color gris.

TRATAMIENTO.- Si el tumor es pequeño se extirpa. Los tumores grandes deben tratarse con radioterapia y sustancias esclerosantes.

Las neoplasias mesenquimatosas son raras; entre ellas encontramos, las antes descritas como son: Linfangioma, Lipoma, Hemangioma.

NEOPLASIAS MALIGNAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

- 1.- ADENOCARCINOMA CILINDROMATOSO
- 2.- ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINICAS
- 3.- CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE
- 4.- CARCINOMA EPIDERMIOIDE
- 5.- VARIOS (Rabdomiosarcoma, melanoma maligno, linfosarcoma, etc.).

1.- ADENOCARCINOMA CILINDROMATOSO

Ha sido el neoplasma de glándulas salivales in trabucal maligno, encontrado con mayor frecuencia, afecta a la glándula salival submaxilar en mayor proporción que a las otras.

El adenocarcinoma cilindromatoso de la glándula salival accesoria presenta una sintomatología variada: Ulceración, dolor, destrucción ósea, sangrado y parestesia, además de los síntomas habituales de aumento de volumen. También se ha observado extensión hacia las estructuras vecinas, Las mujeres pueden ser afectadas más que los hombres, se presenta entre los 40 y 70 años de edad.

El paladar es el sitio bucal más frecuente, aunque también se observa en otros sitios bucales faringeos nasales y paranasales.

Los adenocarcinomas cilindromatosos son capa--

ces de provocar sintomatología atípica facial neurogénica que puede confundirse con dolor de origen dental, --- cuando se encuentra localizado en un sitio no accesible al examen visual.

Los adenocarcinomas cilindromatosos no son encapsulados y manifiestan un crecimiento infiltrativo --- temprano sin importar su localización. La metástasis a los ganglios linfáticos y órganos distantes, se presenta en la fase final de la enfermedad.

Microscópicamente el cilindroma presenta numerosos grupos celulares tumorales o cuerdas de diversos --- tamaños con un aspecto de panal de abejas. Existen cuerdas más pequeñas formadas por dos o cuatro células de --- grosor que vagan al parecer extensamente a través de un estroma de tejido conectivo fibroso. Característicamente las células individuales no muestran variaciones nucleares o actividad mitótica.

TRATAMIENTO.- El tratamiento más satisfactorio es la extirpación quirúrgica y la radioterapia es de alguna utilidad para suspender los crecimientos primarios y metastásicos.

2.- ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINICAS

Llamado también Adenocarcinoma de células serosas, carcinoma de células claras. Es casi exclusivamente un neoplasma parotídeo.

Se presenta con mayor frecuencia en pacientes

entre las edades de 40 y 60 años. También han sido observados en niños hasta de cuatro años y es un poco más frecuente en mujeres que en hombres.

Se han encontrado también tumores de células acínicas parotídeas bilaterales y tumores de células acínicas cuyo origen se encuentra en las glándulas salivales menores.

Rara vez se localizan dentro de la boca.

Los síntomas que se encuentran con mayor frecuencia son: aumento de volumen, dolor y molestias.

El tumor está formado por células tumorales con gran parecido a las células serosas maduras de lóbulos normales, presenta una variación de células claras que pueden confundirse con neoplasmas como el adenocarcinoma del riñón.

3.-, CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

Se define como un tumor de origen ductal, que contiene células mucosecretoras y otras con propiedades epidermoides. Se consideran formas de bajo grado de malignidad cuando existe predominio de diferenciación epidermoide, aún cuando son frecuentes las células mucosecretoras. Y de alto grado de malignidad en las cuales las perlas córneas son más raras. El tumor mucoepidermoide, especialmente el último mencionado, tiene una agresividad muy particular y son frecuentes las metástasis gene-

ralizadas.

Este tumor tiene su origen en las glándulas salivales mayores principalmente, pudiendo presentarse en el paladar, labios y mucosa bucal, debido a las glándulas accesorias y también en la región central de los maxilares sobre todo en la mandíbula donde se forma a partir de glándulas ectópicas localizadas en esa región durante el desarrollo fetal.

Es difícil diagnosticar un carcinoma mucospidérmico basándose únicamente en los datos clínicos, sin embargo hay que tener en cuenta cuando el tumor presenta signos de malignidad, aunque sean mínimos como son: consistencia sólida, rigidez adherencia a los tejidos vecinos, crecimiento constante y rápido. Un diagnóstico definitivo dependerá siempre de la biopsia.

TRATAMIENTO.- Consiste en radioterapia y extirpación quirúrgica.

4.- CARCINOMA EPIDERMÓIDE

El carcinoma epidermoide puro de las glándulas salivales es raro y se origina de células del epitelio ductal probablemente en focos de metaplasia escamosa. En los bien diferenciados se forma abundante queratina y en los pocos diferenciados tienen figuras de mitosis atípica y cambios pleomórficos importantes. Muchos supuestos carcinomas epidermoides primarios, en realidad presentan

metástasis en ganglios dentro de la glándula parótida me
tástasis que frecuentemente provienen de carcinomas loca
lizados en la piel.

TRATAMIENTO.- Radioterapia y extirpación quirúr
gica del tumor.

5.- VARIOS

Los tumores menos frecuentes que aparecen en el
parénquima de las glándulas salivales tales como carci
noma de células escamosas de los conductos excretores,-
carcinomas no susceptibles de clasificación o poco diferen
ciados, rabdomiosarcoma, melanoma maligno, adenocarcinoma -
seudoadamantino, y linfosarcoma, se reportan con menos fre
cuencia.

CONCLUSIONES

Los estudios sialograficos son un aspecto importante del diagnóstico de las enfermedades de las glándulas salivales. En la Sialoductectasia obstructiva, las anomalías asientan principalmente en el conducto principal, y los factores patógenos principales son cálculos y constricciones. En la sialoductectasia crónica no obstructiva, las anomalías se encuentran generalmente en los conductos periféricos. Los sialogramas son similares en la enfermedad de Mikulicz, el síndrome de Sjögren y la Parotiditis recurrente en adultos y niños.

El hinchamiento de las glándulas salivales principales o accesorias constituyen también un cuadro cuyo diagnóstico y terapéutica corresponden simultáneamente al Cirujano Dentista y al Médico Cirujano.

Por ello la importancia de su patología ya que si alguna o algunas de las glándulas no cumplen adecuadamente con sus funciones, se altera todo el organismo.

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

- 1.- MEDICINA BUCAL
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
VI EDICION
EDIT. INTERAMERICANA
BURKET L.W.
- 2.- CIRUGIA BUCAL PRACTICA
I EDICION EN ESPAÑOL 1978
EDIT. COMPANIA EDITORIAL
CONTINENTAL S.A.
DANIEL E. WAITE.
- 3.- TRATADO DE HISTOLOGIA
VI EDICION 1970
EDIT. INTERAMERICANA
ARTHUR HAM.
- 4.- FISIOLOGIA MEDICA
IV EDICION 1974
EDIT. EL MANUAL MODERNO
WILLIAN F. CANON G.
- 5.- TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA
IV EDICION 1971
EDIT. INTERAMERICANA
ARTHUR C. GAYTON
- 6.- EMBRIOLOGIA MEDICA
II EDICION
EDIT. INTERAMERICANA
DR. JUAN LAGMAN
- 7.- TRATADO DE PATOLOGIA
III EDICION
EDIT. INTERAMERICANA
DR. STANLEY L. ROBBINS