

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFE-
SIONALES IZTACALA**

U. N. A. M.



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

CARRERA DE ODONTOLOGIA

**PRINCIPALES AFECCIONES DE LAS
GLANDULAS SALIVALES**

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO-DENTISTA
P R E S E N T A
SONIA GETHEL VELA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

PAGINA.

DEDICATORIA

INTRODUCCION

CAPITULO I

A) ANATOMIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES.....	1
1. - Anatomía de la Glándula Parótida.....	3
a.- Características Generales.....	3
b.- Forma y Relaciones.....	4
c.- Vasos Arteriales y Venas.....	5
d.- Constitución Anatómica.....	7
e.- Situación Anatómica del Conducto de Stenon....	7
2. - Anatomía de la Glándula Submaxilar.....	10
a.- Características Generales.....	10
b.- Forma y Relaciones.....	10
c.- Conducto de Warthon.....	11
d.- Nervios y Ganglios.....	12
e.- Arterias que irrigan a la Glándula.....	13
3. - Anatomía de la Glándula Sublingual.....	15
a.- Características Generales.....	15
b.- Forma y relaciones.....	15
c.- Arterias y venas que irrigan a la Glándula....	16
d.- Constitución Anatómica.....	16
e.- Conducto de Bartholini.....	16

B) FISILOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES

1.- Tipos de Secreción.....	19
2.- Proceso Fisiológico de las glándulas salivales.....	20
3.- Proteínas y Substancias Mucosas.....	21

CAPITULO II

A) TRASTORNOS DE LA SECRECION SALIVAL

a.- Sialia.....	23
b.- Sialorrea.....	25

B) LITIASIS SALIVAL

1.- Accidentes en la Litiasis Mecánicas e Infecciones....	28
a.- Cólico Salival.....	29
b.- Hernia Salival.....	29
c.- Flemón del suelo de la Boca.....	29
2.- Litiasis Sublingual.....	30
3.- Litiasis Parotídea.....	31
4.- Litiasis Submaxilar.....	33

CAPITULO III

A) LESIONES INFLAMATORIAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

1.- Sialoadenitis.....	36
a.- Sialoadenitis Bacteriana.....	36
b.- Sialoadenitis Obstructiva.....	36
2.- Parotiditis Infecciosa.....	38
3.- Mucocele.....	42

4.- Rónula.....	49
5.- Quiste Linfoepitelial.....	53

CAPITULO V

A) NEOPLASIAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

B) NEOPLASIAS BENIGNAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

1.- Adenoma Pleomórfico.....	57
2.- Adenoma Simple.....	60
a.- Adenoma Canalicular.....	60
b.- Adenomioepitelioma.....	60
c.- Adenoma Mucoquistico.....	61
d.- Fibroadenoma.....	61
3.- Cistoadenoma Linfomatoso Papilar.....	63

C) NEOPLASIAS MALIGNAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

1.- Carcinoma Adenoideo Cístico.....	70
2.- Adeno Carcinoma Acínico Celular.....	74
3.- Carcinoma Mucoepidermoide.....	76
Estudio Casuístico de las glándulas salivales en el Hospital de Oncología Centro Médico.....	78

CAPITULO V

ENFERMEDADES SISTEMATICAS QUE AFECTAN A LAS GLANDULAS SALIVALES

1.- Síndrome de Sjorgen.....	85
2.- Síndrome de Mikulicz.....	86

3.- Enfermedad de Mikulicz.....	87
4.- Síndrome de Heerfordt.....	88
5.- Enfermedad por Arañazo de Gato.....	90
B) SIALOGRAFIA.....	92
Estudio Casuístico de los archivos de Cirugía Bucal Centro Médico Nacional.....	95
Estudio Casuístico del Hospital Dr. Fernando Quiróz	107
CONCLUSIONES.....	118
BIBLIOGRAFIA.....	124

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

La causa principal por la cual me decidí a desarrollar esta tesis intitulada "PRINCIPALES AFECCIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES" fue sin duda alguna, mi interés sobre la relación existentes que advierto entre el carácter fisiológico de las mismas, aunado a su patogenisidad.

Los componentes de la saliva en general, guardan relación con el organismo y una semejanza muy particular en lo que se refiere a la urea, creatinina y ácido úrico.

Lo anterior se explica en la nefritis, la urea, el nitrógeno y la creatinina que aumentan correlativamente tanto en la saliva como en la sangre. Ello me hace reflexionar que el organismo no es un ente aislado y que cada parte que lo compone, debe ser objeto de profundo estudio. En esta tesis el estudio tiene por objetivo precisamente LA PATOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Es para el cirujano dentista, en lo general y desde el punto de vista oral, muy importante el conocimiento de las afecciones de las glándulas salivales, para actuar a un nivel, dado el caso, de tipo preventivo terapéutico.

La frecuencia de padecimientos en las glándulas salivales, se puede saber mediante investigaciones en hospitales, de todos aquellos que requieran de cirugía, no así en las que no la requieran, ya que éstas no se registran.

El problema principal para hacer un estudio estadístico,

es la prohibición lamentable en algunos hospitales, para consultar su archivo, pues obstaculizan este importante medio de investigación, con o sin motivos que no viene al caso mencionar. Además, el odontólogo y el patólogo no tienen una relación íntima de trabajo, que permita establecer un diagnóstico real, lo mismo ocurre en el médico de consulta externa y el endocrinólogo.

En esta tesis se hace una revisión bibliográfica y causalística en cuatro hospitales generales, aun cuando originalmente la intención para esta tesis en forma protocolaria, fue realizar una estadística de referidos padecimientos; pero dada la consabida dificultad para la obtención de datos, presento este estudio en forma de causalística con algunos padecimientos ejemplarizados.

CAPITULO 1

A) ANATOMIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

INTRODUCCION.

Para comprender la etiopatogenia de las glándulas salivales es necesario, conocer la anatomía de las mismas así como su fisiología que son los temas a tratar en este capítulo.

Empezaré con la anatomía de dichas glándulas. El sistema de glándulas salivales no es tan simple como se cree por las descripciones anatómicas. Existen tres glándulas salivales - mayores y de 400 a 500 menores que vierten sus secreciones en la cavidad bucal.

Para tener una idea más amplia de las glándulas accesorias y su formación, en un estudio de embriones humanos se encontró mediante cortes en serie, una o más glándulas accesorias en cuatro de 7 embriones o sea un 57 %, tales glándulas se forman en los brotes del cordón epitelial.

La primera etapa en el desarrollo de las glándulas salivales consiste en la invaginación del epitelio bucal y la formación del sistema de conductos. Posteriormente los acinos - se diferencian del revestimiento epitelial de esos ductos. - Las células de los conductos conservan esa potencialidad durante toda la vida y constituyen la fuente de la mayoría de los neoplasmas, si no es que de todos.

La situación, nombre, tipo y otras características de - las glándulas salivales mayores y menores se dan en la tabla - número 1.

Las glándulas diferenciadas son de número tres, colocadas bilateralmente en el aparato estomatognático y son: Parótida, Submaxilar y Sublingual.

TABLA NUMERO I
GLANDULAS SALIVALES MAYORES Y MENORES

GLANDULAS O GLANDULAS	TIPO DE CELULA SECRETORA
Parótida	Serosa
Submaxilar	Serosas con algunas mucosas
Sublingual	Mucosas con algunas serosas
Sublingual menor (Rivini)	Mixtas, principalmente mucosas.
Glándulas labiales	Mixtas, principalmente mucosas.
Glándula de la mejilla	Mixtas, principalmente mucosas.
Glosopalatina	Mucosas puras
Lingual anterior	Mixtas
Glándulas de Van Ebner	Serosas
Glándulas de la raíz de la lengua.	Mucosa
Glándulas de la mitad posterior del paladar duro.	Mucosa
Glándula del paladar blando y duro.	Mucosa
Glándula del paladar blando y Ovíula	Mucosa
Glándula de la zona retromolar	Mucosa

1.- Anatomía de las Glándulas Parótida.

a) Características Generales:

Es la más voluminosa de las glándulas salivales, se localiza situada abajo del conducto auditivo externo, por debajo de la apófisis mastoidea y detrás de la rama ascendente de la mandíbula.

La glándula está dentro de una celda parotídea, de paredes irregulares formada por tejido conjuntivo que se condensa en algunas partes tomando forma de una aponeurosis.

b) Forma y Relaciones Anatómicas de la Glándula Parótida.

Presenta forma de un prisma triangular, con un borde superior y una base inferior, una cara externa, otra anterior y otra posterior, un borde interno faríngeo y dos bordes externos, uno anterior y posterior.

1.- La parótida por su cara externa, es ligeramente abombada, está en relación con la aponeurosis cervical superficial, el tejido celular subcutáneo y la piel.

2.- La cara anterior de la glándula parótida, es acanalada verticalmente corresponde de afuera a dentro al borde posterior del masetero, el borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula, el borde posterior de los pterigoideos internos y la aponeurosis interpterigoidea, reforzada por el ligamento esfenomaxilar.

De esta cara en unión con la externa, se desprende una prolongación anterior, aplanada transversalmente y de forma cónica, cuya base se confunde con la glándula y cuyo vértice está situado en la cara externa y parte media del masetero. De esta prolongación emana, por su cara profunda, el canal de Stenon.

3.- La cara posterior corresponde, de afuera a dentro, al borde anterior del esternocleidomastoideo, al vientre posterior del digástrico, al estiloideo, al estiloso. De la cara posterior de la parótida parten prolongaciones que se introducen al esternocleido mastoideo y al digástrico.

4.- Extremidad superior de la glándula parótida se relaciona con la articulación temporomaxilar, cuya cápsula articular cubre y toma adherencias de ella; más adentro se encuentra en relación con la porción cartilaginosa del conducto auditivo externo.

5.- El borde interno se relaciona con el ligamento estiomaxilar o la pared lateral de la faringe.

6.- La cara inferior descansa sobre el tabique intermaxiloparotídeo el cual lo separa de la glándula submaxilar.

7.- El borde anterior corresponde a la cara externa del masetero y de él se desprende la prolongación maseterina que en algunos casos es independiente del cuerpo de la glándula, formando una parótida accesoria.

8.- El borde posterior corresponde al borde anterior del esternocleidomastoideo.

c) Vasos Arteriales y Venas de la Prótida:

La glándula parótida como todos los órganos funcionales-activos es muy rica en vasos y arterias.

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

1.- Arterias: Se encuentra la carótida externa, la cual emite su trayecto parotídeo.

2.- La auricular posterior.

3.- La maxilar interna.

4.- La arteria temporal superficial

Entre las venas:

1.- La Yugular externa.

2.- La vena superficial a nivel del cuello del cóndilo -
recibiendo en su trayecto.

3.- La trasversa de la cara auricular posterior.

Los linfáticos intraparotídeos, son ganglios de los cuales unos son superficiales, situados en la cara externa de la parótida donde forman un grupo superior, anterior y otro posterior y profundos colocados en el trayecto de la carótida externa y yugular, que reciben la linfa del velo del paladar, del conducto auditivo externo y parte posterior de las fosas nasales.

Nervios de la Parótida:

Los nervios, en relación con la masa parotídea son:

1.- 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 parótida, a nivel del borde posterior de la rama ascendente se divide en sus ramas terminales temporo facial y temporocervicofacial, las cuales salen separadas de la masa parotídea.

2.- El nervio aurículo temporal o temporal superficial - nace del tronco posterior de la mandíbula, pasa por el ojal retrocondilo y penetra en la masa parotídea. Aquí emite un ramo que se dirige hacia arriba hasta llegar a la arteria tempo

ral superficial, donde se anastomosa con el facial y un corto ramo origina múltiples ramitas procedentes del facial, estas ramas son independientes de las que emite fuera de celda destinadas al tragus, al conducto auditivo externo, al plexo cervical y al simpático.

d) Constitución Anatómica de la Parótida.

La parótida, como la submaxilar, es una glándula acinosa, cuyos acinos de forma tubular más o menos abultada en su origen se agrupan para formar lobulillos primitivos, los cuales se reúnen para formar lóbulos secundarios cuyo conjunto constituye la glándula.

Estos lobulillos lo separa tejido conjuntivo, aquí se encuentran elementos adiposos linfáticos.

De cada acino, parten ductos intercalados de Boll, estrechos revestidos de epitelio, reunidos entre sí formando ductos de mayor calibre, que van a terminar en el conducto excretor, el cual es el conducto de Stenon.

e) Situación anatómica del conducto de Stenon.

Emerge de la cara antero-interna de la glándula, a la altura de la unión del tercio inferior con los dos tercios superiores.

El conducto de Stenon al salir de la glándula se dirige oblicuamente hacia arriba y adelante hasta 15 o 20 mm. por debajo del arco cigomático. desviándose entonces hacia adelante corre sobre la cara externa del masetero paralela transver

sal a la arteria de la cara.

La arteria transversal de la cara, está situada por abajo de algunas ramas del nervio facial.

Al llegar al borde anterior del masetero rodea a éste y a la bola adiposa de Bichant, que está subyacente al músculo, para penetrar en el bucinador.

Después de correr poco a poco sobre la cara externa del músculo, lo perfora oblicuamente y llega a la cara externa de la mucosa bucal en una extensión de 5 a 6 mm. perforándola a su vez para desembocar en el vestíbulo de la boca a la altura del segundo molar.

Exteriormente es un trayecto que puede trazar perfectamente sobre los tegumentos, tirando una línea que va desde el tragus hacia la comisura del labio externo, correspondiente al Stenon a la mitad posterior de dicha línea.

- 9 -
Arteria temporal superficial

Ramo temporal del nervio auriculo-
temporal

Ramos temporales del temporofacial

Arteria transversa de la cara

Vena temporal superficial

Temporofacial

Nervio facial

Parótida

Prolongación maseterina
de la parótida

Cervicofacial
Prolongación submaxilar
de la parótida
Bandeleta interglandular
Vena yugular externa

Esterocleidomastoideo

1

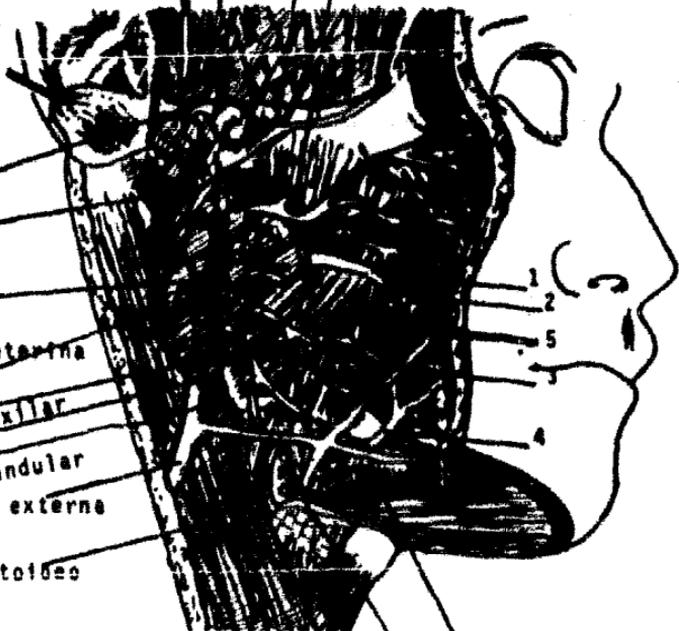
2

5

3

4

Glándula submaxilar
Pared externa de la celda
submaxilar abierta



2.- Anatomía de la glándula Submaxilar.

a) Características Generales:

Esta glándula es menos voluminosa que la parótida y mucho más que la glándula sublingual.

Está situada en la pared lateral de la región suprahióidea en la foseta esculpida de la cara interna del maxilar inferior. Se halla contenida, como la parótida, en una celda osteofibrosa.

b) Forma y Relaciones de la Glándula Submaxilar.

Esta glándula puede considerarse de forma prismática -- triangular, con tres caras que corresponden a la celda y dos extremidades anterior y posterior.

1.- Cara externa.- Corresponde a los elementos enumerados, en ella se encuentra los ganglios submaxilares por dentro de la aponeurosis, en número de 6 y 7 y en contacto con la masa glandular.

2.- Cara interna.- Está en relación con el plano profundo de la región suprahióidea lateral y se halla en contacto por atrás con el triángulo de Béclard. Este se encuentra constituido por debajo del hueso hioides; por arriba y adelante, por el vientre posterior del digástrico, y atrás, por el borde posterior del hiogloso, músculo que cubre la arteria lingual antes de que 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 milo -

hioideo, por abajo, por el tendón intermedio del digástrico, y por arriba del hipogloso.

La glándula por medio del hipogloso se relaciona con la arteria lingual.

De la cara interna de la glándula submaxilar se desprende una prolongación posterior que en ocasiones se extiende hasta el pterigoideo interno, y una prolongación anterior - submilohioidea aplanada transversalmente, que se dirige hacia arriba y adelante, entre los músculos hipogloso y milohioideo. El milohioideo acompaña al canal de Wharton hasta de la glándula sublingual.

3.- La cara inferior o inferoexterna.- Se relaciona con la vena facial, con la aponeurosis superficial, con el músculo cutáneo y con la piel.

4.- Extremidad Posterior.- Se halla en relación con la arteria facial, el vientre posterior del digástrico y con el estilohioideo, está separada de la parótida por el tabique intermaxiloparotídeo.

5.- Extremidad Anterior.- Está colocada un poco por detrás del vientre posterior del digástrico y se relaciona con la glándula sublingual.

c) Conducto de Wharton.

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 más grueso que el conducto de Stenon, pues alcanza de dos a cinco milímetros de diámetro, siendo su punto más estrecho del orificio bucal.

Relaciones.- En su origen está en relación por dentro -- con el hipogloso y por fuera con el milohioideo. Más adelante se relaciona por dentro con el lingual inferior y el genio-gloso y por fuera con el milohioideo, al que abandona para ponerse en relación con la cara interna de la glándula sublingual. Por abajo del conducto camina el hipogloso mayor y por encima el lingual, los cuales forman ángulo por cuya bisectriz corre el conducto de Wharton, acompañado por un plexo venoso.

d) Nervios y Ganglios de la Glándula Submaxilar.

1.- Nervio lingual.- Corre al principio del conducto. - Cruza el conducto por su lado externo después rodea a su cara inferior para hacerse interna, hecho que alcanza cuando llega al piso de la boca.

2.- Los nervios parasimpáticos proceden del lingual, el cual se anastomosa con la cuerda del tímpano.

También derivan del ganglio submaxilar, situado entre la glándula y el lingual que emiten varias ramas y numerosos filates que abordan la glándula.

3.- Los linfáticos que nacen en los acinos caminan por los intersticios glandulares y desembocan en los ganglios submaxilares de donde parten los troncos eferentes que van a de-

sembrar a los ganglios cervicales profundos.

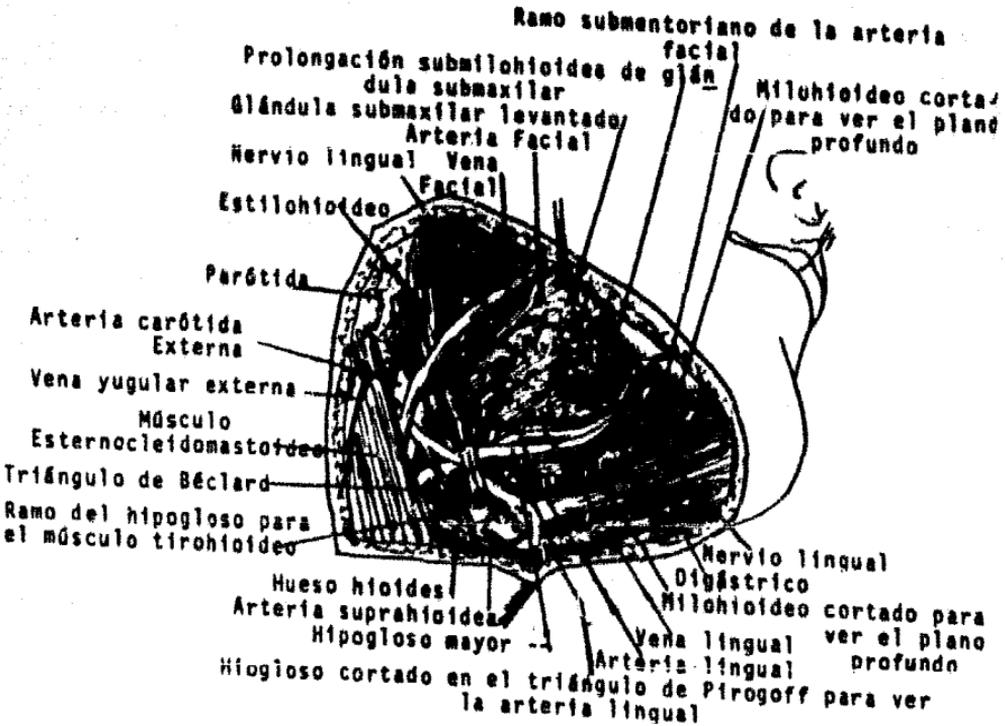
e) Arterias que irrigan a la glándula Submaxilar:

1.- La facial.

2.- Submentoniana.

De estas arterias en sus redes capilares nacen venas que desembocan igualmente en el facial y en la Submentoniana.

f) La glándula submaxilar es mixta, pues está constituida por acinos serosos como la parótida y acinos mucosos separados por tejido conjuntivo. Su secreción se vierte por los ductos excretores que tienen la misma disposición que la parótida.



3.- Anatomía de la glándula Sublingual.

a) Características Generales.

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 salivales, de forma elipsoidal, aplanada -- transversalmente y con un eje mayor dirigido oblicuamente de atrás a adelante de afuera adentro.

No tiene celda osteoaponeurótica y se halla envuelta por tejido conjuntivo.

b) Forma y relaciones de la glándula Sublingual.

Tiene forma elipsoidal como se mencionó en sus características generales, posee dos caras, dos bordes y dos extremidades.

1.- La cara externa es convexa en relación con la foseta sublingual, labrada en la cara posterior del cuerpo del maxilar inferior.

2.- La cara interna se relaciona con el conducto de Wharton.

3.- El borde inferior está en relación con los músculos geniogloso y milohioideo.

4.- El borde superior está en relación con la mucosa del piso de la boca a la cual levanta para formar las carduculas sublinguales.

5.- La extremidad anterior se relaciona con la apófisis Geni.

6.- La extremidad posterior se halla en relación con la glándula submaxilar.

c) Arterias y venas que irrigan a la glándula Sublingual.

La glándula sublingual recibe arterias de la:

- 1.- Sublingual
- 2.- Submentoniana.

En las capilares de estas arterias nacen venas que van a la ranina.

Los linfáticos de la sublingual terminan en los ganglios submaxilares y su inervación parasimpática procede del lingual y de la cuerda del tímpano.

Así como la inervación del gran simpático, el cual penetra en la glándula acompañado de las arterias que lo irrigan.

d) Constitución Anatómica:

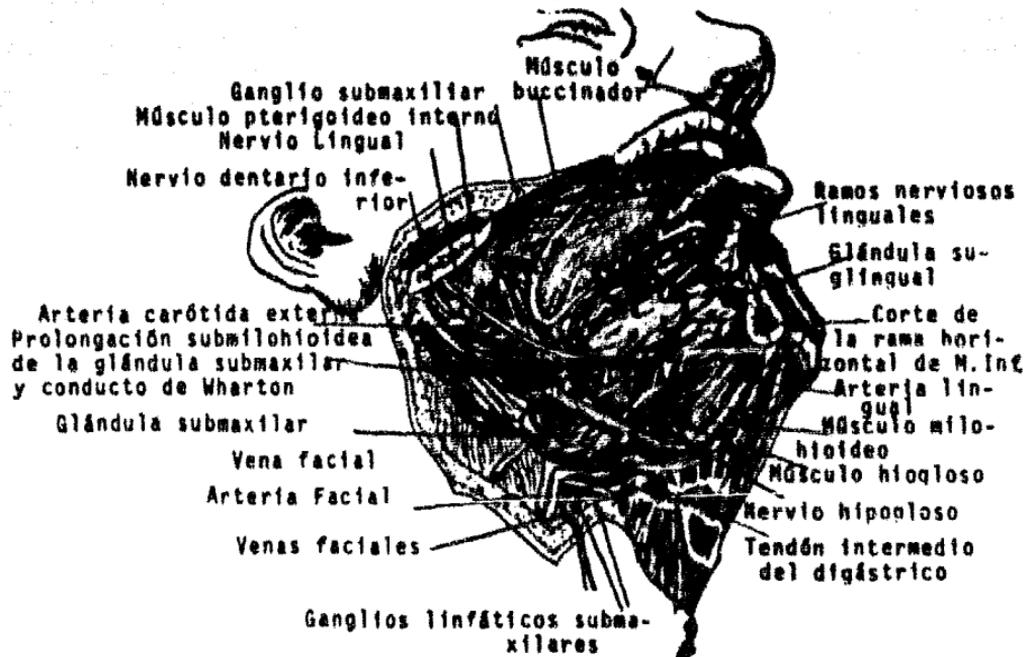
La glándula sublingual es una glándula de secreción mixta compuesta de acinos serosos y acinos mucosos separados por tejido conjuntivo.

Los productos de secreción son eliminados por conductos intraglandulares y extraglandulares. Los primeros están situados en el espesor de la glándula, los segundos son los del conducto de Bartholin y de Walther.

e) Conducto de Bartholin:

Nace en la parte posterior de la glándula, se dirige hacia adelante y adentro, a lado del conducto de Wharton, abrién

dose por fuera en el vértice de la carúncula sublingual. Es el más voluminoso de los múltiples conductos excretores propios conductos de Walther.



B.- FISILOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

La preparación del alimento para su absorción se inicia en la boca donde se mezcla con la saliva, ésta humedece y lubrica el alimento, por lo que puede ser deglutido con facilidad, la saliva disuelve el alimento que en esta forma activa las papilas gustativas, inicia el proceso diluyente de los alimentos a nivel de la isotonia del plasma, así como la digestión de los carbohidratos.

Además, la saliva es necesaria en estado de salud para retardar el desarrollo de las caries dentales, y su flujo se incrementa para diluir o eliminar sustancias desagradables y lesivas a la cavidad bucal.

A pesar de estas importantes funciones, la saliva no es esencial para la digestión y absorción normal de los nutrientes. Las glándulas salivales, sin embargo, han sido ampliamente estudiadas como modelos accesibles de glándulas de secreción externa, de estos estudios se han obtenido valiosos datos relacionados con la estructura de la función secretora.

1.- TIPOS DE SECRECION.

Las glándulas parótidas son serosas que producen una secreción acuosa que contiene protefina, incluso amilasa salival, enzima que hidroliza el almidón.

Tales glándulas son de secreción mixtas la sublingual y submaxilar, contienen dos tipos de células productoras de mucina y otras serosas.

Estas células secretoras están ordenadas en acini que conectan canales intercalados cubiertos con pequeñas células-cuboideas. Estos canales a la vez, unen ductos interlobulares que son llamados ductos estriados, debido a que las células que los cubren, poseen pronunciadas estriaciones en su tercio basal. En la glándula sublingual no abundan tantos ductos como en la submaxilar.

2.- PROCESO FISIOLÓGICO DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

La regulación de la secreción de las glándulas salivales, a diferencia de otras glándulas del tubo digestivo, es exclusivamente neural. Las glándulas salivales reciben su inervación primaria del sistema parasimpático, por lo tanto, el mediador neuroquímico de la secreción salival, es la acetil colina. La estimulación de los nervios parasimpáticos de las glándulas salivales provoca vasodilatación de ellas. Se ha sugerido que el estímulo de las glándulas activa una enzima la calicreína que libera bradiquinina, un octapéptido potente vasodilatador. Todavía no se ha establecido la importancia relativa de estos dos mecanismos: La estimulación neural directa y el elevado flujo sanguíneo.

Las numerosas pruebas acumuladas están a favor del primer mecanismo, debido a que la secreción salival puede bloquearse con atropina, sin afectar la vasodilatación. Además, el puro aumento del flujo sanguíneo no aumenta el volumen de la secreción salival.

Las glándulas salivales también están inervadas por fibras simpáticas del ganglio cervical superior y el mediador neuroquímico primario de estas fibras es la Norepinefrina.

3.- PROTEINAS Y SUBSTANCIAS MUCOSAS.

La saliva contiene dos tipos de proteínas, seroproteínas y sustancias intrínsecas de la secreción sintetizadas por las glándulas. Las inmunoglobulinas de la clase IgA están unidas a una parte de la secreción que sintetiza en el epitelio salival y se transporta a la saliva. En la saliva existen pequeñas cantidades de albúmina. De las proteínas sintetizadas en las glándulas salivales, la ptialina o amilasa salival, se presenta en forma de varias isoenzimas y se almacena en la glándula en reposo, en los gránulos de secreción o de zimógeno de las células serosas o acineras. De las proteínas existentes en los gránulos de secreción, 30 a 40% de ellas, es amilasa. Cuando se estimula la glándula, las células serosas descargan el contenido de los gránulos de secreción hacia el lumen y de inmediato se inicia la síntesis de proteína. Si continúa el estímulo para el proceso de secreción, la amilasa recién sintetizada descarga directamente al lumen sin previa acumulación en los gránulos de secreción.

Las características lubricantes de la saliva se deben a sus glucoproteínas y mucopolisacáridos. Aun cuando la parótida se caracteriza por ser glándula serosa y su secreción es acuosa, la saliva de la parótida contiene considerable cantidad de glucoproteínas, con diferentes propiedades de las subs

tancias mucosas de otras glándulas salivales. Algunos individuos secretan mucopolisacáridos específicos de su grupo sanguíneo por la saliva. El grupo sanguíneo característico en esta secreción se determina genéticamente.

CAPITULO II

INTRODUCCION.

Trás de mi tratado de anatomía y fisiología de las glándu las salivales, prosigo con la patología, incoando con los trastornos de la Secreción Salival).

A.- TRASTORNOS DE LA SECRECION SALIVAL.

La secreción salival normalmente es de 300 gramos por día o litro y medio por día; las distintas anomalías funcionales producen un aumento o disminución de la saliva.

La disminución se denomina asiolia, al aumento se le denomina sialorrea. Este estado patológico puede afectar a las glándulas salivales mayores o sea la glándula parótida, submaxilar y sublinguales a las glándulas salivales menores o accesorias labiales palatinas linguales y del carrillo.

a) Asiolia:

Se denomina con este término a la supresión o disminución del flujo salival normal. Esta deficiencia origina la supresión o disminución del flujo salival normal. Esta deficiencia origina una intensa sequedad de la mucosa y la boca en general denominada xerostomía.

La lengua está seca, la mucosa inflamada y enrojecida -- los labios cubiertos por queratina.

La sequedad de la boca puede ser de corta duración o permanente.

La supresión de la glándula hace brotar en algunas ocasiones una gota de moco espeso.

Por el propio hecho la asialia, es posible la existencia de estomatitis pudiendo complicarse incluso con una parotiditis y submaxilitis.

Patogenia:

La asialia cuyo sintoma es la xerostomía puede ser causada por: 1.- Factores Psicológicos, como miedo, angustia, enojo, excitación y neurosis que alteran la secreción de las glándulas salivales.

2.- Por litiasis 3.- Infecciones como parotiditis o septicemias 4.- En estados morbosos con pérdida acuosa, gastroenteritis del lactante, diarreas estados caqueticos 5.- Intoxicaciones con atropina, opio 6.- Enfermedades febriles y por último ciertos síndromes glandulares como enfermedad de Mikulicz parotiditis hipertrófica senil, síndrome de Cougerot -- Sjorgen o Xerodermatosis.

Sintomatología

Dificultad para ueglutir y masticar ciertos alimentos. - La digestión puede estar alterada, especialmente si la dieta es abundante en almidones, ya que requieren de la mezcla de Tialina para su digestión adecuada.

Terapéutica

Es ante todo un tratamiento adecuado a los factores etio

b) Sialorrea

En la sialorrea hay un aumento de la secreción salival, pudiendo deglutirse la saliva en su totalidad sialofagia, o ser expulsada en su totalidad al exterior por una espucción continua.

Patogenia.- En la sialorrea se puede presentar, por un parálisis bulbar, en el mercurialismo es un síntoma constante con glándulas salivales agrandadas y dolorosas a consecuencia de la excreción de sales mercuriales.

La gastritis y el vómito matutino causan salivación, también la sialorrea puede ser causada por fármacos como los yoduros y la pilocarpina.

La sialorrea puede causar trastornos funcionales más o menos acusados originando por la noche, tos quintosa, disnea en casos extremos dificultad para hablar, dislalia. Prácticamente la pérdida acuosa nunca tiene tanta importancia como para desencadenar trastornos humorales.

La hipersalivación puede ser: 1.- Por estado morboso bucofaringea, Anginas, estomatitis, un aparato de prótesis malajustadas.

2.- Por patología esofágica o gástrica: Cáncer, úlcera, úlcera esofágica, úlcera gástrica, cardioespasmo y con menos frecuencia, por causa intestinal, biliar y pancreática.

Es conveniente mencionar la existencia de sialorrea en el curso de las enfermedades del sistema nervioso, como parálisis labioglosofaríngea, tabes, encefalitis letárgica.

Terapéutica

Tratamiento a los factores etiológicos sistémicos o generales que produce esta alteración. El tratamiento sintomático-belladona, atropina, bromuros anticolinérgicos de síntesis, puede proporcionar cierto alivio a estos pacientes.

B.- LITIASIS SALIVAL.

INTRODUCCION.

Es una afección relativamente frecuente, una de las más comunes de las glándulas salivales es la formación de cálculos, que están situados en el conducto o en la glándula misma. Con frecuencia se forman en la glándula y gradualmente pasan al conducto.

La glándula submaxilar es la más frecuentemente afectada, es rara la afección de la parótida, excepcional de la glándula sublingual.

La presencia de un cálculo no origina ningún trastorno funcional y puede pasar desapercibido, la litiasis se pone en manifiesto por accidentes mecánicos o infecciones.

Los cálculos salivales probablemente se forman al rededor de cuerpos extraños contenidos en la glándula o en sus conductos. Las células epiteliales, descamadas las bacterias y los productos de descomposición bacteriana pueden formar un núcleo que atrae las sales de calcio.

Estudios hechos se encontró que la litiasis de larga duración la presencia de hongos actinomicos. En 41 casos de cálculos salivales se encontraron 34 colonias de hongos actinomicos en las capas centrales.

El cambio de tamaño de la inflamación es uno de los signos clásicos de la litiasis salival, puede haber inflamación del conducto y su orificio antes y después de la comida-

debido a estenosis.

Cuando los cálculos se encuentran en el conducto hay inflamación en el piso de la boca, si el cálculo se localiza en la glándula, la inflamación se localiza en el maxilar inferior, que se agranda generalmente antes de la comida. Cuando la litiasis es crónica, está asociada con infección, la tumefacción es continua y se agranda considerablemente cuando la saliva es segregada en cantidades mayores.

Los cálculos salivales tienen color amarillento pardo, son de aspecto liso o nodular y en los cortes descalcificados muestra un cuerpo central alrededor del cual se han depositado las capas de sales de calcio.

1.- Accidentes de la Litiasis Mecánicas e Infecciones.

a) Cólico Salival:

Coinciden con la comida, el enfermo remite dolores intensos en la lengua, piso de la boca, al mismo tiempo se presenta tumefacción rápida y considerable en la región supra-hioidea y una elevación de la mucosa sublingual, así como tumefacción de la glándula y la zona afectada. Los dolores se calman rápidamente y la sedación consiste en la expulsión de un chorro de saliva.

Sintomatología:

El dolor es irradiado al oído y al cuello, cuando los cálculos están en la glándula los síntomas de cólico no son tan notables como cuando se encuentran obstruyendo el conducto.

Diagnóstico.

El cólico salival puede confundirse con Sialoductitis, lo que hace necesario la radiografía y en algunos casos la sialografía.

Tratamiento:

Atacar al factor etiológico. En este caso la litiasis o mejor dicho la ablación quirúrgica del cálculo.

b) Hernia Salival:

Constituye el signo más leve de la litiasis; en el momento de la comida la glándula aumenta de volumen y después de unas horas vuelve a la normalidad.

Sintomatología

Inflamación de la glándula afectada la cual vuelve a la normalidad después de una manera indolora.

Diagnóstico.

El descubrimiento de los accidentes por hernia salival en la litiasis, es muy característico, pero el diagnóstico puede afirmarse más basándose en la sialografía.

Tratamiento:

Es quirúrgico para extirpar el cálculo.

c) Flemón del suelo de la boca:

Generalmente este accidente es de tipo infeccioso que se presenta en la litiasis por periwartonitis. Es el más frecuente y por lo mismo se hace su estudio en este tema, aunque-

en la litiasis en general se pueden presentar otras infecciones de hongos o bacterias en otras zonas.

Sintomatología:

El enfermo presenta dolores intensos suprahióideos con irradiaciones a los ojos, dificultad al abrir y cerrar la boca, la inspección bucal se encuentra que la lengua está desplazada hacia arriba y al lado opuesto de la lesión.

Diagnóstico:

Radiográfico, en caso que falten signos radiológicos, el cateterismo del conducto o la punción con una aguja en el punto más importante de la tumefacción de un absceso del suelo puede permitir a veces entrar en contacto con el cálculo.

Tratamiento:

El flemón del suelo de la boca exige un tratamiento general de antibióticos, como penicilina, tetraciclinas, cefalosporinas etc., además de incisión de drenaje por vía endobucal, la incisión anteroposterior tiene la ventaja de que permite la salida del pus y a veces la expulsión del cálculo. Si el cálculo permanece en el mismo sitio, hay que esperar a la regresión de los fenómenos infecciosos para proceder a la ablación.

1.- Litiasis Sublingual:

Los cálculos se forman en la glándula misma, se infectan frecuentemente y originan absesos. Los cálculos sublingua

cálculo varía en forma y tamaño dependiendo de la estructura en la cual se forman.

Sintomatología:

En la litiasis sublingual, el suelo de la boca está levantada y la lengua empujada hacia un lado, hay dificultad para deglutir y dolor con frecuencia se forma una fistula por donde drena el absceso. Cuando el paciente está hablando durante la comida, puede haber evacuación de pus y aún de cálculos.

Diagnóstico:

El cálculo o los cálculos se encuentran en el piso de la boca, la radiografía y sobre todo la sialografía, permitirán localizarlos.

Tratamiento:

La ablación quirúrgica del cálculo, en caso de infección antibióticos e incisiones de drenaje por vía endobucal.

2.- Litiasis Parotídea:

Es rara pero se trata con frecuencia de cálculos múltiples del conducto de Stenon; generalmente el comienzo está caracterizado por accidentes de tipo de parotiditis aguda. Desde el punto de vista clínico y terapéutico se distinguen tres casos de acuerdo a la localización del cálculo.

El cálculo del segmento premaseterino;

El cálculo del segmento maseterino;

El cálculo de la glándula parótida.

Sintomatología:

Inflamación de la glándula parótida, en caso de absceso la supuración tiene tendencia a evolucionar hacia la mucosa bucal y se puede abordar por esta vía, sin peligro de fistula, hay dolor generalmente.

Diagnóstico:

La sialograffa nos ayuda a distinguir la litiasis parotídea, de parotiditis aguda, parotiditis reflejas. Habrá que distinguir la imagen de un cálculo glandular de la del ganglio parotídeo calcificado.

En la fase de esclerosis de la parótida, habrá que descartar de las otras parotiditis crónicas y tumores de la parótida.

Tratamiento:

Las complicaciones infecciosas de la litiasis parotídea serán justificables de un tratamiento con antibióticos en caso de supuración, de una incisión de drenaje en el punto de elección.

La parotiditis esclerótica de origen litiasico exige, en la gran mayoría de los casos, la radioterapia antiinflamatoria.

Las indicaciones de la parotidectomía siguen siendo efectivo, excepcionales, sólo bastará con la ablación quirúrgica del cálculo.

3.- Litiasis Submaxilar:

El cálculo generalmente único, se localiza casi siempre en el conducto, pero a veces es muy posterior. Los cálculos - glandulares en esta zona son muy raros y se localizan en el - polo superior de la glándula submaxilar.

Sintomatología:

Tumefacción de la región submaxilar, mientras el orificio del conducto de Wharton está enrojecido y tumefacto, el - suelo de la boca está empastado y la pequeña masa del cálculo muy dolorosa a la palpación; todo el suelo de esta parte es - tá aumentado de volumen y la mucosa congestionada, el orifi - cio está a veces ulcerado, dejando salir pus.

La palpación bimanual muestra ésta tumefacción mal li - mitada, se continúa por detrás de la glándula submaxilar.

Submaxilitis. Se trata aquí de una complicación clásica - que actualmente ya no se ve, se debía sobre todo a que los - cálculos estén en la glándula; evoluciona como una tumefac - ción submaxilar crónica con brotes dolorosos intermitentes.

Diagnóstico:

Radiográfico y sialograffa.

Para los cálculos de la porción del conducto de Wharton anteriormente, se introduce la placa horizontalmente en las - arcadas dentarias, dirigiendo perpendicularmente al plano bu - cal el rayo.

La sialograffa será útil si el cálculo no se hace visible en las placas ordinarias; permite a veces obtener una imagen negativa del cálculo en medio del trayecto opaco del li - piódo.

En casos de que falten los signos radiológicos, el cateterismo del conducto o la punción con una aguja en el punto más importante de la tumefacción del absceso del suelo puede permitir estar en contacto con el cálculo.

Tratamiento:

La ablación quirúrgica del cálculo del conducto de Wharton.

Se hace con anestesia regional, la incisión anteroposte - rior tiene la ventaja de realizarse con bisturí eléctrico, la progresión se realiza plano por plano hasta llegar al cálculo. La intervención es más fácil cuanto más voluminoso sea el cálculo.

La submaxilitis exige un tratamiento general y muy raras veces, incisiones para evacuar colecciones purulentas.

Dada la rareza de los cálculos intraglandulares, raras veces está justificada la ablación de la glándula submaxilar. - Si se decide a ello hay que tener la certeza de suprimir todos los cálculos sobre todo lo que se asientan en el conducto de Wharton.

La siguiente ilustración corresponde a un paciente con -
padecimiento de Sialolitiasis.



NOTA: Observese el aumento de volumen comprendiendo el lado -
derecho de la region maxilar y cara anterior del cuello.

CAPITULO III

A) LESIONES INFLAMATORIAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

INTRODUCCION.

En este capítulo se hace un estudio de las lesiones inflamatorias de origen no neoplásico. Siendo la inflamación - una respuesta inespecífica del tejido conjuntivo vascularizado ante un agente agresivo, donde intervienen distintos mediadores químicos, es común observarse este proceso en las glándulas salivales. Esta situación hace meditar al cirujano dentista, para que se interese en los distintos factores etiológicos que dan lugar a las diversas lesiones inflamatorias de las glándulas salivales.

1.- Sialoadenitis

Este término significa inflamación de las glándulas salivales, se clasifica en dos tipos bacteriana y obstructiva.

a) Sialoadenitis bacteriana:

Se presenta más frecuentemente en niños que adultos y - ancianos, las lesiones en los niños se ha asociado Streptococcus Viridians y en los pacientes geriátricos con el Staphylococcus Aureus.

Sintomatología

Se produce un agrandamiento doloroso de la glándula - afectada, aguda y recurrente, el dolor y tumefacción no están relacionados con la ingestión de comidas, la piel suprayacente puede encontrarse roja y la compresión a la glándula puede

producir una descarga purulenta por el orificio del conducto.

Diagnóstico

Basado en los datos clínicos

Histopatología

Los cortes microscópicos de la sialoadenitis bacteriana muestran edema e infiltración de leucocitos polimorfonucleares.

Terapéutica:

Consiste en la administración de drogas analgésicas y antibióticos.

Los pacientes de edad avanzada; suelen tener otra alteración sistémica, desnutrición, deshidratación, además a estos pacientes se les debe hidratar y tratar la alteración sistémica.

h) Sialoadenitis Obstructiva:

La forma más común de la sialoadenitis obstructiva se asocia con la formación de cálculos salivales los cuales han sido ampliamente estudiados en el capítulo dos.

Otra forma no muy frecuente de la sialoadenitis obstructiva, es debido a tapones mucosos, los cuales ceden al tratamiento de analgésicos antiinflamatorios, antibióticos vasodilatadores.

2.- Parotiditis Infecciosa.

(Paperas)

Las paperas son una enfermedad viral altamente infecciosa, que se transmite por medio de la saliva.

De ordinario ataca las glándulas salivales, aunque con frecuencia afecta a otros órganos especialmente a los testículos y al S.N.C.

Mucho antes de conocerse el agente etiológico de la parotiditis habfan descrito sus caracteres clínicos y epidemiológicos. Cuando en 1934 Johnson y Goodpasture aislaron el agente etiológico de la parotiditis epidémica por inoculación de la saliva de pacientes en el conducto parotídeo del mono, así se inició un rápido progreso en conocimiento de la enfermedad. Enders ideó una reacción de fijación del complemento - que permitió el diagnóstico serológico preciso y facilitó los estudios epidemiológicos e inmunológicos.

Etiología:

Es producida la enfermedad por un virus miembro de la familia de los mixovirus que también incluye a los de la influenza.

Se aísla con facilidad de la saliva de los pacientes con parotiditis y del líquido cefalorraquídeo de los pacientes con meningoencefalitis.

Este virus de las paperas en el mono causa parotiditis, en los ratones causa meningoencefalitis.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

el hombre.

Sintomatología

La enfermedad tiene un período de incubación 17 a 21 días se inicia con fiebre malestar general, cefalea, dolor en la región parotídea, después de la cual las parótidas se tornan tumefactas.

La tumefacción de las glándulas puede presentarse unilateralmente o bilateralmente, la tumefacción va acompañada de dolor variable.

Complicaciones Orquitis:

Es rara en los pacientes de parotiditis que no han llegado a la pubertad, pero es común en los adultos.

En conjunto su frecuencia es de 20 en 100.

La orquitis se desarrolla cuando comienza a remitir la parotiditis, hay tumefacción y dolor del órgano afectado puede alcanzar dimensiones dos o tres veces mayores de los normales es doloroso y extraordinariamente sensible. En algunos casos se observa epididimitis, hidroceles y edema escrotal. De ordinario el proceso es unilateral, pero con frecuencia es bilateral.

La tumefacción se acompaña de fiebre escalofrío y malestar general.

Por palpación se observa en aproximadamente la mitad de los pacientes atrofia testicular de cierta intensidad. Se explica este fenómeno, porque cuando el proceso afecta a ambos testículos, la reacción inflamatoria es focal y algunos tubos

seminíferos quedan indemnes.

Meningoencefalitis:

Aunque los signos de afección del S.N.C. suelen presentarse después del desarrollo de una parotiditis, hay casos en los que son simultáneos con la invasión de la parótida, y otros en los cuales la preceden en algunas ocasiones se la observa, sin afección de ninguna de las glándulas salivales.

La temperatura suele estar notablemente elevada en los casos de meningoencefalitis. El paciente tiene intensa cefalea, fotofobia, rigidez de nuca y dorso, y signo Kernig.

La punción lumbar revela aumento de presión de líquido cefalorraquídeo, con pleocitos y ligero aumento de proteínas.

El pronóstico es favorable. Cuando acaece la muerte, se puede aceptar que ésta es una serie de fenómenos iniciados por la infección parotídica, debido más bien al efecto directo del virus sobre el S.N.C.

La convalecencia puede ser lenta, pero las secuelas son raras.

Otras manifestaciones en la parotiditis con la Pancreatitis, Ooforitis y menos frecuentes mastitis ambos sexos, tiroiditis, nefritis, sordera, parálisis del séptimo par y neuritis del óptico. También se ha descrito miocarditis.

Diagnóstico:

Raras veces ofrece dificultades el diagnóstico de la parotiditis epidémica en los pacientes que han estado expues-

tos al contagio. Esto es un dato importante, en los casos dudosos el problema puede resolverse por reacciones serológicas.

Para diagnosticar las paperas se han utilizado pruebas de fijación de complemento, inhibición de aglutinación y neutralización. En todas las muestras hay que utilizar el suero, ya que el diagnóstico definitivo depende de demostrar un aumento notable de la concentración de anticuerpos. La primera muestra debe tomarse lo antes posible la segunda entre los 10 a 21 de iniciada la enfermedad.

El diagnóstico diferencial se debe tomar en cuenta, ya que en ocasiones, la linfadenitis cervical, la parotiditis de etiología bacteriana y los cálculos salivales, neoplasias benignas y malignas pueden confundir el cuadro de las parotiditis infecciosa.

La maningoencefalitis sin parotiditis deberá distinguirse de las infecciones neurotrópicas producidas por virus. La orquitis puede estar causada por Coxsackie B y otros virus.

Terapéutica:

Esta es inespecífica y sintomática. El reposo en cama - obligatorio Analgésicos y salicilatos, complementados en casos necesarios con codeína, los fomentos en la región parotídea producen a veces alivio.

En caso de Orquitis se administra Demerol (0.5 a 0.1) - o Morfina (0.01 a 0.015 g) la cortisona alivia el dolor e inflamación y se administra (0.1 a 0.3 g) al día, no se conocen los efectos de la cortisona sobre la secuela de la atrofia -

testicular.

La globulina gama que tiene anticuerpos de papera en - título elevado disminuye la frecuencia de orquitis, pero los datos acerca de su eficacia resultan contradictorios.

Se ha observado cierta disminución en la frecuencia de la peritiditis en personas vacunadas con preparados de virus-inactivos o virus activos atenuados por paso en embrión de pollo. El grado de protección obtenido ha sido algo menor de lo esperado.

3.- Mucocele.

Para entrar de lleno al tema a tratar, puedo decir que el mucocele se produce por lo general debido a una mordedura de labios o carrillos que secciona algún conducto de la glándula produciéndose así dicha lesión.

Cabe mencionar que la mayoría de los autores le han dado también el nombre de quiste de retención porque en los estudios histopatológicos de dichas lesiones han encontrado -- epitelio en su interior.

En cambio otro grupo de investigadores no lo clasifican como quiste asegurando que los mucoceles carecen de epitelio de revestimiento nombrándolo pseudo-quiste. Debido a la diferencia de opiniones entre los investigadores con respecto al mucocele si es un quiste o pseudoquiste lo incluyo como una lesión inflamatoria de origen no neoplásico ya que el mucocele es debido a una obstrucción que da lugar a una inflamación.

Cuando Bhaskar y Sh... er ligaron los conductos saliva - les, encontraron que se acumuló saliva en los tejidos vecinos, por no ser secretada al medio bucal, y fue rodeada como cuerpo extraño, produciéndose así su localización.

Etiología:

Se debe a la obstrucción mecánica o traumática de los conductos salivales.

Esta afección suele observarse en la tónica mucosa no obstante, en contadas ocasiones se originan dentro de las glándulas mayores donde producen un agrandamiento poco definido.

Sintomatología:

Se forma un nódulo translúcido en la superficie mucosa del labio o del carrillo. El sitio más común del mucocèle es cerca de la comisura del labio, otras veces el mucocèle se forma en la superficie interna del labio.

Hecht vió mucocèles bilaterales del labio inferior en un paciente de 18 años. Tenía duración de un mes y fueron extirpados.

No hay dolor y tiene evolución que puede ser de días o semanas y su persistencia es indefinida, si no se trata.

Diagnóstico:

Basado en los datos clínicos, evolución, palpación e inspección el mucocèle se presenta como una lesión delimitada, de consistencia blanda e indolora.

Histopatología:

El examen microscópico muestra tejido fibroso, con reacción inflamatoria de la membrana. Los vasos sanguíneos se encuentran agrandados y abundantes leucositos polimorfonucleares, y mononucleares. El contenido líquido del mucocelo, está formado por moco y fibrina.

Tratamiento:

Es quirúrgico siempre y este consiste en la extirpación del mucocelo. La técnica empleada que mejores resultados da y un índice de seguridad mayor, es la extirpación del mucocelo por medio de la marsupialización. A continuación se cita un caso obtenido del hospital general Fernando Quiroz con la intención de ejemplificar este padecimiento.

HISTORIA CLINICA

N° Exp. 360830/z

Nombre: Alvarado López Teresa Edad: 38 años Sexo: Femenino

Datos Clínicos: AUMENTO DE VOLUMEN EN ZONA INTERNA DEL LABIO
INFERIOR CON EVOLUCION DE 20 DIAS.

Pieza Remitida.- PARTE INTERNA DEL LABIO INFERIOR

Diagnóstico Clínico.- MUCOCELE

Nombre del Dr. Mendoza Muñoz

Estudio Realizado por.- Sonia Cethel

Clínica de Adscripción.- Netzahual Coyotl

Clínica de Especialidad: Dr. Fernando Quiróz

Servicio Cirugía: Bucal

México, D.F., Abril 5 de 1978.

PRESENTACIONES DEL CASO

- 1' Fecha de consulta.- 2-11-78
- 2' Resumen cronológico del interrogatorio: (Antecedentes del paciente actual) Paciente femenino adulto con cuadro clínico de quiste labial inferior. En anterior visita se le hizo, punción y se extrajo líquido amarillento inodoro espeso. A los 8 días aproximadamente volvió al volumen anterior, se prescribió antibióticos y anti-inflamatorios sin resultado positivo.
- 3' Se remite al servicio de cirugía bucal a fin de que sea tratado quirúrgicamente, recomendando análisis previos para establecer origen y tratamiento.

- 4' Terapéutica Empleada: Antibióticos, Antiinflamatorios, Cirugía.
- 5' Impresión Diagnóstica Quiste Labial.
- 6' Motivo de Envío. Interconsulta y tratamiento.

EVOLUCION

15/III/78

Nota de Cirugía: Dr. Alfonso Mendoza.

Hoy se presenta al servicio paciente femenino de 38 años de edad con padecimiento actual de mucocoele.

Antecedentes Hereditarios Familiares:

Padre sano, madre sana, cuatro hermanos sanos.

Antecedentes Personales Patológicos:

Enfermedades propias de la infancia, bronquitis cuadros repetitivos, apendicectomía a los 15 años, resto negado.

Antecedentes personales no Patológicos.

No alergia a la penicilina.

Padecimiento actual:

Lo inicia hace aproximadamente 20 días al notar aumento de volumen en la zona interior del labio izquierdo a 1 cm. por debajo de la comisura labial, además presenta aspecto blando, desprendible y circunscrito, se le practica punción en la zona descrita la cual se extrajo material líquido amarillento, inodoro, así como el tratamiento con lincomicina, terramicina, -- tripsina y quimotripsina se continúa el tratamiento sin resultados positivos, diagnóstico mucocoele cara interna del labio izquierdo.

5-IV-78

Bajo los efectos de la anestesia local con xilocaína, - previa asepsia y antisepsia de la región y colocación de campos estériles, se procedió a realizar incisión en forma de un trazo vertical de aproximadamente 3 cms. de longitud en región de cara interna del labio inferior de lado derecho, practicando disección se reseca mucocele el cual se manda a patología, se sutura con seda tres ceros y se prescribe penicilina, tripsina y quimotripsina, se da cita para control.

12 - IV - 78

Hoy se realiza control post-quirúrgico con retiro de su tura, se cita para control posterior al paciente.

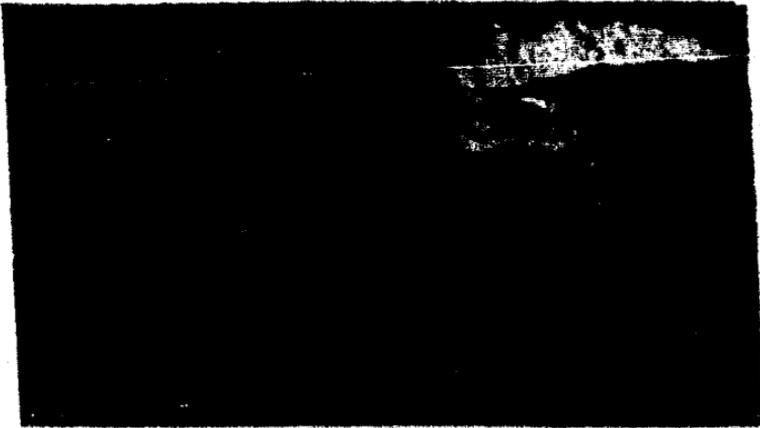
16 - IV - 78

Se da de alta al paciente.

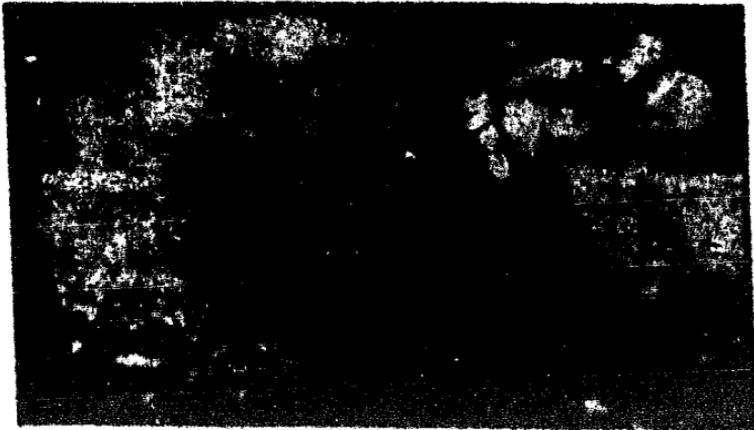
Es interesante hacer notar que este paciente fue tratado durante tres meses en forma continua, por carecer el médico de la cooperación inicial del cirujano dentista que lo hubiera solucionado en una cita.

En la 1a. ilustración se observa un mucocelo de vestibulo en la parte superior del carrillo y en la 2a. situada en la parte inferior.

(Figura 1)



(Figura 2)



4.- RANULA.

El término ránula se deriva del término rana y se refiere al aspecto de vientre de rana de una lesión desarrollada en el piso de la boca.

Al igual que el mucocelo, la ránula es motivo de controversia entre los investigadores, acerca de si se trata de un verdadero quiste o un pseudo-quiste.

También se le llama quiste de retención, ya que se desarrolla en el piso de la boca a expensas de porciones de glándulas salivales sublinguales o accesorias y sus conductos.

Hay otra clasificación de ránula que consiste en un quiste llamado profundo. Se suponen de origen branquiogénico y a menudo no hay ataque a glándulas sublinguales, a pesar del aspecto clínico y la localización en el piso de la boca. El origen branquiogénico se basa que durante la intervención quirúrgica para extirparlo, se encuentran extendidos hasta la base del cráneo o a distancia definida del cuello.

Etiología:

La ránula se debe a la obstrucción mecánica o traumática de la glándula sublingual o accesorias y submaxilar.

Sintomatología:

La ránula se forma de modo semejante al mucocelo derivado de las glándulas mucosas más pequeñas, pero alcanza mucho mayor tamaño. Se forma lentamente en el suelo de la boca pero gradualmente puede ocupar todo el espacio interior de la mandíbula.

Cuando alcanza gran tamaño la mucosa está adelgazada la

lesión se observa de color azulado al contenido mucoso, de consistencia blanda, fluctante e indoloro.

La rdnula puede romperse cuando se lesiona y entonces escapa un liquido pegajoso, pero se acumula nuevamente des pués de la cicatrización.

Diagnóstico:

Basado en los datos clínicos, evolución de la lesión, palpación e inspección.

Histopatología:

Células cilíndricas o cúbicas derivadas del epitelio de los conductos de acini. También se observa tejido de granulación que puede sufrir hiperplasia manifestada por cambio hacia epitelio escamoso o estratificado. Estos fenómenos obedecen a la irritación por la presión provocada, encontrándose solo una capa delgada de tejido conjuntivo fibroso, con infiltración linfocitaria o sin ella.

Tratamiento:

Generalmente está indicada la extirpación de la glándula o marsupialización y en algunos casos esta indicado la formación de conductos accesorias en forma quirúrgica.



Esta ilustración corresponde a una rínula, pudiéndose -
observar como se encuentra desplazadas la lengua, hacia un la-
do, debido precisamente a esta lesión.



Esta ilustración nos muestra radiográficamente una rãnu-
ta pudiendo observar ostiolisis en la zona donde se localiza-
la lesi3n.

5.- QUISTE LINFOEPITELIAL.

El quiste linfoepitelial es una lesión relativamente rara que se presente en la glándula parótida y produce un agrandamiento clínicamente discernible.

Etiología:

Se desarrolla a consecuencia de un cambio quístico en inclusiones epiteliales que se observan invariablemente en los ganglios linfáticos parotídeos.

Sintomatología:

La lesión se desplaza con facilidad, es indolora y asintomática.

Diagnóstico:

Basado en los datos clínicos, las características microscópicas del quiste, son las de una cavidad quística revestida de epitelio y rodeada de tejido linfóide.

Tratamiento:

Como estos quistes imitan tumores, habitualmente se les escinde, después de lo cual no recidivan.

CAPITULO IV

A) NEOPLASIAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

1.- Las neoplasias consisten en grupos celulares no conformistas, que ya no se avienen a las finalidades del organismo como unidad. En contraste con grupo de células normales - agrupadas ontogenéticamente, para formar órganos que conservan relaciones fijas unos con otros y funcionan fisiológicamente de manera integrada, las células neoplásicas no forman órganos, no presentan relaciones fijas con otros órganos y células y funcionan como elementos relativamente independientes y faltos de control. Según su comportamiento biológico se dividen en malignos y benignos.

La benignidad significa crecimiento local sin poder invasor metástasis, migración de células con crecimiento secundario en otros lugares del organismo. La agrupación de las neoplasias en benignas y malignas se basa en el conocimiento obtenido para la observación del crecimiento y las características funcionales de otras neoplasias de aspecto similar en localizaciones comparables con otros sujetos. Se pueden considerar con certeza como benignos o malignos algunos tumores: - los xantomas o queloides son benignos mientras que el tumor de Ewing, el adenocarcinoma de estómago y el carcinoma escamoso de pulmón son malignos. Sin embargo la clasificación de algunos tumores es a menudo imposible antes de saber como va a comportarse este tumor en el sujeto que lo padece.

Los carcinomas de apéndice y de colon, los (liomas) lio

minomas, los condromas y melaminas juveniles pertenecen a este grupo.

La malignidad no significa siempre que el tumor produzca metástasis con facilidad; los meduloblastomas y los glioblastomas del cerebro se consideran malignos, aunque sus metástasis sean muy raras, son malignos por su poder invasor local.

La historia clínica en general constituye un paso fundamental para llegar al diagnóstico de un estado patológico en general, para el diagnóstico de un tumor maligno o benigno de la boca, es evidente que la historia clínica desempeña un papel importante, pero se deben conocer bien sus limitaciones.

Para llegar a un diagnóstico precoz y exacto de los tumores malignos y benignos es fundamental la biopsia.

La biopsia es la única manera conocida de establecer con seguridad la naturaleza de la lesión, además es útil para preparar un tratamiento adecuado y verificar los resultados en la extensión de la enfermedad y apreciar los resultados a grandes plazos.

B) NEOPLASIAS BENIGNAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Los tumores benignos de las glándulas salivales han sido objeto de numerosas clasificaciones. El número y variedad de esas clasificaciones corroboran el hecho de que se trata de afecciones interesantes, pero al mismo tiempo, el poco conocimiento que se tiene de ellas. La clasificación y frecuencia es un resumen práctico, de las neoplasias en un estudio hecho por A.P. Chaudhry, R. a Vickers, and R.J. Gorlin Intraoral minor salivary glands tumora. Oral Surg, 14: 1194. La siguiente tabla nos servirá como patrón de comparación con las neoplasias benignas que se presentan en nuestro país.

CLASIFICACION Y FRECUENCIA DE LOS TUMORES BENIGNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Tumores Benignos	Paladar		Labio		Controlados	Ves-tíbulo	Otras zonas	Total	
	Sup.	Inf.	ns					No.	%
Adenoma Pleomórfico.	476	105	13	15	38	18	68	733	55.7
Adenoma Simple	18	2	0	0	0	4	0	24	1.8
cistoadenoma	12	1	0	0	4	1	2	20	1.5
Oncocitoma	0	0	0	0	0	1	1	2	0.2
Tumores benignos de origen Mensequimatoso									
Hemangioma Juvenil	Menos 1%								
Linfangioma, Schwannoma y xantoma	menos del 1%								

1.- Adenoma Pleomórfico.

El tumor benigno Adenoma pleomórfico de las glándulas salivales ha sido llamado de diferentes formas a través de los años, enclavoma, endotelionoma y el más común de sus nombres tumor mixto de la glándula parótida, por ser esta glándula la más afectada. No obstante de todos los nombres que ha recibido esta neoplasia benigna el término Adenoma Pleomórfico es el más correcto por sus características histológicas.

Etiología:

Pueden presentarse tumores mixtos en cualquier parte del cuerpo pero la región de las glándulas salivales en la cara es su sitio más frecuente. Se han descrito un gran número de tumores mixtos en parótida, hay varios puntos de vista respecto a este tumor, y su etiología, se consideró como un carcinoma de tipo adenoma, otros creían que el tumor era de origen mesenquimal, en virtud de muchas estructuras mesenquimales halladas en él. Se demostró la existencia de células con prolongaciones espinosas de células epiteliales que su fren degeneración mucoide produce sustancias que se transforman en cartilago. Actualmente se considera un tumor derivado de islotes celulares pertenecientes a dos tipos de tejido embrionario epitelio y mesénquima, que como lo indica su nombre constituye un tumor con una variada imagen microscópica pleomórfica.

Sintomatología:

Además de las características descritas anteriormente - de los tumores benignos en general, el tumor mixto posee las características clínicas: De los tumores mixtos que afectan a las glándulas salivales mayores el adenoma pleomórfico el 90% aparece en las glándulas parótidas, cerca del 9% en la glándula submaxilar y el 1% en la sublingual. Los lugares de origen de las glándulas menores del adenoma pleomórfico son en orden de frecuencia paladar, labios, lengua, mejillas y piso de la boca.

Cuando el adenoma pleomórfico se encuentra en la glándula parótida puede afectar al VII par craneal y producir parálisis facial.

Histopatología:

Los adenomas pleomórficos desarrollan una estructura - variada y muy compleja; no hay dos tumores mixtos exactamente iguales. Hago notar el hecho importante de que las diferentes partes del tumor pueden mostrar composición morfológica diferente y que, por lo tanto, deben examinarse cortes de varias zonas de la neoplasia.

El epitelio es glandular escamoso o de ambas especies, - en algunos adenomas pleomórficos se encuentran estructuras - características del epitelio ectodérmico, estructuras mesenquimales como: Tejido conectivo fibrilar, denso y laxo, tejido mucoso con retículo, cartilago de tipo hialino, fibroso, - amarillo o elástico inactivo o de crecimiento rápido, a veces

con degeneración mucosa. En algunos casos se encuentra tejido osteoide; pero el hueso es hallazgo raro, y aún más raros son los tejidos adiposo, muscular y linfóide, aunque puede presentarse el caso.

Diagnóstico.

Está basado en la historia clínica, la palpación e inspección.

Tratamiento:

El tratamiento es quirúrgico, una escisión quirúrgica amplia del tumor constituye el tratamiento de elección, los tumores mixtos son los más persistentes de todos los neoplasmas benignos de las glándulas salivales, su recurrencia es de 5% a 30%.

Este tumor no produce metástasis; pero en contadas ocasiones puede terminar como un tumor maligno mixto, que se comporta como un adenocarcinoma, por esta razón en un tumor mixto de crecimiento lento un brote repentino en el ritmo de crecimiento constituye un signo de mal presagio.

Cuando el adenoma pleomórfico se encuentra en la glándula parótida que es la más frecuentemente afectada, el tratamiento resulta complicado por la relación que existe entre esta y el nervio facial, dando como resultado una parálisis del mismo; pero cirujanos experimentados pueden extirparlos, un adenoma pleomórfico de parótida, por disección simultánea del tumor y del nervio, sin lesionar a este último.

2.- ADENOMA SIMPLE.

El adenoma es un tumor relativamente raro que se origina en las glándulas salivales. Es más frecuente en las glándulas menores que en las mayores y se presenta como un nódulo - circunscrito y pequeño que se desplaza con facilidad, por lo general se presenta después de los 30 años de edad.

De los tumores epiteliales de las glándulas salivales, los adenomas suelen ser los más pequeños y menos agresivos. - Se clasifican de acuerdo con su morfología en los siguientes tipos:

a.- Adenoma Canalicular:

Se trata de tumores bien encapsulados cuyo perénquima-- consiste, predominantemente, en tubos y columnas de células - epiteliales cilíndricas y cúbicas con núcleo ovoide basal. El citoplasma es acidófilo y en algunas partes, finamente granuloso. Las células se parecen mucho a las que limitan los conductos excretores de las glándulas salivales. Las células mepiteliales no forman parte del tumor. Algunos tubos contienen material ligeramente basófilo positivo al mucicarmín, no hay casi mitosis el estroma es escaso y alterna con las columnas epiteliales y se ve discretamente hialinizado.

b.- Mioepitelioma o Adenomioepitelioma.

Este tumor casi siempre se encuentra bien encapsulado. - Consiste principalmente en células fusiformes delgadas de -- núcleo ovoide o fusiforme. Las células forman columnas entre las ladas, o malla densa, o están distribuidas cerca de tallos-

conjuntivos. En algunos casos la células contienen un núcleo ovoide y forma un plexo laxo, en cuyo fondo hay una sustancia acidófila negativa al mucicarmin, células cilíndricas escasas o cúbica que forma estructuras tubulares.

El estroma es muy escaso y consiste de tejido conjuntivo muy fino y laxo que raras veces se hialiniza.

c.- Adenoma mucocístico.

Es como los anteriores, un tumor bien encapsulado. Está formado por células poligonales cuyos citoplasma es acidófilo y el núcleo ovoide esférico, dispuestas en islotes conectados y capas separadas por largos mucinosos que alternan la morfología de las células vecinas a las que dan aspecto fusiformes. No hay mitosis y el estroma escaso, sólo existe en la periferia del tumor.

d.- Fibroadenoma.

El componente predominante de este tumor es el tejido conjuntivo fibroso. Se asemeja al fibroadenoma pericanalicular de la glándula mamaria. No suelen tener cápsula bien definida y epitelio escaso de islotes, bandas comprimidas y en varios sitios forma estructuras parecidas a conductos glandulares.

Sintomatología:

Este tumor puede causar osteólisis de la zona.

Histopatología:

De acuerdo con su clasificación morfológica del adenoma

es su histopatología, pero los adenomas en general presentan las siguientes características, hay degeneración del tejido mucoglandular, esta degeneración forma cordones entre las células del tumor, no hay prácticamente mitosis, son encapsuladas excepto el fibroadenoma.

Tratamiento:

Consiste en la enucleación, la cavidad del tumor debe tratarse con cauterización química o electrocoagulación.

3.- Cistoadenoma Linfomatoso Papilar (Tumor de Warthin).

El tumor de Warthin es un tumor característico de las Glándulas Salivales. Su primer reporte fue descrito en 1895 por Hildebrand, quién sugirió que este tumor era una variante de un Neoplasma Congénito de Cuello.

Warthin describió el tumor en 1927 y sugirió que se derivaba de la Trompa de Eustaquio.

El tumor de Warthin representa el 6% de todos los tumores de las Glándulas Salivales y el 10% de todas las Neoplasias Benignas de las Glándulas Salivales. El tumor de Warthin es más frecuente en la 5a. y 6a. década de vida que mostrando una proporción de 5 hombres por una mujer.

Etiología.

El tumor es originado por el tejido Heterotrópico entrapado en los nódulos linfáticos durante la embriogénesis.

Sintomatología.

Este tumor aparece la mayoría de las veces en la región de la parótida, es de forma ovoide, fluctuante, suave, circunscrita de crecimiento lento y encapsulado.

Es generalmente superficial de 3 a 4 centímetros de diámetro, no es doloroso a la palpación y es clínicamente indistinguible de otras afecciones benignas de las Glándulas Salivales.

Diagnóstico.

El diagnóstico basado en los datos clínicos.

La sialograffa es útil, así como el estudio Histopatológico del mismo.

Histología

Es un tumor encapsulado con numerosos espacios quísticos, cuyas paredes forman papilas y pliegues, es de dos componentes histológicos, tejidos Epiteliales y linfoides, la lesión es esencialmente un Adenoma.

Las Células Epiteliales que cubren la proyección papilar son columnales ocuboidales usualmente acomodada en dos hileras. La Capa anterior puede ser de Células gruesas, estas Células son Eosinófilas, conteniendo hipertromatina o núcleo pigmentado y varios números de mitocondria, fue demostrado por Tandler bajo el microscopio electrónico. Hay frecuentemente un coágulo eosinófilo presente dentro del espacio cístico, el cual se asemeja a un color café. El componente linfoide es abundante y es considerado por la mayoría de los investigadores como un elemento pasivo en el proceso neoplásico, representando simplemente tejido linfoide normal del nódulo linfático dentro del tejido de la Glándula Salival.

Tumor de Warthin.

Informe de un caso y estudio de 205 neoplasmas salivales.

Univ. de Conecticut. Escuela de Medicina Dental.

Un caso de tumor de Warthin con una extraordinaria claridad sialográfica es reportado. La extensión del medio de contraste dentro del tumor fue probablemente resultado de la comunicación del espacio cístico del tumor con el sistema

ductal de la Glándula Parótida.

Este caso estimula la reexaminación de la incidencia de este tumor con un estudio de 205 tumores de las Glándulas Salivales reportadas por los archivos de patología del Hospital Hartford afiliados a la Universidad de Connecticut Health Center en Farmington, Connecticut.

El tumor de Warthin fue reportado en el polo inferior de la región parotideo, algunas veces con la sustancia de la glándula.

Generalmente ocupa una posición superficial y lateral de la parótida.

El tumor tuvo un repentino comienzo en un hombre de 45-años caucásico fue examinado en el Departamento de Radiología oral de la Universidad de Connecticut, el cual reportaba una exudación en la mejilla. El alargamiento del tamaño de la mejilla estuvo presente por un mes y fue centrándose en el área superficial del ángulo de la mandíbula. El tumor a la palpación era de consistencia blanda, fluctuante y sin dolor, no fue observada otra secreción en el cuello o en otra región del organismo.

El examen radiológico reveló un tejido blando exudativo sin calcificaciones, el examen sialográfico reveló lipiodol distribuido dentro del tejido blando exudativo en arcos extensas. La tinción no fue despejada por la glándula examinada 48 horas después, continuando subsecuentemente con la intervención quirúrgica, examinando histológicamente el tumor iden

tificando la lesión siendo un tumor de Warthin.

Estudio de Método y Resultados.

Se pone este tumor dentro de la perspectiva de todos los tumores benignos y malignos de las Glándulas Salivales Mayores, una retrospectiva de estudio fue conducida por patología la cual informó por medio de su archivo una gran cantidad de casos de tumores de las Glándulas Salivales Mayores, siendo excluidas para esta revisión.

El diagnóstico fue clasificado de acuerdo a la sialografía y sintomatología, 205 casos de neoplasias de las Glándulas Salivales Mayores revisados en el año de 1973 a 1976. Esta serie de neoplasias de las Glándulas Salivales están enlistados en la tabla 1. Los datos específicos relativos al tumor de Warthin están mostrados en la siguiente tabla.

Tratamiento.

El tratamiento del cistoadenoma papilar es la escisión quirúrgica.

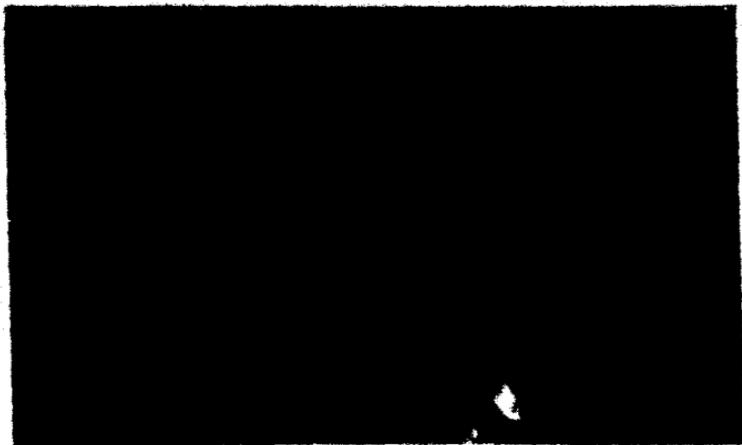
Particularmente la lesión es pequeña y superficial, estos tumores son encapsulados y rara vez recurre después de haberse tratado quirúrgicamente. Si la escisión es completa.

Datos obtenidos del tumor de Warthin's por el hospital de Hertford de 1964 a 1973, grupo de neoplasias salivales.

Número de tumores de Warthin's - - - - - 32
Porcentaje de tumores benignos
de parótida que fueron Warthin's - - - - - 29.1
Índice por raza - - - - - 100 % Caucásica
Edad - - - - - 39 a 80 años
Incidencia por sexo - - - - - 23% masculino
9% femenino

Reporte de Incidencia de Tumor de Warthin's

Autores	Localización Geográfica	Años	No. de Warthin's	
Foote Frazell	Hospital memorial de la ciudad de New York.	1930 a 1945	50	9.6%
Behrsetal	Clinica Mayo Minnesota	1945 a 1954	41	7.4%
Butler	Londres	1945 a 1964	33	18.2%
Frazell	Hospital Memorial Ciudad New York	1939 a 1959	94	8.4%



Corresponde esta ilustración a un paciente con cistoadeno
ma linfomatoso papilar (tumor de Warthin)

C.- NEOPLASIAS MALIGNAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Al principio de este capítulo se manifestaron algunas de las características de las neoplasias benignas y malignas, en general.

Antes de entrar en estudio de las neoplasias malignas de las glándulas salivales, considero de interés primario para el cirujano dentista, el cáncer bucal en general, creándole la responsabilidad y obligación de un conocimiento mínimo, para el diagnóstico, prevención y tratamiento del mismo.

La actitud del cirujano dentista ante un paciente que presente una neoplasia maligna, debe ser de orientación a médicos especialistas, y reportarlos a instituciones competentes.

Después de esta introducción haré un estudio propiamente, del objetivo de esta tesis, que son las glándulas salivales, enfocándolas a un aspecto patológico, como neoplasias malignas.

El cuadro siguiente nos da una clasificación y frecuencia de algunos tumores malignos de las glándulas salivales, tomado de la revista ORAL Surg. 14 1194, 1971.-

CARCINOMA ADENOIDEO CISTICO

Paladar	Labio	Ns.	Contro-	Vestí-	Otras	Total	
Sup.	Inf.	lados	bulos	zonas			
104	6	1	5	17	62	12	10.3%

ADENO CARCINOMA ACINICO CELULAR:

2	1	0	0	0	2	2	0.5%
---	---	---	---	---	---	---	------

CARCINOMA MUOCEPIDERMOIDE:

43	0	0	2	15	23	22	8.0%
----	---	---	---	----	----	----	------

1.- CARCINOMA ADENOIDEO CISTICO.

(Cilindroma, Adenocisto carcinoma, carcinoma adenocístico de células basales, Carcinoma basal celular Pseudoadenomatoso, tumor mixto basaloide.

El carcinoma Adenocístico es una forma de adenocarcinoma de las glándulas salivales y entra dentro de la clasificación de los tumores malignos.

Histológicamente las lesiones de las glándulas salivales son semejantes a los adenocarcinomas de las glándulas lagrimales y mamarias.

Las glándulas más frecuentemente afectadas por este tumor, son las parótidas submaxilares y las glándulas accesorias del paladar y la lengua.

El carcinoma adenoideo Cístico ocurre durante la quinta y sexta década de la vida, pero es frecuente en la tercera década de la vida en los hombres.

ETIOLOGIA.

Al igual que todos los tumores malignos es desconocida.

SINTOMATOLOGIA.

Dolor local, parálisis del nervio facial en caso del que tumor se encuentre en la glándula parótida.

La lesión está fija y profunda con invasión local y metástasis. Algunas lesiones particularmente las introrales, exhiben ulceración en la superficie de la cara. Esta puede ser semejanza clínica en algunos casos de su malignidad.

DIAGNOSTICO.

Basado en la historia clínica, evolución del tumor y -
biopsia histopatológica.

El carcinoma adenóideo cístico está compuesto de pequeñas células uniformes, células basales acomodadas en forma de cordones, anastomosis de células ductales en la porción central puede contener material mucoso, dando aspecto de panal de miel o queso suizo. Característicamente si el estroma del tejido conjuntivo conectivo se hialiniza y circunda el tumor celular formado un modelo en forma cilíndrica que se deriva de la lesión original recibiendo el nombre de cilindroma. Si el desarrollo de las células ocurre una forma sólida, de ahí puede derivarse un modelo histopatológico glandular cístico.

En otras ocasiones se anastomosan cordones de células neoplásicas dispersados en abundante estroma formando un pseudoadematoso formado del tumor original, esto ocurre en raras ocasiones.

Es de interés mencionar que no obstante la naturaleza maligna de la lesión, es raro encontrar células mitóticas.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento del carcinoma adeinoideo cístico es principalmente la cirugía, en algunos casos puede ser complementado con radiación X-RAY. La radiación sola no es recomendada. En general este tumor de metástasis a pulmón, huesos y cerebro, por lo que el pronóstico es desfavorable.

A continuación se presenta un caso de un estudio histopatológico sacado de los archivos del Centro Médico. IMSS.

Estudios Clínicos (Anatómicos cuando sea posible). Paciente con Dx de Adenocarcinoma de Parótida izquierda al cual el día de hoy se le efectúa parotidectomía total, resección en bloque de 1/2 inf. de pabellón y de conducto auditivo externo DRC, izquierdo y piel suprayacente a la parótida.

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

Etiquetado como Parotidectomía total. Se recibe pieza quirúrgica que mide 16 x 12 x 2.5 cm. está constituida por un segmento de pabellón auricular que mide 5.5 x 2.3 cm. el cual se encuentra ulcerado con pérdida de sustancia en su parte inferior en una zona de 1.5 cm. en todo su espesor, encontrándose la contigüidad con lesión ulcerada de piel que mide 3 x 2 cm. de color negro realzado del resto de la superficie. La piel mide en total 8 x 8 cm. muestra además un segmento de conducto auditivo externo de 1.5 x 1 cm. músculo esternocleidomastoideo que mide 8 x 7 x 0.8 cm. son de color rojizo macroscópicamente sin alteraciones. Glándula salival submaxilar aumentada de consistencia mide 4.5 x 2.5 cm. al corte se obser-

va una zona lisa blanquecina de consistencia firme de 2 x 1 - x cm. el resto es lobular amarillenta. Vena yugular interna de 6.5 cm. de longitud por 1.8 cm. de perimetro. Su extremo superior se encuentra seccionado y no se logra identificar glandula parótida ya que se encuentra involucrada en una zona aumentada de consistencia de 3 x 2.3 cm. que el corte es blanquecina de aspecto neoplásico que parece llegar hasta el limite quirúrgico profundo. Del nivel I no se disecan ganglios porque están formando parte de la zona de aspecto neoplásico ya descrito. Del nivel II, 8 nódulos de consistencia firme el mayor de 1 x 0.6 x 0.3 cm. blanco rosado y al corte blanquecino. Del nivel III, 10 nódulos al nivel supra clavicular -- 12 nódulos algunos de ellos con aspecto neoplásico.

2.- Etiquetado como lóbulo profundo de parótida. Se recibe -- fragmento de tejido blanco compuesto en gran parte por músculo con áreas de tejido fibroso, cuya superficie tiene aspecto granular, mide 4 x 2 x 1.5 cm. y al corte muestra áreas de -- color blanco grisáceo de consistencia firme y un segmento de vaso que aparentemente corresponde a una vena que mide 4 cm. de longitud por 0.4 cm. de perimetro.

DESCRIPCION MICROSCOPICA Y DIAGNOSTICO:

Adenocarcinoma medianamente diferenciado que infiltra parótida, piel de conducto auditivo, glandular submaxilar, -- músculos y nervios de la región, además de ulcerar la piel de la región preauricular. Hay neoplasia en el limite de sección quirúrgica profunda. Se encuentran metástasis en un ganglio periparotideo, en uno al nivel yugular superior. En ocho -- del yugular medio, en seis del yugular inferior y en cuatro del supraclavicular.

2.- ADENOCARCINOMA ACINICO CELULAR.

(Acinar celular o celular seroso, adenoma y adenocarcinoma).

El mayor número de los tumores de las glándulas salivales aparece en el epitelio de los aparatos conductores, pero ocasionalmente se ven tumores que afectan a las células acinarias. Este grupo de tumores se designa como tumores de células acinarias.

Las glándulas salivales están normalmente compuestas - de dos tipos de secreciones y dos tipos de células, mucosas y serosas, en el adenocarcinoma de células acinarias no hay - distinción de estas células de origen.

En un estudio extenso de tumores de células acinarias - en las glándulas salivales mayor por Abhrams y colaboradores, - se concluyó por la mayor parte de los investigadores que todos los tumores de este tipo tienen un mínimo grado de potencialidad maligna.

Etiología.- Se desconoce.

Sintomatología.- El adenocarcinoma acinario, se asemeja al adenomapleomórfico en apariencia, es encapsulado y lobulado, este tumor es frecuentemente reportado en la glándula parótida, aunque ocasionalmente se presenta en las otras glándulas mayores y en la accesoria intraoral.

El tumor acinario celular se presenta más frecuentemente en la tercera década de la vida.

En una serie de 27 casos reportados por Godwin, Foote y Frazell, la recurrencia de este tumor, después de su resección fue notado en un 50% de los pacientes. En ocasiones pacientes con tumor severo de células acínicas exhiben metástasis pulmonares a distancia y mueren por el padecimiento otros pacientes están vivos muchos años después de la escisión de la lesión inicial.

Diagnóstico.- Basado en la sintomatología, signología y principalmente en el estudio histopatológico.

Histopatología.- El tumor de células acínicas están frecuentemente circundado por una capsula delgada de células acínicas normales ordenadas. El citoplasma de estas células contiene gránulos similares a los gránulos de zimógeno de células normales y frecuentemente vacuolas intercelulares, que son obtenidas de estructuras ductales, las lesiones son negativas a la tinción mucina-carmesí (musicarmine). La apariencia de este tumor es única y no muestra gran semejanza a otros tipos de tumores de las glándulas salivales.

Una lesión morfológicamente similar, pero compuesta de células con un claro citoplasma glandular es descrito como células claras variantes del adenocarcinoma acínico celular.

El adenocarcinoma acínico celular es originado de las células acinares serosas, estas células de apariencia clara originan en los conductos estriados. La apariencia clara del citoplasma es el resultado del agrupamiento y marginación de los ribosomas después de su disolución y fijación; se concluye que esta claridad celular se vió en un tumor de células

indiferenciadas, con un aparente RNA ribosomal deficiente.

Tratamiento.- El tratamiento del tumor acínico celular en la mayoría de los casos es quirúrgico. Godwin y sus colaboradores recomiendan la escisión de la lesión con un margen de la glándula normal.

3.- CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE.

El carcinoma mucoepidermoide es un tipo de tumor no usual de las glándulas salivales, fue estudiado y descrito en principio como una entidad separada por Stewart, Foote y Becker en 1945. Como nombre lo implica, el tumor está compuesto de secreción celular mucosa y células epidermoides en proporciones variantes.

Etiología.- Se desconoce.

Sintomatología.- La mayoría de los carcinomas mucoepidermoides ocurren en la glándula parótida y todas las glándulas salivales mayores y en especial en las glándulas accesorias intraorales que incluso puede ser en este sitio el origen. Stewart y colaboradores clasificaron el tumor mucoepidermoide dentro de dos variedades, una benigna y una maligna, basados en la naturaleza clínica y rasgos histológicos de las lesiones.

Bhaskar y Bernier reportaron un exhaustivo estudio de 144 casos de carcinoma mucoepidermoide, en el cual se encontraban afectadas las glándulas salivales mayores así como las accesorias, y enfatiza en base a sus reportes la existencia de una formación benigna. Estos tumores ocurren con frecuen-

cia en personas entre los 30 y 60 años, pero ocasionalmente en niños. En las series de Bhaskar y Bernier el 34% de los casos ocurre entre las edades de 21 y 34 años.

El tumor de gran malignidad usualmente aparece con un crecimiento lento, indoloro, simulando al adenoma pleomórfico. El adenoma pleomórfico, sin embargo no excede a los 5 cm. de diámetro, es encapsulado y contiene un material viscoso mucoida.

El carcinoma mucoepidermoide no es encapsulado, tiende a infiltrarse en el tejido circunvecino y en un alto porcentaje produce metástasis a ganglios linfáticos regionales. Las metástasis distantes a pulmón, hueso, cerebro y tejido subcutáneo son también comunes.

Diagnóstico.- Basado en datos clínicos y biopsia.

Histopatología.- El carcinoma mucoepidermoide es un tumor pleomórfico compuesto de células de secreción mucosa, de células de tipo epidermoide y células intermedias. En un gran número de tumores de este tipo están presentes estos dos tipos de células predominando las mucosas epidermoides. Las células intermedias están raramente como células dominantes, sin embargo parece que pueden transformarse en células mucosas o epidermoides. Este tumor parece surgir del epitelio ductal. Esencialmente estos tumores muestran láminas de células mucosas originadas de la glándula paterna produciendo formación microquística, estos quistes pueden romperse y liberar moco, formando lagunas de tejido conectivo provocando reacción inflamatoria.

Tratamiento. - El tratamiento del carcinoma mucocépidermoide es quirúrgico, y sólo en algunos casos responde a la radiación.

A continuación presento en forma de casuística las afecciones de las glándulas salivales que se registraron en el hospital de oncología del Centro Médico I.M.S.S. del año 1974 a 1977 según su archivo. El total de pacientes con neoplasias en las glándulas salivales durante estos años fue de 22-casos en total entre incontables afecciones de neoplasias en otras partes del organismo.

Adenocarcinoma de parótida.

año estudio	casos
1974 4568	3
7164	
3648	
1975 2325	2
7989	
1976 1143	
2290	3
2119	
1977 3303	2
2062	

10 casos en total corresponde 45.4 %

Carcinoma adenocístico cístico

Año	Estudio	Casos	
1974	1361	1	
1975	2325	2	
	7982		
1976	9963	<u>1</u>	
1977	0	4	Casos en total corresponde 18.184 %

Carcinoma Mucoepidermoide

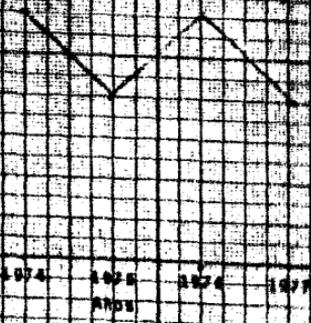
Año	Estudio	Casos	
1974		0	
1975		0	
1976		0	
1977	3303	2	
	4630	<u>2</u>	Casos en total y corresponde al 9.090%

Tumores mixtos benignos

Año	Estudio	Casos	
1974	8162		
	1098	2	
1975		0	
1976	5921	4	
	4466		
	6919		
1977	2177	<u>6</u>	Casos en total corresponde al 27.27 /

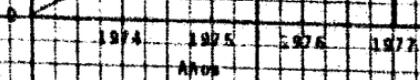
Department of Statistics, Census Bureau
POPULATION IN ALGERIA

1974
1975
1976
1977



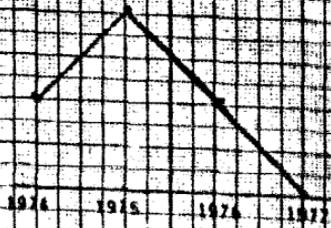
Distrito de San Pedro de Macoris - San Pedro de Macoris

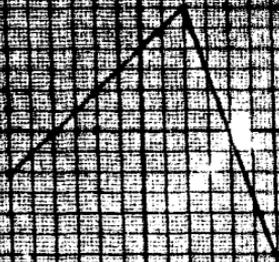
CARCINOMA MUCOPOLISACARIDICO



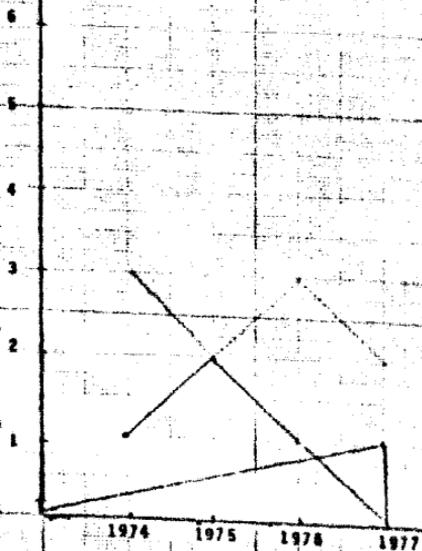
INCORPORACION DEL RESULTADO DE LAS CLASES Centro Médico
CATEDRA ANATOMIA URBICA

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0





1000
1954 1955 1956 1957
1000



Adenocarcinoma de Parótida
Carcinoma mucoepidermoide ———
Carcinoma adenóideo cístico ———

CAPITULO V

ENFERMEDADES SISTEMICAS QUE AFECTAN A LAS GLANDULAS SALIVALES

Sabemos que el organismo es un universo, y que hay afecciones que repercuten en su totalidad, así como en las glándulas salivales que es el objeto de estudio de esta tesis.

En este capítulo trataremos las enfermedades sistémicas que afectan a las glándulas salivales, en estas enfermedades se encuentran algunos síndromes.

1.- Síndrome de Gougerot Sjorgen.

Fue descrito inicialmente por un oftalmólogo sueco 1933. Hay una secreción insuficiente de las glándulas salivales, lagrimales, sudoríparas, así como las glándulas del estómago y del tubo digestivo. No es raro encontrar al mismo tiempo una variante de artritis reumatoide, es más frecuente en mujeres en general menopáusicas.

Etiología.

Se desconoce la etiología del Síndrome, pero en ocasiones existen antecedentes familiares, algunos clínicos piensan en el síndrome de Sjorgen podría ser una manifestación autoinmune, se encuentran además otros trastornos del tejido conjuntivo.

Sintomatología.

La tríada clásica de los síntomas y signos consta de Xerostomía, que traqueconjuntivitis seca y artritis reumatoide.

Hay ardor en la boca, la lengua carece de papilas y es lisa y brillante los pacientes se quejan de disfagia. En esta afección, una característica importante es la inflamación recurrente bilateral, de la glándula parótida, este trastorno puede durar semanas, meses y en algunos casos es permanente. La primera etapa de inflamación puede acompañarse de fiebre. Es frecuente observar también una poliartritis, y puede afectar a la articulación temporomaxilar.

Diagnóstico

La sialografía ayuda al diagnóstico, se basa en general en los antecedentes y síntomas característicos. Es común encontrar en el síndrome una imagen difusa de globulinas gama en la saliva.

Además se encuentran anticuerpos autoinmunes en el suero sanguíneo de los pacientes.

Por lo general hay anomalías en las parótidas, suelen consistir en sialiectasia punteada, que afecta los conductos intermedios, otras veces existe sialiectasia globular destructiva.

Tratamiento

Terapéutico vitamínica general de sostén.

2.- Síndrome de Mikulicz

Cuando la glándula parótida u otras glándulas salivales se agrandan por causa de infiltración leucénica, linfosarcoma o tuberculosis el estado se denomina síndrome de Mikulicz.

3.- Enfermedad de Mikulicz

Esta enfermedad tiene una historia larga y misteriosa y solo recientemente ha sido determinada su verdadera naturaleza.

Etiología

Esta afección se debe a una causa endocrina o una alteración de la totalidad del sistema reticuloendotelial.

Sintomatología:

Las lesiones suelen presentarse como tumefacciones asintomáticas que afecta a las parótidas, después a las submaxilares, y por último a las sublinguales, cuando las tumefacciones glandulares han alcanzado cierto volumen, la afectación lacrimal, la primera en aparecer y la más constante, se traduce por un saliente ovalado blando, por encima de la porción externa del párpado superior. La secreción salival esta disminuida.

La mayoría de las lesiones aparece entre los 20 y 60 años de edad es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres.

Diagnóstico

Basado en las características clínicas. En algunos pacientes existen antecedentes de lesiones inflamatorias locales por ejemplo, absceso de diente, infección del tracto respiratorio superior, etc.

En esta enfermedad puede presentarse en dos formas difusa y nodular.

En la forma difusa los lóbulos glandulares son remplazados por linfocitos y se observa islote de epitelio escamoso.- Los acinos de los lóbulos afectados desaparecen, y algunos conductos se agrandan y forman microquistes.

En la forma nodular se muestra una glándula normal, en donde uno o más ganglios linfáticos hiperplásicos, esta enfermedad representa una hiperplasia de los ganglios linfáticos - que están incluidos en la parótida o otra glándula.

Tratamiento.

La evolución espontánea de esta enfermedad es benigna, - pero no hay un tratamiento para ella.

4.- Síndrome de Heerfordt

Este síndrome afecta al adolescente y al adulto joven, - está relacionado con la enfermedad de Besnier Boeck Schaumann. Difiere de la enfermedad de Mikulicz, pero la existencia de - formas intermedias y una posible patogenia común hace que muchos autores tiendan a emparentar ambos síndromes.

Etiología

La etiología del síndrome de Heerfordt también conocida como uveoparotiditis, fiebre uveoparotídea es desconocida. Pero se ha visto en pacientes con alteraciones endócrinas como diabetes.

Sintomatología

En este síndrome, se asocian una hipertrofia parotídea - bilateral con fiebre e inflamación del tracto uveal del ojo, - el tracto uveal consiste en la coroides, el iris y cuerpo ciliar. Puede acompañarse también de parálisis facial.

Diagnóstico

Basado en los datos clínicos, los cortes microscópicos - de la glándula revelan sarcoidosis.

Tratamiento

La enfermedad por lo general experimenta regresión expon tinea. No hay tratamiento específico.

5.- ENFERMEDAD POR ARANAZO DE GATO.

La fiebre por rasguño de gato es una enfermedad infecciosa de causa desconocida. Es transmitida por gatos, principalmente por rasguño, aunque se han comunicado casos después de un pinchazo con astilla o espina. La enfermedad tiene distribución mundial y parece ser muy frecuente sobre todo en niños.

Etiología

Se piensa que el agente etiológico es un virus.

Sintomatología

Unos cuantos días después del rasguño del gato, en la tercera parte de los casos se desarrolla una lesión primaria en el sitio de inoculación. Esta lesión es una úlcera o papulopústula infectada. 3 semanas después aparecen síntomas de infección generalizada.

Fiebre, malestar general adenopatía regional, la enfermedad del rasguño del gato es causa relativamente común de adenitis, en las cuales las glándulas se encuentran inflamadas - fluctuantes y dolorosas.

En conclusión la sintomatología del arañazo del gato se puede manifestar por conjuntivitis granulomatosa unilateral - con adenopatía preauricular.

Diagnóstico

Antecedentes de rasguño de gato en la zona afectada prueba intradérmica del antígeno de arañazo de gato.

Tratamiento

No hay tratamiento específico. Los tratamientos antimicrobianos de que se dispone son inefectivos, la enfermedad es benigna y cura sola. Los síntomas persisten de 5 días a 2 semanas.

B) SIALOGRAFIA

Para concluir esta tesis, expondré algunos puntos importantes de la técnica sialográfica que nos ayuda al diagnóstico de las enfermedades de las glándulas salivales.

Definición.- Método de exploración radiológica en el estudio de procesos obstructivos tumorales e inflamatorios de las glándulas salivales.

Técnica para los estudios sialográficos.

Antes de que se haga la sialograffa, se toma una radiograffa simple de la glándula salival. La preparación para la sialograffa se hace preferentemente en el consultorio y consiste en lo siguiente:

Se dilata el conducto de la glándula salival, con sondas lagrimales se introduce un tubo de polietileno del número 60- en el conducto. Antes de colocar el tubo, se inserta un estilete de metal de unos 10 cm. dentro del tubo para que el polietileno tenga suficiente rigidez para facilitar su introducción dentro del conducto.

Tan pronto como el tubo este en el conducto, se quita el estilete. Esta extracción viene seguida por un flujo de la saliva que puede ser conservada para el examen si es necesario.

El flujo de la saliva se detiene taponeando el extremo proximal del tubo de polietileno con un palillo y entonces se lleva al paciente al departamento de rayos X. Allí se quita el palillo y se inyecta solución de pantopaque a través de tu

bo, hasta que produce un dolor mínimo. En ese momento el extremo proximal del tubo de polietileno se tapa de nuevo y se toma una radiografía. Finalmente se retira el tubo de polietileno - se le da al paciente un poco de limón para que chupe, con cuya estimulación la glándula evacua su secreción. Cinco minutos -- después se quita el tubo y se toma otra serie radiograficas. - Si esta nueva serie muestra cualquier residuo radiopaco, se hace otra serie. Si esta muestra todavía algún residuo, se toma otra serie radiografico al paso de una hora.

Sialograffa Aplicada al Diagnóstico:

Los estudios sialográficos son muy importantes para el diagnóstico de las enfermedades bucales de las glándulas salivales, por ejemplo en el Síndrome de Sjorgen se encuentran cuatro esquemas de alteraciones sialográficas, que presento a continuación en gravedad de orden creciente.

1.- Sialectasia Punteada, se retiene en las raíces más pequeñas de los conductos reducidas cantidades de material de contraste, las Rx muestran un punteado fino en toda la glándula. No se observa retención del material en los conductos mayores ya que estos no están afectados.

2.- Sialectasia punteada con participación de conductos intermedios.

3.- Sialectasia globular caracterizada por disminución de las ramificaciones en la serie de inyección y por defecto de llenado irregulares globulosos que contienen medio de contraste.

te retenido en zonas atóricas dilatadas en los conductos de acini destruidos dentro de las glándulas.

Los defectos globulares se presentan en la serie radiográfica y secretoras residuales.

4.- Sialectasia Cavitaria Destructiva, apareciendo defectos de llenado de aspecto diverso. La destrucción amplia de conductos de acini significa retención prolongada del material de contraste en las glándulas.

Antes de hacer estudios sialográficos para el diagnóstico del síndrome de Sörgen o de cualquier otra enfermedad que afecte la glándula salival se recomienda hacer estudio de glándula tiroidea, pues la sustancia de contraste lipida produce errores en los estudios de captación de yodo radiactivo.

La sialografía secretoria también es útil para el diagnóstico de tumores intrínsecos y extrínsecos de las glándulas salivales. En el primer caso, se observa imagen clásica de desplazamiento y destrucción del acini y conductos, con distorsión periférica de las unidades funcionales representantes. En el segundo caso se observa colapso y desplazamiento de conductos y acini funcionales vecinos, con mayor densidad de sustancia de contraste en la zona donde se ejerce presión sobre la glándula.

Dilataciones y contracciones de conductos principales nos indica litiasis.

Los datos que presento fueron sacados del departamento de cirugía bucal del Hospital General Centro Médico del I.M.S.S. del año 1974 a 1977.

En el año de 1974 de 150 pacientes que se presentaron a consulta de cirugía bucal 18 presentaron afección en las glándulas salivales representando el 12% de las afecciones de la patología bucal registradas en ese año.

Presentó en forma de casuística los padecimientos registrados en 1974.

Nombre del padecimiento	Mucocele		
Número de estudio	Total de casos		Porcentaje de frecuencia del mucocele con respecto a las afecciones glandulares registradas en 1974.
5027	1128		
1934	6817		
2801	4803		
2067	3793	12	
6441	4315		
9146	3172		66.67%

Nombre del padecimiento	Rínula		
Número de Estudio	Total de casos		Porcentaje de frecuencia de la rínula con respecto a los padecimientos glandulares en el año de 1974.
3793			
2280	2		
			11.11%

Nombre del padecimiento	Sialolitiasis		
Número de estudio	Total de casos		Porcentaje de frecuencia de sialolitiasis con respecto a los padecimientos glandulares registrados en 1974.
292			
5678	3		
3620			
			18.62%

Nombre del padecimiento	Adenoma pleomórfico	Porcentaje de frecuencia de adenoma pleomórfico con respecto a las afecciones glandulares registradas en 1974.
Número de estudio	Total de casos	
1679	1	5.6%

No se registrarón otro tipo de afección de las glándulas salivales en este año.

En el año de 1975 de 200 pacientes que se presentaron a consulta de cirugía bucal del Centro Médico del I.M.S.S., 16- presentaron afecciones en las glándulas salivales, representando el 8% de las afecciones bucales registras en ese año.

Nombre del padecimiento Mucocele estudio

Número de estudio	Total de casos	Porcentaje de frecuencia del mucocele con respecto a otros padecimientos de las glándulas salivales registradase en 1975
1425	1169	
1679	2627	8
2861	3211	
9082	1532	50%

Nombre del padecimiento Ránula

Número de estudio	Total de casos	Porcentaje de frecuencia de la ránula con respecto a los padecimientos glandulares registrados en el año de 1975
2601	1593	4
1195	6773	
		25%

Nombre del padecimiento Sialolitiasis

Número de estudio	Total de casos	Porcentaje de frecuencia de la sialolitiasis con respecto a otros padecimientos glandulares registrados en ese año 1975.
2816	2	
3349		
		12.50%

Nombre del padecimiento Síndrome de Sjorgen

Número de estudio	Total de caso	Porcentaje de frecuencia del síndrome de Sjorgen con respecto a otros padecimientos rg
4853	1	

gistrados en 1975
6.25%

Nombre del padecimiento Adenoma pleo-
mórfico

Número de estudio	Total de casos	Porcentaje de frecuen- cia del adenoma pleo- mórfico con respecto a otros padecimientos registrados en 1975
5039	1	6.25%

No se registrarón otros padecimientos en este año.

En el año de 1976 en el Hospital General del Centro Médico del I.M.S.S. se presentaron 212 casos en cirugía bucal de los cuales 18 presentaron patología de la glándula salival representando el 8.5 % de todas las afecciones registradas en este año.

Nombre del padecimiento	Mucocele	
Número de estudio	Total de casos	Porcentaje de frecuencia del mucocele con respecto a las afecciones glandulares registradas en 1976
5946		
4667	2	
----- 11.11 % -----		

Nombre del padecimiento	Ránula	
Número de estudio	Total de casos	Porcentaje de frecuencia de la ránula con respecto a otras patologías de las glándulas salivales registradas en 1976.
1845	2	
6518		
----- 11.11 % -----		

Nombre del padecimiento	Adenoma pleomórfico	
Número de estudio	Total de casos	Porcentaje de frecuencia del Adenoma pleomórfico registrados en 1976 con respecto a otras patologías de las glándulas salivales en 1976.
2031	3	
3363		
4912		
----- 16.67 % -----		

Nombre del padecimiento	Síndrome de Sjögren	
Número de estudio	Total de casos	Porcentaje del síndrome de Sjögren con respecto a otros padeci-
133	4	
1613	2	

mientos glandulares -
registrados
22.22%

Nombre del padecimiento Sialolitiasis			
Número de estudio	Total de casos		Porcentaje de la sialolitiasis con respecto a otros padecimientos glandulares registrados en 1976
5643	2976		
301	734	6	
1524	2032		33.33%

Nombre del padecimiento Parotiditis subaguda de etiología desconocida			
Número de estudio	Total de casos		Porcentaje de la parotiditis en frecuencia con respecto a otros padecimientos glandulares registrados en 1976
3736		1	5.55%

No se registraron otras afecciones

En el año de 1977 de 252 pacientes que se presentaron a cirugía bucal en el Hospital General Centro Médico de I.M.S.S. 19 presentaron afección en la glándula salival representando el 7.54% de todas las afecciones bucales

Nombre del padecimiento		Mucocela		
Número de estudio	Total de casos		Frecuencia en porcentaje del mucocela con respecto a otros padecimientos glandulares registrados en 1977	
5227	8100			
9074	1378	9		
1415	1032			
8535	7274			
4326				47.37%

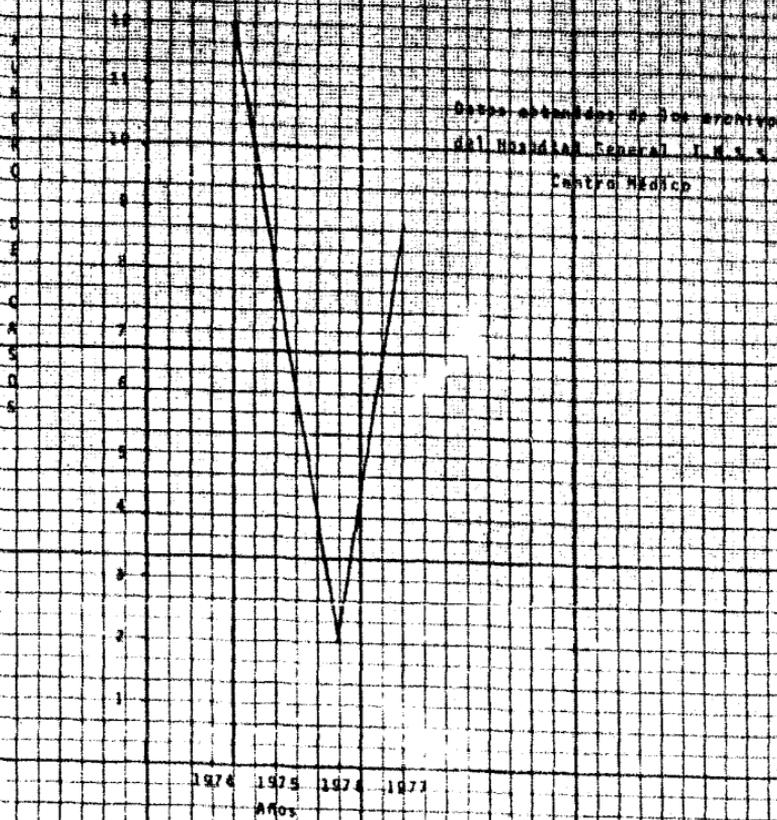
Nombre del padecimiento		Ránula		
Número de estudio	Total de casos		Frecuencias en porcentaje de la ránula con respecto a otros padecimientos glandulares registrados en 1977	
864				
8192		3		
5385				15.79%

Nombre del padecimiento		Adenoma pleomórfico		
Número de estudio	Total de casos		Frecuencia en porcentaje del adenoma pleomórfico con respecto a los padecimientos glandulares registrados en 1977	
4842				
6757		3		
				15.79%

Nombre del padecimiento		Sialolitiasis		
Número de estudio	Total de casos		Frecuencia de la sialolitiasis en tanto porcentaje con respecto a otras afecciones de las glándulas salivales registradas en	
1367	8465			
6232	2407	4		
				21.05%

No se registraron otras afecciones de las glándulas en ese año

107
Evolución del Padecimiento Psicocelular



Datos obtenidos de los registros
del Hospital General J. M. S. S.
Centro Médico

Hay un aumento de la frecuencia del psicocelular en el año de 1974.
Disminuye la frecuencia considerablemente en el año de 1975 de este
padecimiento.

Informe del Hospital General

Datos estadísticos del Hospital General
Control Médico 2.º Trimestre

U
N
I
D
A
D
E
S

5
4
3
2
1



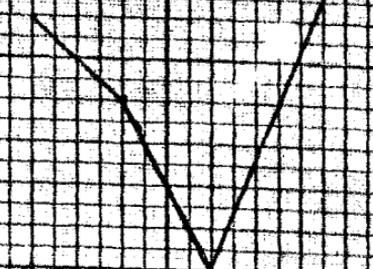
1974 1975 1976 1977

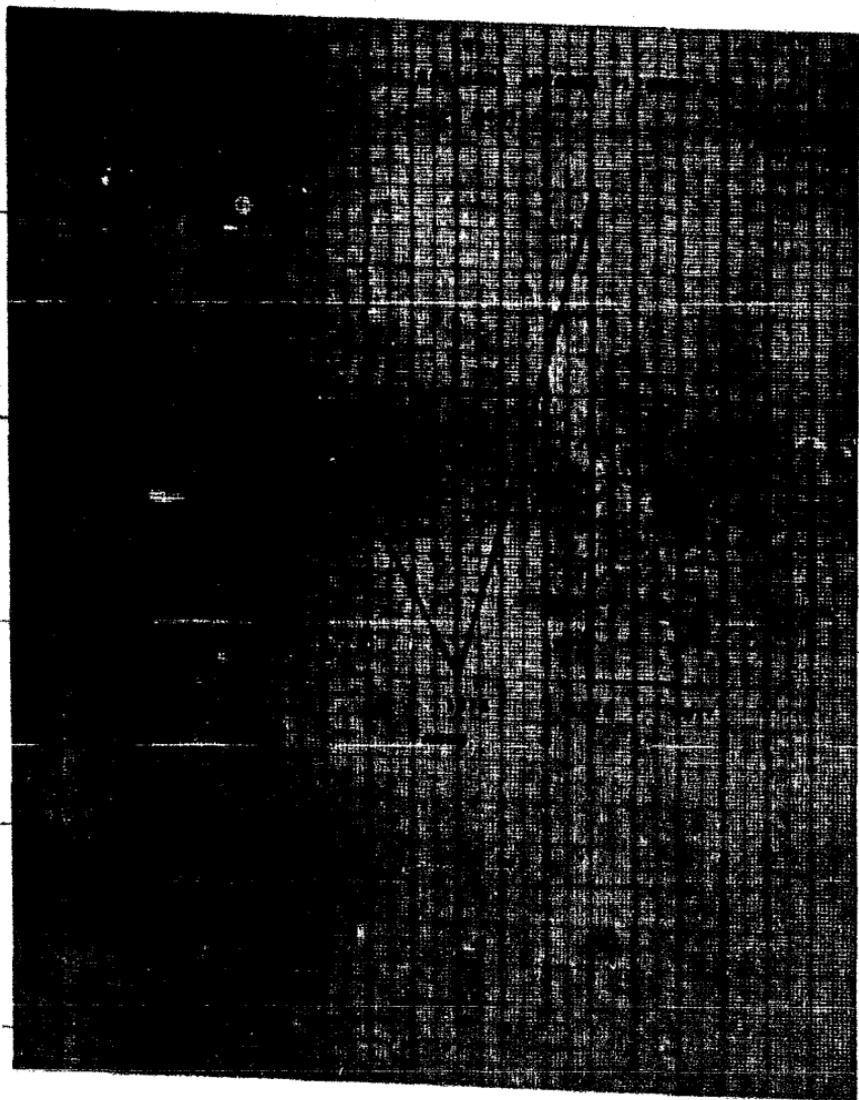
1975

SECRETARIA DE EDUCACION
SECRETARIA GENERAL DE ADMINISTRACION
OFICINA DE ESTADISTICA SOCIAL

INDICE
UNIDAD
E
R
D
D
E
C
A
S
O
S

1974 1974 1974 1972
ANOS





STATE OF CALIFORNIA
DEPARTMENT OF WATER RESOURCES
CALIFORNIA WATER PROJECTS
SANTA ANA RIVER PROJECT

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

1974 1975 1976 1977
AUG



En el Hospital Fernando Quir6z en el a1o de 1974 de 40-pacientes que se presentaron a consulta de cirugfa bucal 7 - presentaron afecci6n en la gl6ndula salival representando el 17.5% de las afecciones bucales durante ese a1o.

Nombre del padecimiento	Mucocele	
N6mero de registro	Total de casos	Frecuencia del padeci- miento con respecto - a otros padecimientos registrados en 1974 - 42.86%
7836-74		
4656-74	3	
6257-74		

Nombre del padecimiento	R6nula	
No. de registro	Total de caso	Frecuencia de la r6nu- la con respecto a - otros padecimientos - glandulares registra- dos en 1974 28.57%.
9523-74	2	
9468-74		

Nombre de padecimiento	Litiasis	
	Total de casos	Frecuencia de la li- tiasis con respecto a otros padecimientos - gl6ndulares registra- dos en 1974 28.57%
6758-74		
7543-74	2	

En el Hospital Fernando Quiroz en el año de 1975, de 45 pacientes que se presentaron a consulta de cirugía bucal - 8 presentaron afección en la glándula salival representando - el 17.7% de las afecciones bucales durante ese año.

Nombre del padecimiento	Mucocele	
No. de registro	Total de casos	Frecuencia en porcen- taje del mucocele con respecto a otros pade- cimientos glandulares
8326-75		
4521-75	4	
2815-75		
3729-75		50.0%

Nombre del padecimiento	Síndrome de Sjörgen	
No. de registro	Total de casos	Frecuencia de estos - padecimientos con res- pecto a otros pade- cimientos glandulares - registrados en 1975
6689-75	2	
8745-75		
		25.0%

Nombre del padecimiento	Litiasis	
No. de registro	Total de casos	Frecuencia de la li- tiasis con respecto a otros padecimientos - glandulares registra- das en 1975.
5436-75	2	
4649-75		
		25.0%

En el Hospital Fernando Quiroz del I.S.S.S.T.E., en el año de 1976 de 50 pacientes que se presentaron a cirugía bucal 10 presentaron afección en la glándula bucal representando el 20% de las afecciones glandulares durante ese año

Nombre del padecimiento	Mucocele		
Número de registro	Total de casos		frecuencia en porción del padecimiento - con respecto a otras afecciones de las glándulas salivales -
9621-76			
6773-76	4		
3864-76			
8973-76			40.0%

Nombre del padecimiento	Litiasis		
Número de registro	Total de casos		Frecuencia de la litiasis con respecto - a otras afecciones glandulares registradas en el año de 1976
1584-76			
4367-76	2		
			20.0%

Nombre del padecimiento	Adenoma pleomórfico		
Número de registro	Total de casos		Frecuencia en porción con otros padecimientos registrados - en 1976
4634-76	2		
9849-76			
			20.0%

Nombre del padecimiento	Síndrome de Sjorgen	Total de casos	Frecuencia en porcentaje del síndrome de Sjorgen con respecto a otras afecciones glandulares registradas - en 1976
8364-76		2	
9546-76			

20.0%

No se registraron otras afecciones

En el Hospital Fernando Quiroz del I.S.S.S.T.E., en el año de 1977 de 80 pacientes que se presentaron a consulta de cirugía bucal 11 presentaron a consulta de cirugía bucal 11 - presentaron patología en la glándula salival representando - el 13.75% de las afecciones bucales durante ese año de los - cuales los siguientes fueron mucocoeles

Número de estudio	Total de casos	Frecuencia del mucocoele en por ciento con respecto a otras afecciones glandulares registradas en ese año
1636-77		
3989-77		
8674-77		
7682-77	4	

36.36%

Nombre del padecimiento	Rínula	Número de registro	Total de casos	Frecuencia de la Rínula en por ciento con respecto a otras afecciones glandulares registradas en 1977
		2208-77		
		3365-77	2	

18.18%

Nombre del padecimiento	Síndrome de Sjorgen	Número de registro	Total de casos	Frecuencia del padecimiento en tanto por ciento con respecto a otras afecciones glandulares registradas en ese año
		1613-77		
		3932-77	2	

18.18%

Nombre del padecimiento	Litiasis	Frecuencia en tanto - por ciento con respec- to a otras afecciones glandulares registra- das en ese año
2380-77	Total de casos	
8560-77	3	27.28%

No se registraron otras afecciones de las glándulas salivales

此乃一頁極其模糊且低分辨率的扫描，其上的文字几乎完全不可辨认。从视觉上看，这似乎是一页包含大量密集字符的文档，可能是某种表格、列表或高度格式化的文本。由于图像质量过低，无法进行任何有意义的转录或识别。

11

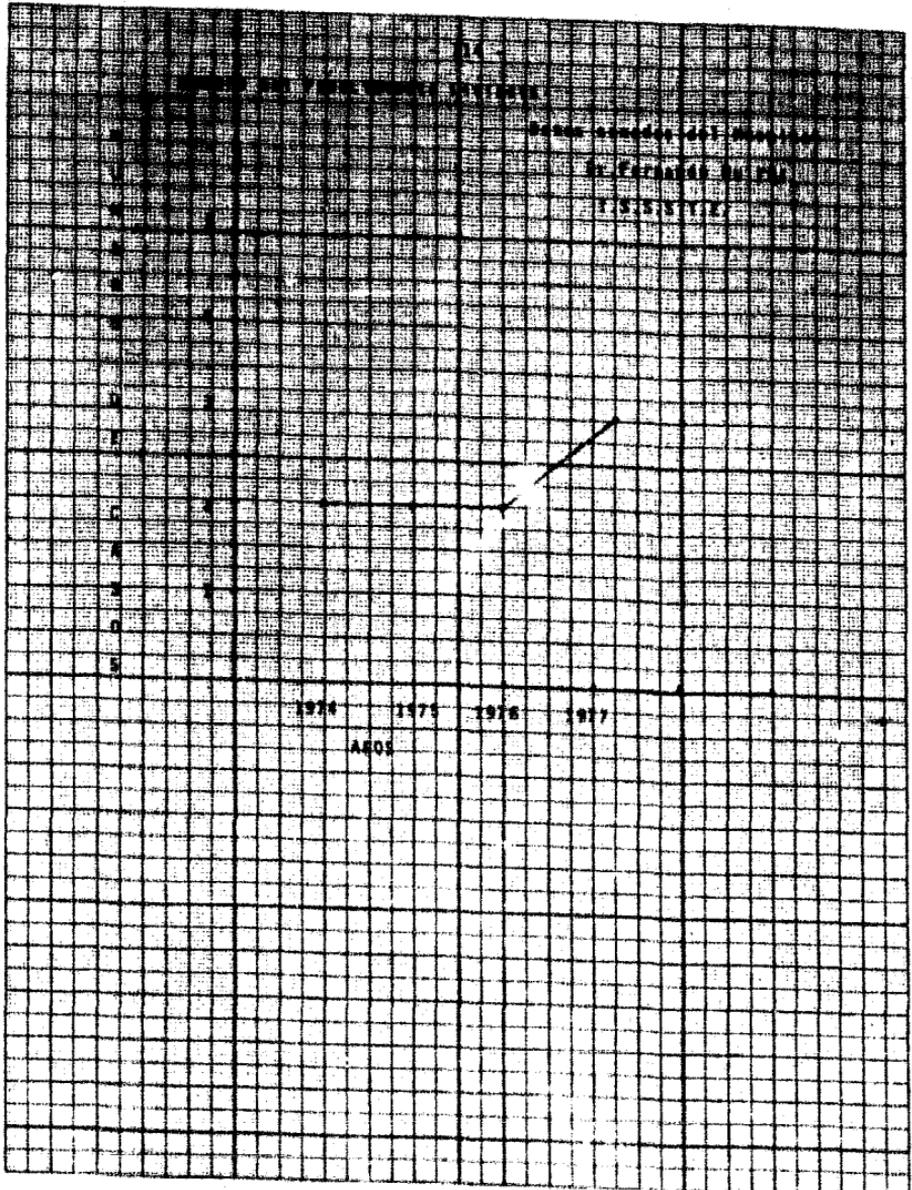
1974 1975 1976 1977

1974 1975 1976 1977

1974 1975 1976 1977

1974 1975 1976 1977

AROS

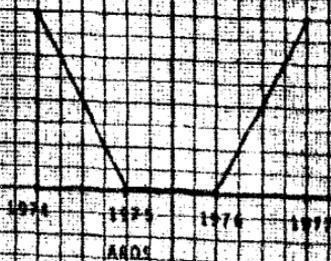


Estado del Procc. Muest. Agua

DEPTO. MICHUACÁN DEL ESTADO (A)

Dr. Fernando Quiroz

I. S. E. S. T. E.

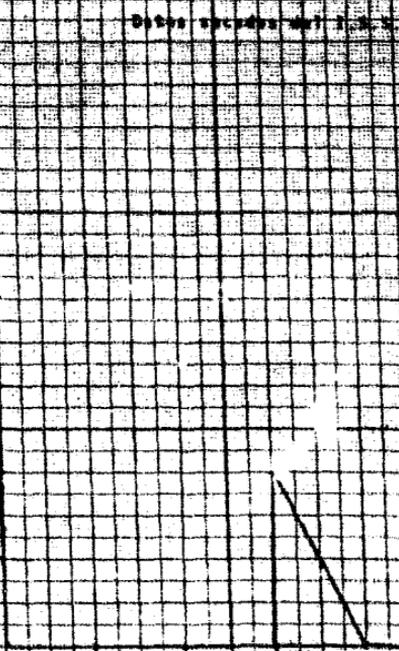


REPORT OF VACCIN. and ALUMINA PHOSPH. Co

Date: 11-10-72

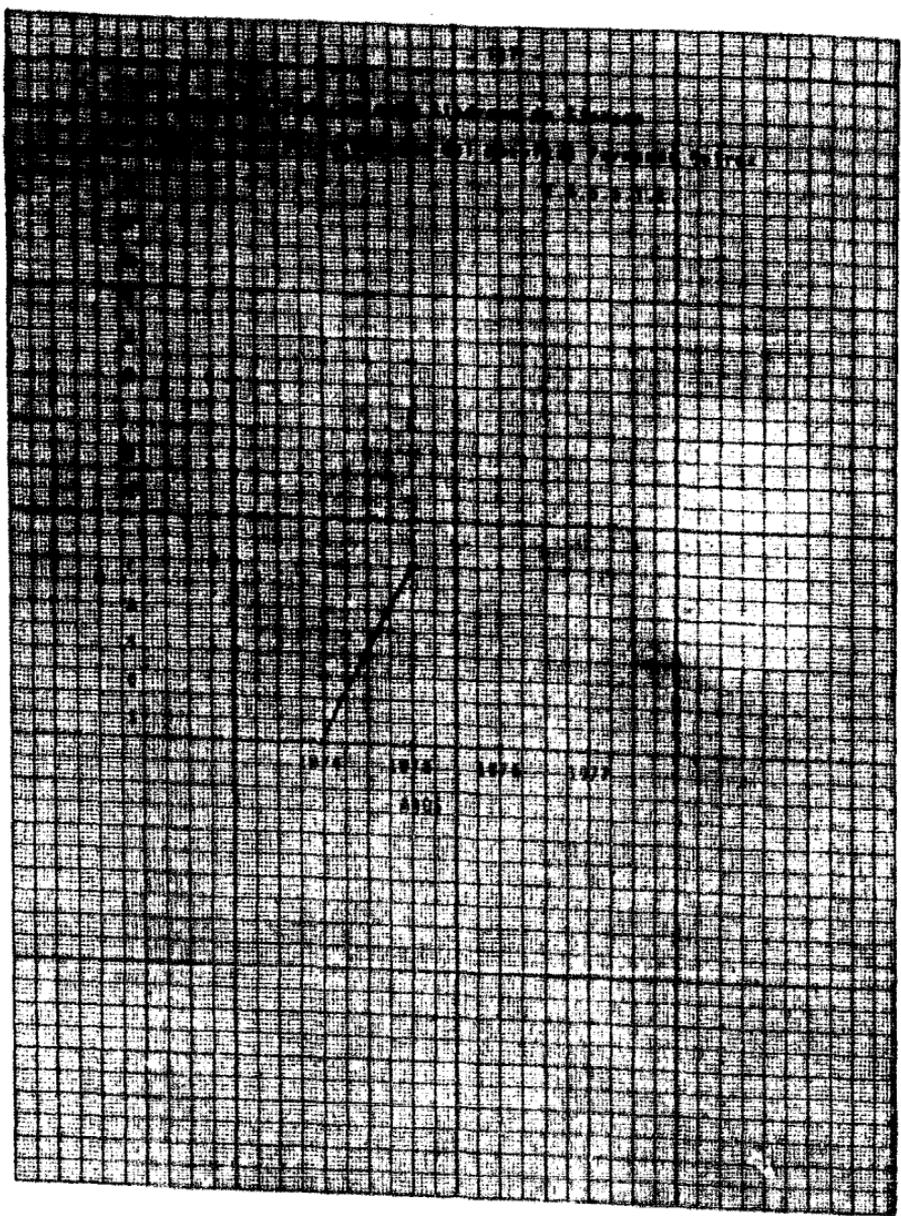
Temp: 11.5

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20



1974 1975 1976 1977

ARDS



CONCLUSIONES

Una vez realizado el trabajo de investigación bibliográfica y casuística expondré las siguientes conclusiones. Antes de llegar a tal objetivo, hago notar que en la introducción se menciona la investigación de campo de cuatro hospitales generales, los cuales fueron: Hospital de Oncología - Hospital General del I.M.S.S. - Centro Médico - Hospital Dr. Fernando Quiroz - I.S.S.S.J.E. Hospital de Hacienda. Los estudios casuísticos de este último no aparecen en esta tesis, debido a que no se me permitió el acceso a sus archivos; después de varias citas a que concurrí sólo se me facilitó una hoja en la cual se registraban cuatro padecimientos de las glándulas salivales las que no indicaban número de registro, ni fecha, por lo cual omití ese estudio, por considerarlo de poca validez científica así como de poca seriedad.

En primer término aclaro que el hospital de oncología existe en el archivo de patología general un total de 22 casos registrados de neoplasias en glándulas salivales (1974-1977) - las cuales no representan el 1% del total de las neoplasias registradas.

De las lesiones que se enumeran, en la parte bibliográfica se buscó corroborar los datos aportados por otros autores y, al hacer el estudio comparativo, encontramos lo siguiente en oncología:

22 casos registrados.

2.- En carcinoma Mucoepidermoide representa en la bibliografía el 8% y en mi estudio el 9.090% de 22 casos.

3.- En tumores mixtos benignos de los casos reportados - en la bibliografía, representa el 57.7% y en mi estudio representa el 27.275% de 22 casos.

4.- El adenocarcinoma de los cuales no se han reportado - caso bibliográficamente, si encontré que en nuestro medio se - observa y ocupan el 45.4% de 22 casos, situación que conviene observar.

En relación al Hospital General del Centro Médico Nacional y el Hospital General Dr. Fernando Quiróz, en frecuencia - de padecimientos no neoplásicos haré una comparación entre ambos:

Hospital Centro Médico Nacional en 1974 con 150 casos - diagnosticados, se observó lo siguiente: El 12% se presenta la patología de las glándulas salivales, ya que se registraron - 18 casos. De referidos casos 12 fueron mucocelos, representando el 66.67%.

En el mismo año en el Hospital General Dr. Fernando Quiróz, de 40 pacientes de cirugía bucal, 7 presentaron afección - en las glándulas salivales (17.5%) de los cuales 3 fueron mucocelos que representan el 42.86%.

En relación con los ránulas en el Hospital Centro Médico

Nacional se registraron dos casos (11.11%) y en el Hospital - Dr. Fernando Quir6z dos casos (28.57%)

En sialolitiasis en el Centro M6dico Nacional 3 casos - (16.67%) y en el Hospital Dr. Fernando Quir6z 2 casos (28.57%)

Adenoma pleom6rfico en el Centro M6dico Nacional 1 caso- (5.%) y en el Hospital Dr. Fernando Quir6z no se registr6 nin- g6n caso.

En el a6o de 1975 de 200 casos diagnosticados en patolo- g6a bucal en el Hospital Centro M6dico Nacional 16 presentaron afecciones en las gl6ndulas salivales (8.%) y en el Hospital - Dr. Fernando Quir6z de 45 pacientes que se presentaron a con- sulta en cirug6a bucal, 8 ten6an afecci6n en las gl6ndulas sa- livales, representando (17.7%).

REGISTRO ESQUEMATICO DE PADECIMIENTOS DE LAS GLANDULAS SALIVA- LES

PADECIMIENTO:	HOSPITAL:	NUM.DE CASOS:	PORCENTAJE:
Mucocele.	C.M.N.	8	50%
"	Dr.F. Quir6z	4	50%
R6nulas.	C.M.N.	4	25%
"	Dr.F. Quir6z	0	0%
Sialolitiasis.	C.M.N.	1	12.5%
"	Dr.F. Quir6z	2	25%
S6ndrome de Sjorgen	C.M.N.	1	6.5%
"	Dr.F. Quir6z	2	25%
Adenoma pleom6rfico	C.M.N.	1	6.5%
	Dr.F. Quir6z	0	0.%

En 1976 en el Hospital Centro Médico Nacional , de 212 - casos de patología bucal, 18 presentaron afección en las glándulas salivales representando el 8.5% , en el Hospital Gral. - Dr. Fernando Quiróz, de 50 pacientes que ocurrieron a consulta de cirugía bucal, 10 presentaron afección en glándulas salivales, representando el 20% de las afecciones registradas durante mencionado año.

REGISTRO ESQUEMATICO DE PADECIMIENTOS DE GLANDULARES SALIVALES EN EL MISMO AÑO 1976.

PADECIMIENTO:	HOSPITAL	No.DE CASOS	PORCENTAJE
Mucocele	C.M.N.	2	11.11%
"	Dr.F.Quiróz	4	40. %
Ránula	C.M.N.	2	11.11%
"	Dr.F.Cuizroz.	0	0. %
Stalolitiasis	C.M.N.	6	33.33%
"	Dr.F.Quiróz	2	20. %
Síndrome de Sjorgen	C.M.N.	4	22.22%
"	Dr.F.Quiróz	2	20. %
Adenoma Pleomórfico	C.M.N.	3	16.67%
	Dr.F.Quiróz	2	20. %

En el año de 1977 de 252 pacientes que ocurrieron a consulta a patología bucal del Hospital Centro Médico Nacional, - 19 presentaron afección en la glándula salival, representando el 7.54% y en el Hospital General Dr. Fernando Quiróz, de 80 - pacientes que se presentaron a consulta de misma cirugía bucal 11 presentaron afección en la glándula salival, representando-

el 13.75%.

REGISTRO ESQUEMATICO DE PADECIMIENTOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES EN EL MISMO AÑO 1977.

PADECIMIENTO	HOSPITAL	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Mucocele	C.M.N.	9	47.37%
"	Dr. F. Quiróz	4	36.36%
Ránula	C.M.N.	3	15.79%
"	Dr. F. Quiróz	2	18.18%
Sialotíasis.	C.M.N.	4	21.05%
"	Dr. F. Quiróz	3	27.28%
Adenoma pleomórfico	C.M.N.	3	15.79%
"	Dr. F. Quiróz	0	0. %
Síndrome de Sjorgen	C.M.N.	0	0. %
" " "	Dr. F. Quiróz	2	18.18%

De lo anterior concluyo que:

1.- En relación a las neoplasias el carcinoma adenoideo-cístico, el carcinoma mucoepidermoide y adenocarcinoma de parótida, estadísticamente son más frecuentes en nuestro país.

2.- De las neoplasias benignas son menos frecuentes en nuestro país, ya que no encontré casos en la investigación de campo y si en la bibliografía a excepcion del adenoma pleomórfico que ocupa el 4° lugar de los padecimientos glandulares en el estudio casufstico.

3.- En el estudio comparativo entre el Hospital Centro Médico Nacional y el Hospital Dr. Fernando Quiróz, concluyo -

lo siguiente: Los mucocelos ocupan el primer lugar de frecuencia; la Sialolitiasis el 2º lugar la Ránula el 3er. lugar; el adenoma pleomórfico el 4º y el Síndrome de Sjorgen el 5º lugar.

Es de mencionarse que el índice de población derechohabiente es mayor para el Centro Médico Nacional, que para el Hospital General Dr. Fernando Quiróz.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

1.- Fernando Quir6z

Tratado de Anatomfa Humana

Tomo 11

Pág. 991-105 1975

2.- K.H. Thoma.

Patologfa Bucal

Tomo 11

4a. ed. pág. 1388-1400 1972

3.- William G. Shafer, Maynard K. Barnett M. Levy

Tratado de Patologfa bucal

Tomo 11 No. 3 ed. 1977 Págs. 380-396

4.- Cecil Loeb Mc. Dermont

Tratado de Medicina Interna

Tomo 1, 2. ed. Págs. 56-62

5.- Thoma

Estomatologfa

3ed. Págs. 419-416

6.- Burket

Medicina Bucal

Diagn6stico y tratamiento

6ed. Págs. 562-594 1973

7.- Robbins

Patología Estructural y Funcional

1 ed. Págs. 824-828 1975

8.- Marcus Akrupp

Milton J. Chatton

Diagnóstico Clínico y Tratamiento

9a. ed. Págs. 815-835 1974

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

REVISTAS

1.- Acta odontológica Venezolana, año 14 enero-abril 1976
Síndrome de Sjorgen Clínica oftalmológica y sialográfica.
Crocer Miguel Cerosa.

2.- Urea y Cálculos Salivales
Año 1 Dic de 1968 Nos. 2 y 3 pág. 262
Hauricio Gómez Sotillo

3.- Acta odontológica Venezolana, abril 1976 No. 1 y 2
Tumor de Glándulas salivales
Marco Tulio Merida

4.- The Journal of American Vol. 95 Julio 1 1977

5.- Dental Abstracts. No. 7 julio de 1977 vol 2

6.- JADA, Vol. 94 No. 5 May. 1972 a survey of 9792
Oral lesions in the Emphasis o Neoplasia E.P. Rossi 883

7.- Oral Surg. July 1975

Minor Salivary Gland Lesion Presenting

Universidad Federal de Pelotas, School of dentistry
Pág. 65-69

8.- Oral Surg

Warthins Tumor

Stephen R. Matteson

Paul A. Herman

P&g. 129-133

Vol. 41 No. 1 January 1976

9.- Jada

Tumor of the Minor Salivary Glands

P&g. 135-140 July 1975

vol. 40, number 1

10.- Oral Surg July 1975

Diagnosis and treatment of tumors of the Head and Neck

1970 P&g. 395

11.- Stomatologia Mosk

Papillary Cystadenoma of the Salivary Gland

52 1973.