

1ej 184

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales
Iztacala - U.N.A.M.**

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA



**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
DE GLANDULAS SALIVALES**

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

HEREDIA PINEDA MARIA ELBA

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO 1982



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

Introducción

- 1.1 Consideraciones generales
 - 1.1.1 Diferentes clasificaciones de las glándulas salivales
 - 1.1.2 Elementos estructurales
 - 1.1.3 Referencias anatómicas
 - 1.1.4 Componentes de la saliva
 - 1.1.5 Función de la saliva y pH salival
- 1.2 Patología de las glándulas salivales
 - 1.2.1 Clasificación de los padecimientos de las glándulas s
 - 1.2.2 Afecciones inflamatorias
 - 1.2.3 Afecciones no inflamatorias
 - 1.2.4 Fenómenos obstructivos
 - 1.2.5 Anomalías de desarrollo
 - 1.2.6 Quistes de las glándulas salivales
 - 1.2.7 Neoplasias de las glándulas salivales
- 1.3 Métodos de diagnóstico
 - 1.3.1 Exámen clínico de las glándulas salivales
 - 1.3.2 Cultivo
 - 1.3.3 Biopsia
 - 1.3.4 Sialografía
 - 1.3.5 Gamagrafía
- 1.4 Tratamiento de las enfermedades de las glándulas s
 - 1.4.1 Dilatación de los conductos excretores
 - 1.4.2 Tratamiento de fístulas salivales
 - 1.4.3 Sialolitotomía
 - 1.4.4 Incisión y drene en infecciones
 - 1.4.5 Extirpación de quistes de las glándulas salivales

1.4.6 Enucleación total de las glándulas salivales

1.5 Conclusiones

1.6 Bibliografía

INTRODUCCION

En la práctica diaria profesional se nos pueden presentar problemas o enfermedades de las glándulas salivales y tenemos que tener la capacidad suficiente para elaborar un buen diagnóstico con los conocimientos que hemos adquirido durante nuestra formación profesional.

En esta tesis haré resaltar la importancia que tiene el saber utilizar los métodos de diagnóstico con los que contamos hasta la fecha, ya que sin ellos no podríamos llegar al fin que perseguimos, que es el de diagnóstico y tratamiento adecuados.

En los métodos de diagnóstico se incluirán:

Una buena historia clínica, ya que ésta debe ser perfectamente detallada, incluyendo signos, síntomas, evolución, duración, tratamientos que ha llevado a cabo el paciente con los resultados obtenidos, se indagará si el paciente presenta alguna enfermedad sistémica que pueda agravar el cuadro que el paciente presenta, a esta historia clínica se le anexarán -- las radiografías necesarias y los datos obtenidos del laboratorio.

En el contenido de esta tesis se incluirán los tipos de glándulas que existen, con su clasificación, referencias anatómicas. Estas glándulas secretan un líquido llamado saliva, y ya que estamos en el estudio de las glándulas lógico es -- que estudiemos las características químicas, físicas y biológicas que presenta la saliva.

Esta tesis también incluye los diferentes tipos de tra-

casos que se pelen a llevar a cabo de acuerdo a cada una de las diferentes enfermedades que se presentan.

Con ésta tesis obtendré una información más amplia de lo que se puede aplicar un buen diagnóstico y plan de tratamiento adecuados, ya que con esto disminuirá el número de fracasos y me sentiré más satisfecha del trabajo que he realizado. Además me adentraría en el saber y mejoraría en mi práctica, podría desarrollar nuevos métodos o técnicas para el tratamiento que determinarían la investigación.

En cuanto a los tratamientos que se están llevando a cabo, estos se han estado perfeccionando ya que ultimamente la odontología se esta inclinando mucho a la investigación haciendo los tratamientos menos traumáticos y más eficaces.

Para poder encaminar a un paciente hacia la mejoría necesitamos tener mucha ética profesional ya que evaluaremos el caso para ver si está en nuestras posibilidades el poder realizar el tratamiento o remitir con la persona indicada al paciente que así lo requiera, ya que de no ser así estaríamos engañando al paciente y probablemente le causaríamos un problema más grave que el que el paciente presentaba al principio esca cuando se presentó por primera vez a la consulta.

CAPITULO I
CONSIDERACIONES GENERALES

CONSIDERACIONES GENERALES

Las glándulas salivales son estructuras cuya función es la producción de saliva, intervienen en el metabolismo del yo do y afectan el metabolismo del calcio.

Las glándulas son diferentes tanto en su anatomía como en su fisiología, se localizan en la cavidad bucal, existen di versas clasificaciones de estas y van de acuerdo a su tamaño tipo de secreción y localización.

Existen tres glándulas mayores y de 400 a 500 menores - que vierten su secreción a la cavidad bucal con su respectivo conducto.

El producto de secreción de las glándulas es la saliva - que esta compuesta de agua en un 99.5%, conteniendo algunas e enzimas, sales, gases, material orgánico, restos celulares, bacte rias y leucocitos. La saliva interviene en el proceso de di gestión, ya que humedece a los alimentos, la cavidad bucal ayu dando a la deglución, también sirve como vehículo de ciertas sub stancias.

Las glándulas salivales pueden tener un gran número de pa atologías como pueden ser trastornos del desarrollo, de la función (Aumento o disminución de la segregación salival por diferentes e causas), obstrucciones del flujo salival, infecciones piógenas, crecimientos asintomáticos, padecimientos infecciosos específicos y enfermedades de la colagena que pueden identificarse o diferenciarse mediante estudios o técnicas e específicas de diagnóstico como pueden ser las radiografías - con medio de contraste, biopsias etc. y acompañadas de la His toria Clínica para poder elaborar un diagnóstico y tratamien to adecuados.

CLASIFICACIONES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

Las glándulas salivales pueden clasificarse de acuerdo a su localización, tamaño y substancia de la siguiente forma

De acuerdo a su localización

1.-Del vestíbulo

A) Labiales

a) superiores

b) inferiores

B) Bucales

a) menores

b) parótida

2.-De la cavidad bucal propia

A) Piso de la boca

a) submaxilar

b) sublinguales

c) menores

d) glosopalatinas

B) Lengua

a) linguales anteriores

b) linguales posteriores y palatinas

De acuerdo a su tamaño

A) Mayores

a) Parótida

b) Submaxilar

c) Sublingual

B) Menores

a) Labiales

b) Bucales menores

c)Glosopalatinas

d)Palatinas

e)Lingual anterior

f)Lingual posterior

De acuerdo a su producto de secreción

A)Mucosas

B)Serosas

C)Mixtas

ELEMENTOS ESTRUCTURALES

Glándula Parótida

La glándula parótida es una glándula par, bilobular, arracimada, de secreción serosa, su conducto excretor es el conducto parotídeo o de Stenon que se desprende en la parte anterior e interna de la glándula, a lo largo de el borde externo del musculo masetero y se dobla en angulo recto alrededor del borde anterior del mismo musculo. Después atraviesa el musculo buccinador y la mucosa bucal y desemboca a nivel del cuello del segundo molar superior, una porción del conducto que varía entre 1.5 y 3 cm es accesible desde la boca. Tiene una prolongación faríngea que se desprende de la parte posterointerna de la glándula, y sigue por la cara profunda de la rama ascendente de la mandíbula y llega casi hasta la pared externa de la farínge.

La parótida es una glándula arracimada (constituida por acinos glándulares agrupados en lóbulos), está o se encuentra encerrada en una capsula bien definida de tejido conectivo fibroso; se trata de (glándula tuboalveolar compuesta de tipo seroso. Las parótidas se distinguen principalmente o especialmente por la presencia de varios conductos intralobulares muy manifiestos. También son característicos de estas glándulas los acúmulos de células grasosas en los tabiques de tejido conectivo.

Inervación: Sensitiva por el V par y secretora, tiene dos ramos el simpático que a vasoconstricción por el ganglio cervical superior y el parasimpático de vasodilatación por el IX. Esta relaciona o con ramas motrices del facial.

Irrigación: procede de la carótida externa (auricular - posterior y transversa de la cara). Las venas terminan en la yugular. Los linfáticos van a los ganglios parotídeos y de ahí a los ganglios cervicales profundos.

Glándula Submaxilar:

Es una glándula par de secreción serosa, es más pequeña que la glándula parótida pero se asemejan entre sí por su color y su lobulación.

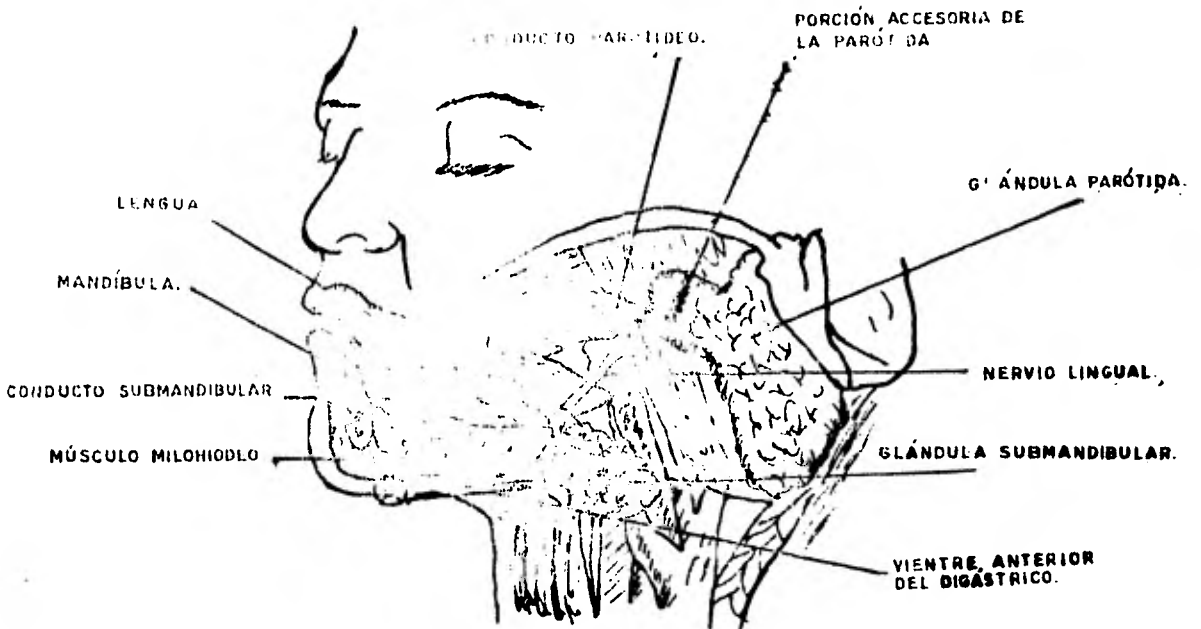
Posee una capsula bien definida, son alveolares o tubo alveolares compuestas, son de tipo mixto, la mayor parte de sus unidades secretorias son de la variedad serosa, las unidades mucosas suelen estar cubiertas de las primeras lunas serosas.

El conducto excretor de esta glándula es el de Warton que mide unos 5cm de longitud, corre hacia adelante por dentro del milohioideo y se abre en el piso de la boca a los lados del frenillo lingual en el vértice de una papila. Se le conoce con el nombre de ostium umbilical de Borden.

Vasos y nervios

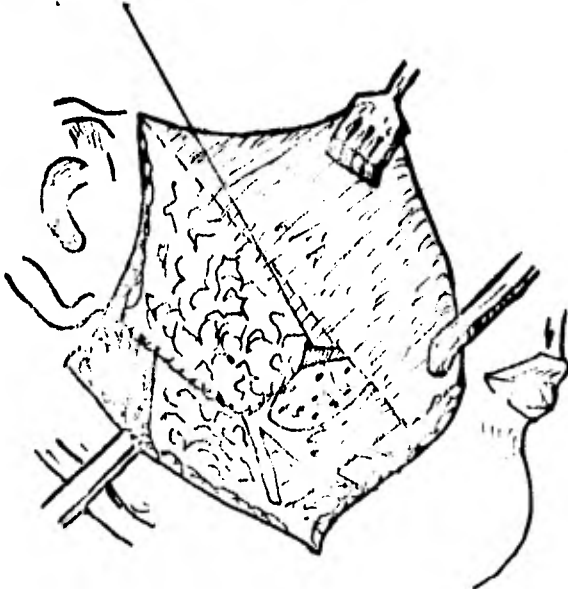
Irrigación: arteria y nervio facial, arteria maxilar interna, rama submental.

Inervación: derivan por intermedio del ganglio submandibular, de la cuerda del tímpano, del lingual y plexo simpático que rodea a la arteria facial. Los linfáticos desaguan en los ganglios submandibulares. Tiene inervación sensitiva por el V simpático por el ganglio superior y para simpático por el VII.



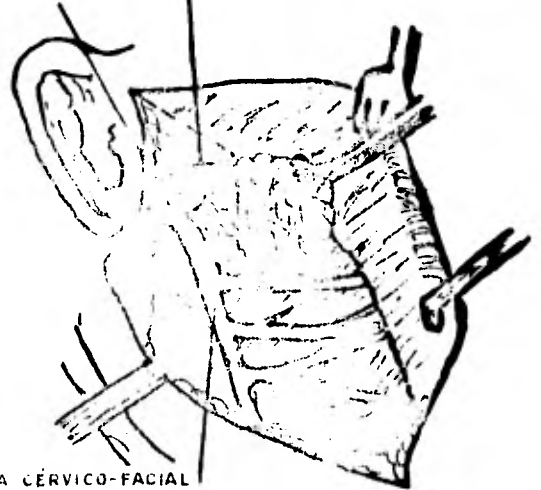
LAS GLANDULAS SALIVALES Y SUS CONDUCTOS:

CONDUCTO DE STENON



NERVIO FACIAL

RAMA TEMPORO-FACIAL.



Glándula Sublingual:

La glándula sublingual es la más pequeña de las tres glándulas mayores se localiza en el espacio sublingual (por debajo de la mucosa del piso de la boca) encima del músculo milohioideo y entre la cara interna de la mandíbula. Es una glándula par, tiene la forma de una almendra aplanada — transversalmente alcanzando una longitud de 3 a 4 cm.

La secreción de esta glándula es de tipo mucoso y el conducto de secreción es el de Bartolini.

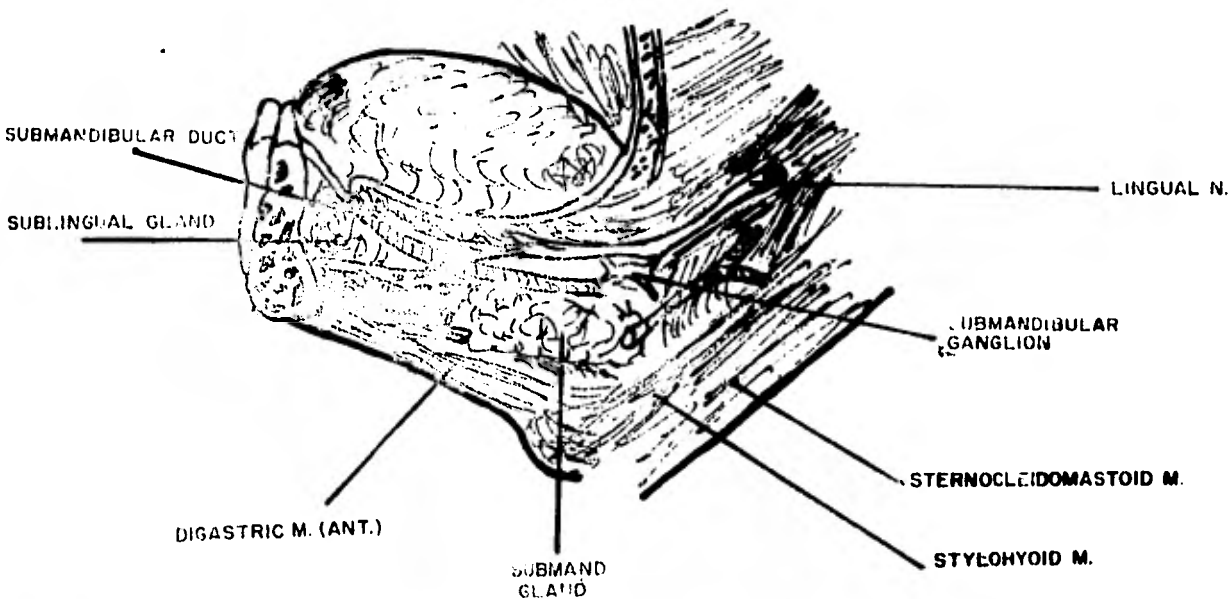
Esta glándula a diferencia de la parótida y submaxilar no esta netamente encapsulada, son glándulas tubuloalveolares compuestas de tipo mixto, difieren de las submaxilares — en que la mayor parte de sus alveolos son de tipo mucoso.

En algunas zonas solo pueden observarse unidades secretorias de moco y unidades mucosas con medias lunas serosas. Los tabiques de tejido conectivo también suelen ser más manifiestos que en la parótida o en la submaxilar.

Irrigación: Por medio de una rama de la arteria lingual y de la rama submental de la facial

Inervación: Sensitiva por el V simpático, por el ganglio cervical superior y parasimpático por el VII. El conducto cruza a nivel del tercer molar debajo del nervio lingual y a nivel del segundo molar por arriba relacionandose con la arteria maxilar externa, la vena y nervios faciales

Salivary Glands



GLÁNDULAS SALIVALES MENORES

Son grupos de ácinos mucosos fijos a pequeños conductos que terminan en cavidad bucal, se encuentran diseminados en la membrana mucosa de la boca. En ocasiones se agrupan como las situadas debajo de la lengua y sus conductos emergen en áreas pequeñas, son glándulas superficiales y se encuentran por debajo de la mucosa, lubrican los labios, las mejillas, el paladar y la lengua, son fundamentales para el habla la masticación y la deglución, pues la capa mucosa evita o reduce los traumatismos tisulares.

Glándulas labiales: están situadas en los labios cerca de la superficie interna de la boca, son de tipo mixto, tamaño variable, dispuestas en la submucosa, donde se puede palpar fácilmente, no están encapsuladas. A pesar de ser mixtas con buen número de porciones terminales pueden contener únicamente células mucosas.

Glándulas bucales menores: son continuación de las labiales en la mejilla por lo tanto muy parecidas a las labiales. Se designa con el nombre de glándulas molares a aquellas glándulas que se encuentran en las proximidades de la papila del conducto de Stenon y que drenan a la región del tercer molar.

Glándulas glosopalatinas: estas son mucosas, se localizan en la región del istmo y pueden considerarse como continuación atrás de las glándulas sublinguales menores. Se encuentran también en el paladar blando, para llegar a fusionarse con las palatinas, también pueden llegar a observarse en la cara lingual de la zona retromolar mandibular.

Glándulas palatinas: se encuentran en el paladar duro, blando y úvula. Están compuestas de conglomerados glandulares independientes, en número de 250 en el paladar duro, 100 en el paladar blando y 12 en la úvula aproximadamente son de tipo mucoso.

Glándula lingual anterior: se encuentra en el espesor de la musculatura de la cara inferior de la lengua, junto a la línea media. La parte anterior de esta glándula es fundamentalmente de carácter mucoso, en la parte posterior hay túbulos ramificados con células mucosas cubiertas por semilunares de células serosas. Esta glándula también se denomina de Blandin-Nuhn.

REFERENCIAS ANATOMICAS

Glándula Parótida: se encuentra sobrepuesta al músculo masetero, hacia arriba se extiende hasta el conducto auditivo, hacia abajo se extiende hasta el borde inferior de la mandíbula o mas allá del mismo, por su parte posterior se pliega sobre sí misma alrededor del borde posterior de la mandíbula, por su parte anterior se extiende dentro de la bola adiposa de Bichat de la cual se desprende su conducto excretor.

Glándula Submaxilar: hacia abajo se extiende hasta el músculo digástrico, en la parte superior hacia el músculo milohiideo, por la parte anterior hasta la mitad del cuerpo de la mandíbula, por la parte posterior hasta el ángulo del maxilar inferior, hacia afuera por el borde interno de la mandíbula, hacia adentro por el músculo hiogloso, porción inferior y externa por piel y músculo cutáneo del cuello.

Glándula Sublingual: su punto de referencia es un puente llamado plica sublingual que corre en dirección antero posterior en el piso de la boca.

COMPONENTES DE LA SALIVA

La saliva es una mezcla de la secreción de las glándulas salivales parótida, submaxilar, sublingual y en menor grado de las glándulas bucales.

La saliva es un líquido incoloro, transparente, algo viscoso, insípido, inodoro, algo espumoso y muy acuoso. La composición depende de la estimulación y de la secreción comparativa de las diversas glándulas.

El volúmen secretado en 24 hrs varía mucho de acuerdo al ingreso de agua, tipo de alimentos que se ingieren y la masticación pero está en un promedio de 1500 cm³

Contiene:

99.4gr de agua

1gr de sólidos en suspensión

5gr de sustancias disueltas de las cuales 2gr son de material inorgánico y 3gr de material orgánico.

Material inorgánico: iones de sodio, potasio, calcio magnesio, cobre, cobalto, cloruro, fosfato, azufre, fluoruro, bromuro yoduro, hierro, fenol, oxígeno, nitrógeno y bióxido de carbono, cantidades insignificantes de tiocianatos.

Material orgánico: enzima ptialina (amilasa salival), enzima mucina, urea, glucosa, ácido láctico, enzimas como fosfatasa, anhidrasa carbónica, vitaminas. hormonas (estrogénicas y gonadotróficas hipofisiarias)

Mucina: es una enzima secretada principalmente por las glándulas sublinguales y en menor medida por las submaxilares.

Aamilasa Salival: es una enzima que proviene en su mayor

parte de las parótidas, cuya secreción de mucina es escasa o nula.

La concentración de úrea esta en razón directa de la -
del plasma sanguíneo.

FUNCIONES DE LA SALIVA Y pH SALIVAL

La saliva presenta un pH de 7 (neutro) con tendencia a la acidez.

Funciones de la saliva:

1)humedece los alimentos y les brinda una consistencia adecuada para ser deglutidos.

2)lubrica el bolo alimenticio para su paso por el esófago.

3)la acción solubilizante en cuanto a alimentos secos ayuda a estimular los nervios gustativos, que a su vez participan en la secreción de jugo gástrico.

4)función bactericida ya que arrastra numerosos microbios.

5)función protectora y defensiva.

6)elimina agentes irritantes

la secreción actúa eliminando productos de los intercambios orgánicos y productos introducidos en el organismo como los medicamentos, actúa eliminando urea, ácido úrico, y ciertas hormonas.

7)En el metabolismo de los glúcidos es importante el papel que hacen las glándulas salivales y sus relaciones con el páncreas. Se observa un aumento del tamaño parotídeo en los diabéticos en un intento de compensación.

Las investigaciones clínicas han puesto de manifiesto la existencia de hipertrófias parotídeas en la cirrosis, el alcoholismo, y la conocida relación entre parotiditis y orquitis.

8)El papel digestivo de las enzimas salivales es dudoso.

so. La amilasa hidroliza el almidón produciendo maltosa en medio alcalino o ligeramente ácido.

9) lubrica y humedece la mucosa bucal y labios con lo cual facilita la articulación, esta función es continua ya que se evapora y es deglutida.

CAPITULO II
PATOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES

PATOLOGIA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

Las patologías de las glándulas salivales tanto principales como accesorias son importantes para el dentista y médico general, ya que los trastornos locales pueden significar una enfermedad general con fatales consecuencias.

Existen diversas patologías en las que se observen trastornos de las glándulas salivales entre los que se pueden citar padecimientos neoplásicos, lesiones linfoepiteliales benignas, defectos del desarrollo, bloqueo de conductos, parotiditis epidémica, infecciones específicas e inespecíficas, también se pueden presentar trastornos funcionales en el aumento o disminución del flujo salival.

A pesar de la complejidad de la fisiopatología de las glándulas salivales, las manifestaciones clínicas son casi siempre lo bastante características para establecer un diagnóstico de presunción con una exactitud razonable.

Tomaremos en cuenta que para poder establecer un diagnóstico razonable es indispensable: La historia clínica cuidadosa con antecedentes detallados y exploración física, debe comprender estudios específicos de las glándulas principales y de sus productos de secreción, en ciertos casos puede indicarse la biopsia, sialografía secretoria etc.

CLASIFICACION DE LOS PADECIMIENTOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

- 1) Defectos del desarrollo: falta de uno o varios pares de glándulas salivales.
- 2) Trastornos funcionales de las glándulas salivales
 - a) aumento de secreción salival (sialorrea)
 - b) disminución de secreción salival (asialorrea o xerostomía).
- 3) Obstrucción del flujo salival a consecuencia de:
 - Masas calcáreas u orgánicas o moco espesado en los conductos salivales.
 - a) Sialadenitis aguda
 - b) Sialadenitis crónica
 - c) Sialolitiasis
 - d) Sialoangectasia
- 4) Padecimientos infecciosos específicos de las glándulas salivales.
 - a) infecciones virales: parotiditis epidémica (paperas)
 - b) infecciones bacterianas de origen exógeno (tuberculosis)
 - c) infecciones micóticas de origen exógeno (actinomicosis)
 - d) infecciones por espiroquetas de origen exógeno (sífilis)
- 5) Enfermedades de la colágena, o de origen autoinmune, que producen inflamación y atrófia.
 - a) síndrome de Sjogren
 - b) fiebre uveoparotídea

- c) enfermedad de Mikulicz
- d) parotiditis recurrente inespecífica
- 6) quistes de las glándulas salivales:
 - a) quistes verdaderos
 - b) mucocelos
 - c) quistes por retención superficiales y ránula
- 7) Neoplasias de las glándulas salivales
 - A) Neoplasias Benignas
 - a) adenoma pleomorfo
 - b) cistadenoma linfomatoso papilar
 - c) adenoma oxífilo
 - d) adenoma de células acinosas
 - e) adenoma de células sebáceas
 - f) lesión linfoepitelial benigna
 - B) Neoplasias Malignas
 - a) adenoma pleomorfo maligno
 - b) adenocarcinoma
 - c) carcinoma quístico adenoideo
 - d) adenocarcinoma de células acinosas
 - e) formas miscelaneas
 - f) carcinoma mucoepidermoide
 - g) carcinoma epidermoide
- 8) Infecciones piógenas agudas de las glándulas salivales
 - a) como complicación de una intervención quirúrgica
 - b) por obstrucción del conducto salival.

DEFECTOS DEL DESARROLLO

1) Ausencia congénita de glándulas salivales:

La disminución o la desaparición de secreción salival predispone a la caries dental. Estos pacientes necesitan en ocasiones humedecerse la boca en repetidas ocasiones.

2) Glándulas aberrantes:

Es cuando se desarrolla tejido glandular salival en lugares en los que no se presenta normalmente (región cervical, ganglios linfáticos intraparotídeos y para parotídeos), o si el tejido glandular salival está aislado y no tiene conducto excretor, aparte de aberrantes se les llama heterotópicas.

3) Malformaciones:

Las glándulas salivales pueden ser hipoplásicas o hiperplásicas. Se ha observado raramente la aplasia total de una o de todas las glándulas salivales.

4) Conductos excretores accesorios:

5) Divertículos:

Son malformaciones verdaderas cuando se hallan en el recién nacido.

6) Fístulas:

Las fístulas de las glándulas salivales mayores casi nunca son consecuencia de una malformación aislada del sistema excretor salival; a menudo implica una formación anormal de los arcos branquiales. Las fístulas branquiales congénitas faciales o cervicales pueden ser completas o incompletas, según que el orificio del conducto sea permeable o no. Estos conductos branquiales pueden atravesar las glándulas.

salivales, especialmente la parótida o bien estar meramente en contacto con ellos.

TRASTORNOS FUNCIONALES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

A) Aumento de secreción-Sialorrea

1) Es normal en la infancia y la niñez, en particular al brotar los dientes; acompaña a los estímulos intensos de sentidos especiales, como durante la espera de los alimentos.

2) Los niños con macroglosia, faringitis aguda o algún - trastorno que altere las funciones de mandíbula, lengua o fa - ringe presentan tendencia al babeo.

3) Variedades agudas de estomatitis, incluyendo la gingivo estomatitis herpética primaria, la estomatitis ulcerosa - necrótica, el pénfigo vulgar, el penfigoide benigno y las es - tomatitis por metales.

4) Después de la colocación de prótesis algunos pacien - tes se quejan de aumento de secreción salival durante 1 o 2 semanas.

5) La secreción salival también aumenta cuando el esto - mago esta vacío.

6) Efecto de ciertos fármacos

7) Durante embarazo, rabia, epilepsia.

B) Disminución de la secreción salival (asialorrea o xe - rostomía).

La xerostomía se puede presentar por varios factores - como son:

1) Administración de fármacos

2) Enfermedades generales

3) Estados fisiológicos: menopausia, senectud, trastornos - de la inervación glándular

4) Uso de prótesis

5)Factores psíquicos

6)Lesiones glandulares-irradiación

1)Administración de fármacos como:

Los fármacos utilizados contra la hipertensión.

En ciertas ocasiones la administración de clorpromacina produce boca seca con sensación de ardor, mal sabor de boca persistente, también influye la administración de bautina y los antihistamínicos. La belladona, atropina, efedrina y fármacos semejantes ejercen también un efecto depresor importante sobre la secreción salival.

2)Enfermedades generales:

Enfermedades generales como hipertiroidismo o el diabético no controlado, neumonía, fiebre tifoidea, después de infecciones pulmonares por virus, deficiencia severa de vitamina-A, complejo B. En sí se presenta en enfermedades acompañadas de temperatura alta o deshidratación.

3)Estados fisiológicos:

Estos estados pueden ser menopausia, senectud, trastornos de inervación glandular.

La xerostomía es normal en el anciano y generalmente se acompaña de disminución de otras secreciones corporales como son en el estómago, piel, etc.

4)Uso de prótesis:

En ciertos pacientes se presenta una xerostomía transitoria al colocar por primera vez una prótesis completa. Es muy molesta una xerostomía ver adiera en un sujeto que usa una prótesis ya que esta no permanece en su lugar se puede presentar irritación de la mucosa en el lugar en el cual --

tiene contacto con la prótesis.

5) Factores psíquicos:

Entre estos factores psíquicos se encuentran el miedo-
excitación, ansiedad extrema, neurosis, depresión, etc.

6) Lesiones glandulares:

La xerostomía se puede deber a la falta de desarrollo
o aplasia congénita de las glándulas salivales, raramente e-
xiste una ausencia congénita de una o varias glándulas mayo-
res o de sus conductos excretorios, los pacientes con cual-
quiera de estas alteraciones muestran boca seca durante la-
infancia, aumenta la tendencia a la caries dental, ya que la-
secreción salival ayuda al arrastre y al no existir en can-
tidades normales los dientes no tienen la autolimpieza nece-
saria. También se observa boca seca si es destruida la subs-
tancia glandular secretoria por enfermedad o por irradia-
ción.

**OBSTRUCCION DEL FIANJO SALIVAL A FRECUENCIA DE MASAS CALCA
REAS U ORGANICAS O MOCO ESPESADO EN LOS CONDUCTOS SALIVALES**

1) Sialadenitis:

Es un termino amplio que se usa para describir las in-
flamaciones no específicas de las glándulas salivales, inclu-
yendo la sialodoquititis y la sialolitiasis.

Existe sialadenitis aguda y crónica

A) Sialadenitis aguda:

Es cualquier inflamación aguda, hay tumefacción, sensibi-
lidad unilateral, aumento de temperatura, en ocasiones presen-
cia de pus en el conducto producido por diferentes microor-
ganismos como pueden ser: **streptococos salivarius, streptoco-
cos viridans, diplococos y streptococos aureus.**

a) Sialadenitis aguda de la glándula submaxilar:

Es más rara que la de la parótida y sus síntomas gene-
rales son los mismos que los de la parotiditis. Localmente-
se imponen ante todo la tumefacción considerable del suelo-
de la boca y las perturbadoras molestias de la deglución. El
trismus es de ordinario menor que en la parotiditis. Desde
el punto de vista etiológico hay que atenerse a los mismos-
principios que en la parotiditis aguda.

b) Inflamación aguda de la glándula sublingual:

Es muy rara, los síntomas generales y locales subjetivos
son parecidos a los de la sialadenitis submaxilar aguda
Hasta se observa con mayor frecuencia el depósito fibrinoso
de la papila correspondiente con estado de tumefacción de-
la región sublingual afectada, esta determina la elevación
de la lengua con cierto grado de inmovilización y los --

trastornos fonéticos correspondientes.

Sialoadenitis crónica:

Se observa en particular en la glándula submandibular como secuela de la litiasis salival. En la más rara sialoadenitis crónica de la parótida observamos alteraciones del conducto de Stenon y del arrastre del sistema excretor. Entonces existe también un lento engrosamiento y endurecimiento de la glándula, con disminución de la función secretoria. Se habla de una sialodocitis cuando los fenómenos llaman sobre todo la atención a nivel del conducto excretor principal

Sialoadenitis crónica de la glándula submandibular:

Se reconoce en el engrosamiento secundario y en el endurecimiento del tejido glandular del órgano. En el conducto de Wharton se aprecian las alteraciones típicas con ectasia del conducto principal que teníamos en la parotiditis crónica, pero no siempre constituye el síntoma sobresaliente. Los fenómenos clínicos son parecidos a los de la parotiditis crónica. Las reiteradas exacerbaciones dolorosas condicionan más bien alteraciones en el órgano glandular y en su vecindad. El tejido intersticial ostenta infiltrados celulares, o cicatrización, el parénquima glandular se halla rechazado y atrófico, proceso que conoceremos por numerosas descripciones histológicas. La glándula salival, que de ordinario es bien desplazable, termina por soldarse con los tejidos limítrofes consecutivamente a las retiradas exacerbaciones determinantes de alteraciones cicatrizales.

SIALOLITIASIS

Sialolito calcáreo salival

Los cálculos salivales son, en parte, causa y, en parte, consecuencia de las enfermedades de las glándulas salivales. Se han averiguado las frecuencias siguientes:

a) glándula submandibular 83%; b) glándula parótida 10%; y glándula sublingual 7%.

Características de los cálculos salivales:

Los componentes principales son los fosfatos y carbonato de calcio (como aratito) y una matriz orgánica, entre otras cosas mucopolisacáridos. La consistencia puede ser blanda y quebradiza o dura, su superficie lisa o tuberosa, y el tamaño desde el de la cabeza de un alfiler a una cereza.

Sialolitiasis de la glándula submandibular:

Diagnóstico

Síntoma anamnéstico indicador es la tumefacción y el dolor a la compresión sobre la glándula submandibular, durante las comidas. En la exploración no se recogen en el intervalo en ciertas circunstancias, ningún hallazgo patológico a la palpación. Una provocación de la secreción salival pone de manifiesto la patología en la glándula. Con frecuencia se encuentran signos de alteraciones como en la sialoadenitis mandibular o en el quiste sublingual. Los cálculos radican casi siempre en el conducto excretor o en el hilio de la glándula y, con frecuencia, son palpables. La comprobación radiológica se efectúa con una radiografía del punto del suelo de la boca, o la radiografía lateral calcárea de la mandíbula. Los pequeños cálculos sólo se demuestran con una -

bueno técnica (calidad blanda de los rayos, corto tiempo de exposición).

Tratamiento:

Los ensayos de promoción de un cálculo salival por la excitación de la secreción de la saliva sólo prometen, a lo sumo, éxito en las concreciones como granos de sémola. Los cálculos de los conductos excretores se eliminan quirúrgicamente. Para ello se introduce una sonda en el conducto excretor, se busca y se extrae el cálculo bajo la guía de la sonda. Para asegurar el vaciamiento, se aplica un delgado tubo de polietileno o PVC en el muñón central del conducto excretor, se fija en el ostium por un punto de sutura mucoso y se deja puesto durante unos diez días. Tras la ablación del cálculo salival se intenta tratar conservadoramente la sialoadenitis concomitante. Cuando se fracasa o en caso de recidivas reiteradas calculosas está indicada la extirpación de la glándula. En los cálculos del hilio o de la glándula, hay que sopesar la conveniencia de la extirpación primaria de la glándula.

Sialolitiasis parotídea:

Diagnóstico

Tumefacción de la glándula parótida y dolor a la compresión durante las comidas. En el asiento intraglandular existe una tumefacción circunscrita y dolorosa a la presión; para los cálculos en el conducto excretor, síntomas como en la parotiditis aguda, subaguda con exacerbaciones o crónica. Las radiografías de las partes blandas con aplicación a intrabucal o la radiografía de contacto con aplicación a la parótida-

enferma al chasis confieren, sólo en una parte de los casos, a la visualización de la piedra.

En algunos casos durante la sialografía se puede reconocer el cálculo por una detención.

Tratamiento:

Búsqueda del cálculo, desde bucal, tras aplicar una sonda en el conducto excretor. Cuando existe una parotiditis, -- tratamiento conservador. Sólo en caso de inflamaciones crónicas recidivantes y tras fracasar el ensayo de tratamiento conservador está indicada la parotidectomía conservadora.

Sialolitiasis sublingual:

Diagnóstico

Síntoma indicador son las molestias inflamatorias circunscritas en el pliegue sublingual, a menudo con edema colateral concomitante, en tanto quepa excluir una causa odontogena. La delimitación de pequeños cálculos en el conducto de Wharton sólo es posible con frecuencia tras el sondaje del mismo y la palpación consecutiva. Comprobación radiológica -- por radiografía de conjunto del suelo de la boca.

Tratamiento:

Extirpación del cálculo y, caso necesario, tratamiento conservador adicional de la sialoadenitis.

Sialoanrectasia:

La palabra denota dilatación intensa de la glándula y su sistema de conductos, debida a estasis de la secreción salival ocasionada por obstrucción. La causa más común o frecuente es un sialolito, aunque puede depender de una simple constricción. Es relativamente frecuente una larga historia de infección crónica sin causa aparente, en casos con dilatación extensa de este tipo.

El pronóstico para estas glándulas es malo, ya que su evolución natural es la de ataques repetidos agudos que finalmente llevan a extirpar la glándula.

PADECIMIENTOS INFECCIOSOS ESPECÍFICOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

A) Infecciones víricas: Parotiditis epidémica.

La parotiditis epidémica también es conocida con el nombre de paperas y orejones, es una infección vírica de la parotida, se presenta 60% de parotiditis bilateral y un 30% de parotiditis unilateral.

Virus: Mixovirus parotiditis

Vía de contagio: Gotitas de Flugé

Período de incubación: de 16-18 días

Signos prodrómicos: Inflamación, enrojecimiento de los conductos, anorexia, dolor de espalda y músculos, escalofrío, vómito, fiebre.

Inicio de la enfermedad: Dolor intenso urente y punsante, se asienta más con movimientos mandibulares, el dolor va del músculo esternocleidomastoideo al lobulo de la oreja.

Síntomas: Se presenta fiebre que va de 37°C hasta 40°C, esta fiebre desaparece a los cinco días, se presenta xerostomía, en ocasiones se inicia con inflamación submaxilar.

Datos de laboratorio: Aumento de leucocitos, la fórmula blanca aparece casi inalterada

Diagnóstico diferencial: Se tienen que delimitar en este estadio las inflamaciones de los ganglios linfáticos cervicales situados altos, y, a veces, también los preauriculares (inespecíficas o específicas) así como la mastoitis (dolor a la presión sobre la mastoidea, otoscopia).

Complicaciones: Orquitis, pancreatitis, ovaritis, encefalitis, meningitis, otitis, mastitis, cuando la parotiditis se presenta en niños no hay riesgo de esterilidad, ya que los orna--

nes genitales no se han formado aún.

Terapéutica:

1) Reposo absoluto en cama en tanto existan fiebre e inflamación de las glándulas parótidas, a fin de prevenir complicaciones (10 a 14 días).

2) Cuando el progreso adopta forma grave, suero de convalecientes ya que transmiten anticuerpos (40 a 80 ml), o gamma-globulina que ayuda a producir anticuerpos propios

3) Uso de corticoesteroides en casos graves

4) Calor a través de rayos infrarrojos

5) Higiene bucal para evitar infecciones ascendentes secundarias.

Pronóstico favorable en un 80%.

B) Infecciones bacterianas de origen exógeno (Tuberculosis)

Se presenta como:

a) Como forma secundaria hematogena infiltrativa-diseminada.

b) Como forma circunscrita nodosa en el sentido de un complejo primario

c) Como forma terciaria.

Diagnóstico: Se trata de una tumefacción glandular inespecífica, casi siempre indolora y, en el estadio precoz, sin trastornos secretorios.

El diagnóstico se establece casi siempre mediante el examen histopatológico. Las alteraciones electrolíticas y los hallazgos en la extensión de la saliva del cateterismo corresponden a los de los procesos inflamatorios inespecíficos. La citología es atípica, desde el punto de vista bacteriológico se encuentran en parte, bacilos tuberculosos. La sialografía no aporta en opinión de la mayoría de los autores ningún hallazgo significativo de la tuberculosis, aún cuando algunos describen hallazgos que se señalan como típicos.

Tratamiento: En las enfermedades tuberculosas de la parótida de la parótida, terapéutica por los tuberculostáticos (internista). En la tuberculosis de la glándula submandibular tras la declinación de la inflamación aguda, extirpación de la glándula bajo la protección de los tuberculostáticos.

Tratamiento y Pronóstico: El tratamiento consiste en la -
excisión quirúrgica. Algunos cirujanos prefieren la enuclea---
ción y otros cuando la lesión es parotídea se inclinan por la
remoción íntegra del lóbulo afectado. Las lesiones intraorales
suelen ser tratadas mediante excisión conservadora. Estos ade-
nomas son radiorresistentes por lo que el tratamiento a base-
de radiaciones no es aconsejable.

Cistadenoma Linfomatoso Papilar

(Tumor de Warthin - Adenolinfoma)

El Cistadenoma linfomatoso papilar se presenta casi exclusivamente en la parótida, aunque han sido comunicados algunos casos en la glándula submaxilar.

Histogénesis: Este tumor deriva de elementos epiteliales de los conductos parotídeos incluidos dentro de los ganglios-linfáticos y son debidos a la proliferación neoplásica de los elementos epiteliales de los conductos parotídeos y la acumulación concomitante de tejido linfoide.

Características Clínicas: Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino en una relación de 6 a 1 y en cuanto a la edad más frecuente a los 55 años en los hombres y a los 50 años en las mujeres, con un promedio de duración de los sintomas de 3 1/2 años en los hombres y 2 años en las mujeres

Este tumor es bastante superficial, justo por debajo de la cápsula parotídea o en protrusión a través de ella. Rara vez alcanza esta lesión un tamaño superior a los 2 o 3 cm de diámetro, es redondo, liso, encapsulado, firme a la palpación y de crecimiento lento.

Tratamiento: excisión quirúrgica. En este caso no hay peligro de dañar al nervio facial ya que este tumor es superficial y pequeño, por la característica que tiene de estar encapsulado rara vez recidivan.

Adenoma Oxífilo

(Oncocitoma-Adenoma Acidófilo)

El adenoma oxífilico es una lesión benigna que suele apa
recer en la glándula parótida, no suele un gran tamaño.

El término oncocitoma deriva de las células de las cu
les está compuesto este tumor y estas células son los oncoci
tos que se localizan en las glándulas salivales, vías respira
torias, mamas, tiroides, páncreas, paratiroides, hipófisis, testicu
los, trompa de Falopio, hígado y estómago.

Características Clínicas: Este tumor aparece en personas
ancianas ya que rara vez se presenta antes de los 60 años, si
gue un curso largo, suele medir de 3 a 5 cm de diámetro y se
muestra como una masa encapsulada y circunscripta que a veces
es nodular. Suele se asintomático.

Tratamiento: El tratamiento de elección es la extirpación
quirúrgica. Este tumor no tiende a recidivar.

Adenoma de Células Sebáceas

Este tumor es muy raro se ha pensado que son simples he
terotopías hiperplásicas de glándulas sebáceas, una forma de
coristoma. En cualquier caso estas lesiones parecen ser benig
nas y como tales se les trata.

Lesión Linfoepitelial Benigna

(Adenolinfoma-Adenoma Linfomatoide)

Esta lesión es poco común pero presenta características inflamatorias y neoplásicas.

Características Clínicas: La lesión linfoepitelial benigna se manifiesta esencialmente como un aumento de tamaño unilateral o bilateral de las parótidas y/o submaxilares, asociado en algunos casos a un leve malestar local, dolor a veces y xerostomía. Los aumentos de tamaño varían en sus dimensiones, pero suelen tener unos pocos centímetros de diámetro. La duración de la masa tumoral puede ir desde unos pocos meses a muchos años. Según los estudios realizados por Godwin, Swinton y Warren este tumor se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino en la mitad de su vida o después.

Tratamiento: Este tumor linfoepitelial ha sido tratado -- por excisión quirúrgica y por radiación. En ambos casos el pronóstico es excelente aunque se puede generar alguna recidiva sin poner en peligro la vida del paciente.

TUMORES MALIGNOS DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

Adenoma Pleomorfo Maligno

(Tumor mixto maligno)

Este tipo de tumor se presenta con menor frecuencia que el adenoma pleomorfo benigno. Aún no se sabe si el adenoma maligno es maligno desde sus inicios o si es benigno y se transforma en maligno.

Características Clínicas: No existen diferencias clínicas entre el adenoma pleomorfo maligno y el benigno aunque se dice que el maligno es mayor pero cada uno varía en su tamaño, por lo que no es bueno tomar en cuenta el tamaño de cada uno para realizar un diagnóstico diferencial. A menudo existe una fijación del tumor maligno a las estructuras subyacentes y también a la piel que lo recubre, y esto es en general válido para las lesiones malignas de las glándulas salivales; además suelen presentar una ulceración superficial y dolor

Tratamiento: El tratamiento es esencialmente quirúrgico, aunque las lesiones que han mostrado una tendencia a la recidiva local son tratadas a veces mediante cirugía e irradiación combinadas.

Estas neoplasias malignas presentan una elevada proporción de recidivas luego de la extirpación quirúrgica, así como una incidencia elevada de involucración ganglionar linfática regional. Con frecuencia se generan metástasis a distancia a los pulmones, huesos, víceras y cerebro.

Carcinoma Quístico Adenoideo

(Cilindroma-Carcinoma Adenoquístico-Carcinoma Adenoquístico - de Células Basales-Carcinoma Seudoadenomatoso de Células Basales-Tumor Mixto Basaloideo)

El carcinoma quístico adenoideo es una forma de adenocarcinoma suficientemente diferenciada como para respaldar una separación en la clasificación de los tumores glandulares malignos.

Características Clínicas: Las glándulas más involucradas son la parótida, la submaxilar y las palatinas accesorias. Este tumor se produce con mayor frecuencia entre la quinta y sexta década de vida aunque no es raro que se presente en la tercera década. Existe dolor local precoz, parálisis del nervio facial en los tumores parotídeos, fijación a las estructuras más profundas e invasión local.

Tratamiento: El tratamiento es quirúrgico combinado con radiación. Este tumor es una lesión de crecimiento lento que tiende a dar sus metástasis sólo muy tarde en su evolución. La involucración ganglionar cervical se produce eventualmente en el 30% de los casos y las metástasis en pulmones, huesos y cerebro aparecen en una elevada proporción de pacientes.

Adenocarcinoma de Células Acinosas

(Carcinoma de Células Serosas o Acínicas - Adenocarcinoma)

Este tumor surge a partir de células acinosas por lo que a un grupo de estos tumores se les ha denominado tumores de células acinosas.

Características Clínicas: Este tumor es semejante al adenoma pleomorfo en el aspecto macroscópico, con tendencia al encapsulamiento y lobulación. El tumor de células acinosas predomina en las personas de edad media o algo mayores, pero ha sido visto antes de los 20 años. Se ha visto que presenta una recidiva del 50%. En diversas ocasiones los pacientes con estos tumores generaron metástasis a distancia, aun pulmonares, y fallecieron a causa de su enfermedad.

Tratamiento: Al igual que en los otros tumores el tratamiento es quirúrgico que consiste en una parotidectomía subtotal, con cuidado de no romper la cápsula. La recidiva es de una frecuencia alarmante.

Adenocarcinoma de Formas Misceláneas

Varía su naturaleza de los carcinomas sumamente anaplásicos hasta las lesiones moderadamente bien diferenciadas, tales como el adenocarcinoma de células mucosas o adenocarcinoma de patrón pseudoadamantino, es decir constituido por células cilíndricas con supererxia de ameloblastos y fermen en evolución. Estas lesiones generalmente tienden a un crecimiento rápido y actúan muy agresivamente.

Tratamiento: Es a base de excisión quirúrgica, existe un enorme índice de recidivas y el número de supervivencias de pacientes con este tumor es bajo.

Carcinoma mucoepidermoide

Este tumor fué descrito por primera vez por Stewart, Foote y Becker en 1945. Esta compuesto por células mucosecretoras y células del tipo epidermoide en proporciones variables.-----

La mayoría aparecen en la parótida, aunque también pueden alojarse en las otras glándulas principales y en las accesorias,

Este tumor se presenta con mayor frecuencia durante la cuarta y sexta década de la vida aunque se ha llegado a observar en niños, no existiendo predilección de sexo.

El tumor de bajo grado de malignidad se presenta como una masa indolora que aumenta lentamente de tamaño y simula el adenoma pleomorfo, rara vez excede los 5 cm de diámetro, no está totalmente encapsulado y a menudo contiene quistes que pueden estar ocupados por un material mucosoide, viscoso. Los tumores intraorales aparecen a veces en paladar, mucosa vestibular y zona retromolar.

El tumor de alto grado de malignidad crece con rapidez y el dolor es un síntoma precoz del mismo. En los tumores parotídeos es frecuente la parálisis del nervio facial. El carcinoma mucoepidermoide no está encapsulado, sino que tiende a infiltrar los tejidos circundantes y, en una elevada proporción de casos, da metástasis en los ganglios regionales. También son comunes las metástasis a distancia a pulmón, hueso, cerebro y tejido subcutáneo.

Tratamiento: El tratamiento es quirúrgico y se emplea la radiación para los tumores de alto grado de malignidad.

Carcinoma Epidermoide

(Carcinoma de Células Escamosas)

Este aparece durante la sexta y la séptima décadas de la vida, significa un pronóstico grave, pues muestra marcadas propiedades infiltrativas, da metástasis tempranas y recidivas -- con facilidad, Se presenta con más frecuencia en las glándulas principales en particular en la parótida y submaxilar.

Características clínicas: Es un tumor no encapsulado, presenta una dureza petrea y se encuentra fijo a los tejidos subyacentes, puede ulcerarse, los bordes del tumor son indistintos existe parálisis del nervio facial.

Tratamiento: Se combinan la cirugía con la radioterapéutica, ya que la metástasis ganglionar es tan común a menudo se lleva a cabo una disección radical del cuello con eliminación de la cadena linfática local siempre que la lesión primaria se encuentre bajo control.

CAPITULO III
METODOS DE DIAGNOSTICO

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

1) Examen Clínico de las Glándulas Salivales:

Diagnóstico Clínico: Es la identificación de una enfermedad, o alteraciones anatómicas y funcionales que el agente morbozo ha producido en el organismo, basada solo en la observación y valoración de los signos y síntomas clínicos de la entidad patológica, los que son observables con los ojos o palpables manualmente, sin acudir a datos o información de otro origen.

a) **Inspección:** Es importante recordar que tanto las glándulas submaxilares como las parótidas tienen ganglios linfáticos adyacentes y dentro de la estructura glandular misma.

Las tumefacciones de la glándula parótida se reconocen por una comparación de simetría. El síntoma más neta de una tumefacción de toda la glándula es la separación hacia fuera de la inserción del lobulillo del oído. Las alteraciones de la glándula sublingual se reconocen con frecuencia por inspección, y, con menor nitidez, las tumefacciones de la glándula submandibular. No se debe omitir la inspección de la mucosa (pequeñas glándulas salivales).

b) **Palpación:** El examen de la glándula submandibular exige una palpación bimanual cuidadosa extra e intrabucal. A este respecto, se palpa la glándula submandibular con uno o dos dedos introducidos en la boca y la otra mano aplicada por fuera sobre la región submandibular. Esta glándula, su hilio glandular y parte del conducto excretor pueden ser bien estudiados de este modo.

c) **Examen de Secreción Salival:** Se procede al secamiento-

relativo de la papila salival bucal (para la parótida) y de la papila salival sublingual (para la submandibular) una vez más se practica el masaje de la glándula a investigar, desde el polo dorsal de la glándula al conducto excretor, con movimientos energicos o estimulación psiquicoquímica mediante alguna substancia ácida como el limón. Se estudia la secreción que surge si es clara, viscosa, gelatinosa o purulenta.

Cultivo

El examen bacteriológico mediante cultivo o ensayo es importante para descartar o aceptar ciertas enfermedades, así como para realizar antibiogramas para obtener un buen éxito terapéutico. Se toma el material de examen con precauciones de esterilidad aplicando un catéter de plástico al conducto excretor (tubo de polietileno de 2 mm de diámetro, 1 mm de diámetro de luz, ligeramente apuntado en el extremo; introducido bastante en el conducto) el material obtenido se coloca en un tubo de ensayo o en una caja con gel esteril bien tapados y se envía a un instituto bacteriológico para su estudio

Biopsia

Es el método preferido para establecer el diagnóstico definitivo de una lesión oral. Es importante obtener una porción representativa del tejido anormal, y donde sea posible también del tejido normal.

Existen varios tipos de biopsias como son:

Biopsia por excisión: en esta se mueve la lesión entera con un pequeño borde de tejido normal.

Biopsia por incisión: en esta se remueve solo una parte de la lesión junto con un pequeño borde de tejido normal.

Biopsia Transoperatoria : esta se realiza durante el acto quirúrgico.

Biopsia por aspiración: es la toma de un cilindro de tejidos: En una cánula para biopsia de bordes agudos se extrae un cilindro de tejidos. Con una jeringa Record se produce un vacío, se retira la cánula con el cilindro de tejidos y éste se fija en seguida en formalina. Este procedimiento -

se tiene que realizar con mucha precaución ya que se corre - el peligro de lesionar las ramas del nervio facial.

La biopsia tiene como finalidad:

a) Determinar, confirmar o descartar el diagnóstico clínico y orientar mejor nuestro plan de tratamiento

b) Si ya fué extirpada la lesión determinar si el procedimiento quirúrgico fué el adecuado.

Sialografía

La sialografía es la visualización radiográfica de las ramificaciones de los conductos de las glándulas parótidas o submaxilares mediante la inyección intrabucal de una solución de contraste radiopaca.

Indicaciones: Para la identificación de procesos patológicos extraglandulares, para las alteraciones de los contornos y situación de las glándulas salivales, para alteraciones intraglandulares, para visualizar las estenosis de los conductos, los quistes y las fístulas, para la identificación de cálculos salivales pequeños o insuficientemente calcificados, para determinar la capacidad funcional relativa de la glándula en su porción distal a una obstrucción persistente, la sialografía también ayuda a demostrar y a localizar las neoplasias intraglandulares. En algunas ocasiones puede contribuir a diferenciar una neoplasia benigna de otra maligna.

También se ha empleado con fines terapéuticos ya que la sustancia de contraste que se introduce puede producir dilatación de los conductos y deshacer tapones mucosos o inflamatorios que impiden el flujo salival normal, además algunas soluciones tienen acción antiséptica.

Contraindicaciones: No debe practicarse una sialografía durante una infección aguda de las glándulas salivales ya que se puede agravar la situación.

Técnicas: Primeramente deben localizarse los orificios de los conductos parotídeos y submaxilares. Hay que recordar que el conducto de Stensen se abre en la mucosa de la mejilla próxima a la porción coronal del segundo molar superior, mien

tras que los orificios del conducto de Wharton están situados en la carúncula sublingual, a cada lado del frenillo lingual.

Una vez que se ha localizado la abertura del conducto, se introduce una delgada sonda nasolacrimal. Al penetrar en el conducto de Wharton debe recordarse que dicho conducto tiene una angulación natural inmediatamente después de su orificio. Para salvar este obstáculo se empuja hacia adelante y hacia fuera la cara anterior de la mejilla, distendiendo de esta manera el conducto parotídeo flexible.

La penetración en el conducto de Wharton constituye un problema completamente distinto. La abertura del conducto tiene un diámetro muy pequeño y está localizada en una estructura anatómica extremadamente móvil y no resistente, la carúncula sublingual. Para el sondeo de este conducto son necesarias la paciencia y delicadeza.

Se obtiene la dilatación de la luz del conducto empleando sondas de grosor progresivamente mayor. El objetivo es facilitar el paso a la entrada de una aguja Luerlok roma de calibre 20 a 22. Una vez que ha sido instilada la solución, se retiran la jeringuilla y la aguja y con una compresa de gase se ejerce presión sobre el orificio del conducto para evitar la salida de la solución opaca. El tubo se emplea para sondar el conducto y la solución radiográfica se introduce en la glándula mediante una inyección a través del extremo abierto del tubo. Se cierra después la apertura mediante una pinza hemostática o un palillo dentario. Como el dolor producido es mínimo, no hace falta anestesia. La solución de contraste se

inyecta lentamente, a pequeñas porciones con pausas entre ca
da una de ellas. Cuando el enfermo nota dolor intenso no se -
inyecta más líquido. Se verifica entonces el examen radiográ-
fico.

Radiografía sialográfica: La técnica sialográfica empieza
obteniendo una radiografía de reconocimiento antes de intro-
ducir la solución radiopaca. Esta radiografía inicial puede -
servir para demostrar la presencia de cálculos, calcificacio-
nes glandulares, enfermedades óseas y procesos patológicos ex
traglandulares que pueden ser los causantes de las manifesta
ciones clínicas.

Sialometría

La sialometría es la determinación cuantitativa de la salivación tras un estímulo y sin él.

La sialometría se lleva a cabo introduciendo un fino tubo de polietileno en cada conducto de Stenon pegando el tubo a la cara del paciente con cinta adhesiva transparente y midiendo el flujo durante 20 min. Este es el indicador más preciso del estado de la glándula. Los valores normales están entre 0.1 y 0.7 ml/min. Se estudia entonces mediante fotometría de emisión el contenido en sodio y potasio de esta saliva y por medios fotométricos su contenido en proteínas, valores de K que en los trastornos de la glándula parótida superan los 32 mEq/lt y en la submaxilar los 24 mEq/lt.

Es importante saber que la muestra se debe tomar del conducto directamente mediante el tubo de polietileno para evitar la contaminación bucal.

Característica

Efectos sobre glándulas salivales:

La xerostomía o sequedad de la boca es una de las primeras y más universales quejas de los pacientes que reciben una radiación en cabeza y cuello. Las alteraciones de las glándulas salivales, caracterizadas por disminución y aún completa pérdida de la secreción, pueden producirse en una semana o dos luego del comienzo de la irradiación no existen alteraciones notables en los conductos de las glándulas salivales.

La pérdida de la secreción puede constituir una secuela permanente de la radiación o puede haber un retorno gradual de la salivación, por lo general sólo después de muchos meses

CAPITULO IV
TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS
SALIVALES

TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Dilatación de los conductos excretores

Es imprescindible un detallado y metódico estudio digital, visual y radiográfico, así como una minuciosa historia clínica, si se pretende establecer la causa exacta de la estenosis para descartar traumatismos agudos, sialolitos, tapones mucosos, sialadenitis u otros estados patológicos capaces de obstruir la luz del conducto.

Material necesario

a) suturas de seda 3-0 y 5-0 con adecuados portaguñas y tijeras para suturas

b) sondas romas de plata de diverso calibre

c) anestésico local

d) pinzas de Addison o similares

e) provisión de tubos de polietileno (calibre 19)

f) bisturí con dos o tres hojas de repuesto

g) aparato aspirador

h) esponjas de gasa estéril de 5x5 cm

También se requiere de la presencia de un ayudante.

Técnica

Anestesia mediante el bloqueo del nervio lingual y por infiltración local. Se prepara el piso de la boca y se coloca una sutura con seda 000 bien por debajo del conducto y en ángulo recto con éste, a fin de sostener, elevar y estabilizar la estructura. La sutura se emplea para tracción. Las suturas se atan con fuerza para elevar la estructura permitiendo acceso y visibilidad. Se realiza una incisión por encima del --

conducto llegando a través del antiguo tejido cicatrizal a se-
ta identificarlo. Se bisela el conducto mediante biseción roma
y cortante. Una vez identificado el conducto, debe insertarse
se por él una sonda de plata de punta roma. Se elige el mayor
diámetro de tubo de polietileno que pue a introducirse en el
conducto y se corta un trozo de 1,5 a 2cm de largo. La extre-
midad por insertarse se bisela levemente. Se pasa entonces u-
na sutura por la otra extremidad del tubo que saldrá hacia -
la boca. Esta sutura será empleada eventualmente para anclar-
el tubo al piso de la boca evitando así que salga del conduc-
to. Se practica una incisión en el conducto aislado para per-
mitir la inserción del tubo de polietileno. Si hay tejido ci-
catrizal que impide la liberación del conducto, será necesaa-
rio incidirlo para descubrir su luz. Se procede a insertar el
tubo de polietileno, pero si se tropieza con alguna dificultad
en la introducción del tubo de e retirarse este y penet-
trar el conducto con una sonda. Una vez insertada la sonda a
lo largo de la distancia deseada, se desliza el tubo de polie-
tileno por la sonda y se lo guía suavemente hacia el inte-
rior del conducto. Se retira a continuación la sonda, mientras
se sostiene el tubo en su lugar.

Se toman los extremos sueltos de la sutura de sostén, y-
uno de ellos se enhebra en una aguja de sutura. El objetivo -
es mantener el tubo en el conducto mediante suturas, hasta -
tanto el nuevo orificio de este último se haya cicatrizado -
alrededor del conducto y se haya completado la invaginación-
del epitelio bucal hacia el interior del conducto. Se suiere
que una vez retirado la cánula primaria se instale un segun-

do tubo, la mitad de largo del interior, reteniéndolo hasta -
que haya evidencia neta de una abertura bien epitelizada.

Instrucciones posoperatorias

a) Se pide al paciente que se abstenga de llevar cosa al-
guna a la cavidad bucal mientras la región afectada se en-
cuentre bajo los efectos de la anestesia, para reducir la po-
sibilidad de daño posquirúrgico.

b) seguir dieta blanda, rica en proteínas y calorías mien-
tras se encuentre colocado el tubo de polietileno.

c) Hay que abstenerse de hablar sin necesidad

d) Se le advierte que debe esperar la hinchazón de las -
glándulas submaxilares durante el período de cicatrización.

e) Deben evitarse los alimentos estimulantes de la glán-
dula salival.

f) Los tubos que actúan de cénula deben ser retenidos el
mayor tiempo posible

g) En caso de que se llegara a perder algún tubo este de-
be reemplazarse antes de que haya completa cicatrización.

TRATAMIENTO DE FISTULAS SALIVALES

Las fístulas que drenan hacia el interior de la boca no requieren corrección quirúrgica, generalmente cierran de un modo espontáneo en un período de tiempo de dos semanas a dos meses. La cauterización con fenol líquido al 95% sirve para estimular la cicatrización.

Las fístulas extrabucales de los conductos de la glándula parótida pueden cerrarse liberando la extremidad proximal y transfiriéndola a la mucosa bucal. Las fístulas extrabucales originadas en las glándulas submaxilares y sublinguales exigen por lo general la excisión de estas glándulas.

Las fístulas persistentes de la parótida, requieren la excisión de al menos una porción de la glándula.

SIALOGITOMIA INTRACRAL DEL CONDUCTO SUBMAXILAR

Técnica

Localización del cálculo por medio de radiografías y -- palpación, colocación del paciente en posición sentada, anestesia local, ya que se estableció la anestesia se pasa una sutura a través del piso de la boca por debajo del conducto y de trás del cálculo y se liga para evitar que el cálculo se deslice hacia atrás. Se coloca una pinza de campo a través de la punta y si es necesario también en un lado de la lengua para obtener retracción y control de ésta.

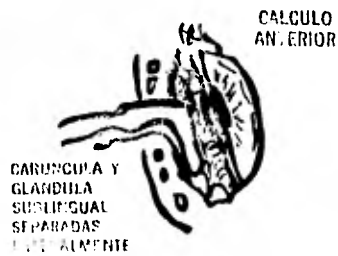
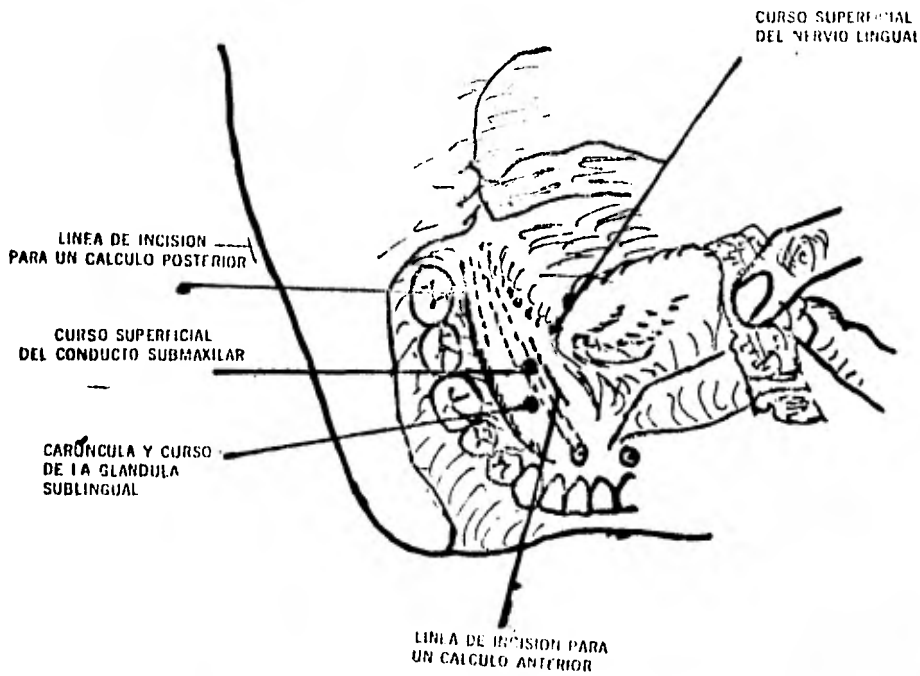
Se palpa la glándula extraoralmente y se empuja hacia arriba, hacia el piso de la boca, para poner los tejidos intraorales en tensión y hacer más fácil la palpación del cálculo

Cuando se hace la incisión, deben tenerse en cuenta dos estructuras: el nervio lingual y la glándula sublingual. Si el cálculo es posterior, la incisión es poco profunda y se emplea disección roma inmediatamente para evitar lesionar al nervio lingual. Si el cálculo es más anterior, la incisión debe hacerse hacia la línea media con respecto a la plica sublingual, de lo contrario el operador encontrará la glándula sublingual entre su instrumento y el cálculo, y una porción de la glándula será seccionada. Por lo tanto, la incisión para un cálculo anterior se hace encima del cálculo y por dentro del pliegue sublingual.

Tan pronto como el operador atraviesa la mucosa, se emplea disección roma. La disección roma continúa por los tejidos laxos hasta encontrar el conducto. El conducto se identifica mejor a nivel del sitio en que el cálculo se ha alojado

Cuando se ha localizado el conducto, se hace un corte longitudinal directamente por encima del cálculo. La abertura debe poner de manifiesto el cálculo y ser larga para permitir sacarlo. El cálculo generalmente puede ser extirpado con una pinza pequeña, pero los cálculos grandes estrellados quizá tengan que ser fragmentados con una pinza. Después de sacar el cálculo, puede pasarse una pequeña cánula aspiradora hacia la glándula para retirar pus, tapones de moco o cálculos satélites que pueda haber. Se pasa después una sonda desde el orificio del conducto hasta la abertura quirúrgica para asegurar la continuidad de la porción anterior del conducto.

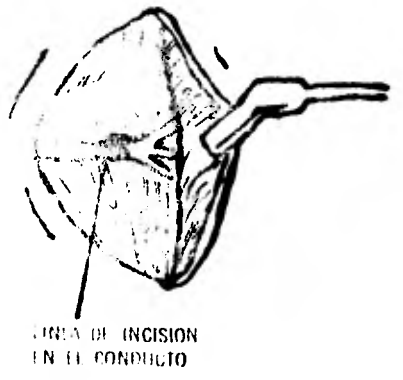
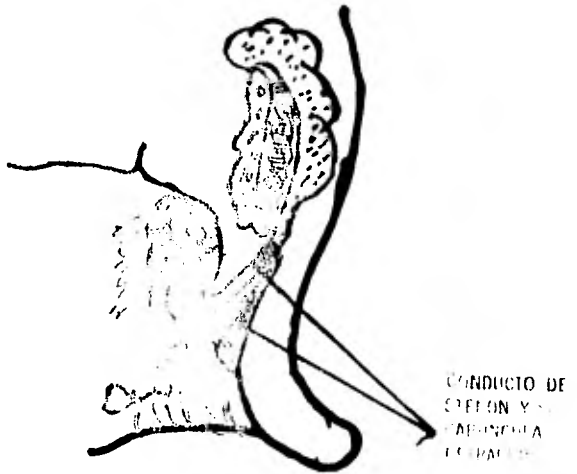
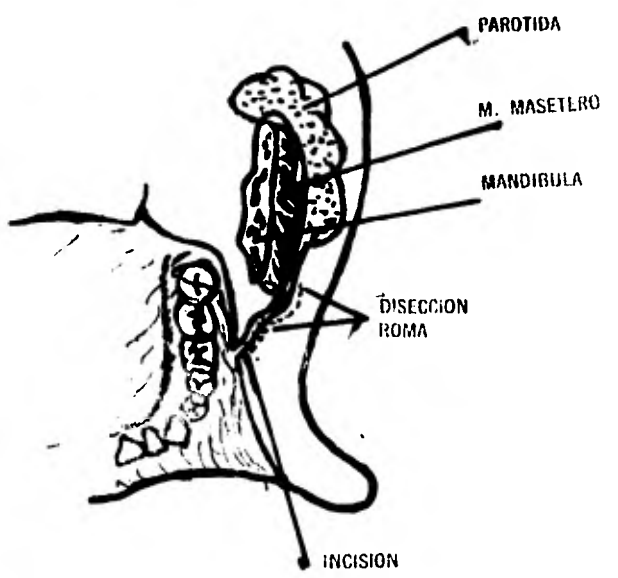
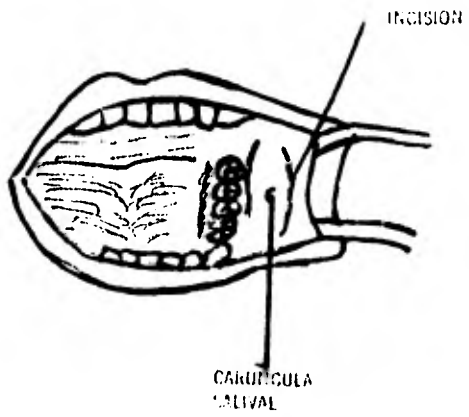
No se hace nada para cerrar el conducto propiamente. Los bordes de la herida se suturan a nivel de la mucosa solamente y la recanalización se efectúa sin ninguna otra intervención.



SIALOLITOMIA INTRACANAL DEL CONDUCTO PAROTÍDEO

El acceso a las calcificaciones del conducto parotídeo es más difícil que en la glándula submaxilar por la anatomía que presenta. La extracción directa de los cálculos del conducto parotídeo sólo es posible cuando están colocados por delante del borde anterior del músculo masetero.

Técnica: Se hace una incisión semilunar de arriba a abajo por delante de la carúncula. La carúncula, el colgajo de la mucosa y el conducto se separan hacia la línea media, el carrillo se empuja hacia afuera y se obtiene acceso libre a los segmentos más posteriores del conducto siguiéndolo simplemente por disección roma. Cuando el cálculo se hace accesible se practica una incisión longitudinal en la parte externa del conducto y se saca. El conducto no necesita ser suturado, ya que el simple cierre del colgajo de mucosa con suturas profundas de colchonero permite su recanalización.



INCISION Y DRENAJE EN INFECCIONES

El drenaje intrabucal se logra incidiendo el area inflamada, si es posible en un sitio en pendiente. Se hace disección roma insertando pinzas de hemostasia o una cureta dentro de la incisión. Los picos de las pinzas de hemostasia pueden abrirse y separarse para aumentar el drenaje.

Se necesitan hacer incisiones extrabucales cuando el pus se ha extendido a espacios aponeuróticos. La incisión debe tener cuando menos 2 cm de largo y se hace a través de la piel y paralela a las líneas o arrugas de esta. La disección se lleva a cabo insertando pinzas de hemostasia o tijeras de punta roma en la herida y abriéndolas. Las tijeras no deben cerrarse nunca dentro de la herida.

Siempre que se hagan incisión y drenaje, se recomienda obtener muestras de cualquier líquido que se drene, incluso sangre para cultivo y pruebas de sensibilidad.

La localización específica de la incisión se determina por inspección y palpación cuidadosas.

La palpación suave puede localizar un área que es fluctuante y que a la presión con un dedo conserva la huella del mismo. La piel puede aparecer de color rojo claro en esta región, debido al proceso inflamatorio subyacente asociado a la acumulación de pus en la infección aguda. Algunas veces, el área puede estar parda o cianótica, debido a la congestión sanguínea cerca de la superficie cutánea. Para reducir al mínimo la formación de tejido cicatrizal, la incisión debe hacerse por debajo de este tipo de reacción.

El área por incidir debe anestesiarse adecuadamente de

diante bloqueos locales o por infiltración superficial cuidadosa de anestésicos locales dentro de piel o mucosa, o se le puede administrar al paciente un anestésico general. Es importante desinfectar la piel a fondo antes de hacer la incisión, como se hace en cualquier otro tipo de cirugía.

Una vez que se ha evacuado el pus, debe asegurarse el drenaje continuo colocando sonda estéril. Si hay muchas bolsas de pus que tengan que drenarse a través de una sola incisión, puede ser necesario colocar varias sondas de canalización. El tubo de goma suave de aproximadamente 6 mm de diámetro (sonda de Penrose) es lo que se usa más frecuentemente. A veces, se emplean catéteres de goma como sondas y como líneas para irrigación de espacios profundos. Las sondas extrabucales deben suturarse a un lado de la herida para prevenir que se deslicen completamente dentro de ella o se salgan prematuramente. La herida misma no se sutura.

Las sondas se quitan cuando el pus deja de fluir o cuando se establece una vía de drenaje, generalmente en dos o tres días. Si la herida es profunda y la sonda larga, esta última puede irse extrayendo, unos 12 mm diariamente, durante cuatro o cinco días.

Siempre que se coloquen apósitos sobre una sonda, deben cambiarse frecuentemente si el flujo de pus, sangre o suero es copioso; si no, se hacen los bordes cutáneos. Para prevenir cualquier contaminación es aconsejable cubrir el apósito con tela blanca.

Después que el drenaje cesa y se extrae la sonda, la herida curará sin suturar y sin cirugía adicional.

EXTIRPACION DE QUISTES DE LA BOCAL DE LA RANULA

Ránula:

La ránula puede tratarse por dos medios. El mejor procedimiento es la extirpación quirúrgica del quiste, en su totalidad, y de la glándula afectada. De este modo la ránula no recidiva. Durante el curso de este procedimiento debe tenerse cuidado de no dañar ninguna de las formaciones glandulares vecinas, ya que cualquier traumatismo sobre estos tejidos da a veces por resultado una formación quística semejante. El otro medio por el que puede tratarse la ránula es incidir el techo de la cavidad quística y suturar el epitelio del piso de la boca con la pared quística. Este procedimiento sólo tiene éxito cuando el revestimiento del quiste es epitelial y hay cicatrización y unión de este último con el epitelio bucal formando una abertura permanente para el vaciamiento de las secreciones de la glándula afectada. Si el revestimiento del quiste es una pared fibrosa, este procedimiento puede fallar, ya que el epitelio bucal quizá cubra el defecto y de este modo bloquea nuevamente las secreciones.

Mucocele:

El tratamiento es la extirpación quirúrgica completa del quiste y de la glándula afectada, en un mismo tiempo quirúrgico. Debe tenerse cuidado de no traumatizar las glándulas o nervios adyacentes. Si las glándulas vecinas se lesionan, se forman nuevos mucoceles: si se cortan los nervios puede originarse un dolor que ocasiona dolor persistente o sensación de quemadura en la región.

ENUCLEACION TOTAL DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Extirpación de la glándula submaxilar

La extirpación se realiza cuando ya se han agotado todas las medidas conservadoras.

Técnica:

La incisión extraoral sigue una dirección paralela al músculo digástrico. La apófisis mastoideas, la superficie externa del hueso hioides y las eminencias geni de la mandíbula forman una línea curva. Se hace una incisión de cinco centímetros a lo largo de esta línea directamente por encima del polo inferior de la glándula y se corta el músculo cutáneo del cuello, se localiza la vena facial anterior se liga y se secciona, la rama cervical del facial se separa hacia atrás con una cinta para hernia. La disección roma entre la polea del músculo digástrico y la glándula liberará la porción anterior e inferior de la glándula. Se continúa la disección alrededor del polo posterior dejando las porciones internas y superiores de la glándula todavía adheridas.

Las estructuras vitales que deben tenerse en cuenta en este punto son la arteria maxilar externa, el nervio lingual y el conducto submaxilar. Conviene identificar a la arteria maxilar externa y aplicarle doble ligadura por debajo de la glándula para separarle antes de continuar la disección, pues sus ramas glandulares suelen ser cortas y difíciles de ligar y el vaso está generalmente en su parénquima.

La glándula puede entonces ser separada hacia atrás y desprendida de sus conexiones con el ganglio submaxilar.

El músculo milohioideo debe separarse hacia adelante y

el conducto hacia atrás, y colocarse una ligadura por delante de la lesión del conducto, si es que existe. Se coloca una segunda ligadura por detrás de la primera pero todavía anterior a la lesión del conducto, y se secciona éste entre ambas. Este procedimiento evita el derrame en la herida de material infectado del resto del conducto o de la glándula. La glándula puede extirparse y entonces se procede al cierre de la herida.

El espacio muerto que resulta de la remoción de la glándula debe ser cerrado o drenado. El cierre se efectúa aproximando la aponeurosis del músculo digástrico, estilohioideo, hio-gloso y milohioideo con suturas reabsorbibles de catgut. Si esto no puede hacerse y permanece el espacio muerto o si existe alguna razón para pensar que la cavidad se ha contaminado o infectado, debe insertarse en ella un dren de Penrose. Debe utilizarse una segunda capa de suturas reabsorbibles para cerrar la aponeurosis profunda y el músculo cutáneo del cuello. Se utiliza una tercera capa de suturas reabsorbibles subcutáneas o subcuticulares para cerrar la piel, y los bordes de ésta se aproximan cuidadosamente con puntos separados con seda de 4-0 o más delgada.

La herida siempre debe cubrirse con un vendaje a presión. Si se aplica el drenaje se puede retirar después de 24 a 48 horas si no ha habido supuración. Después de cuatro días el vendaje a presión y la mitad de las suturas pueden quitarse. Deben colocarse vendositas de tela adhesiva en la incisión o bien un apósito firme de colodión. El resto de las suturas puede retirarse el quinto o séptimo día, pero deben colocarse vendositas de sostenimiento en la herida cuando menos durante los primeros días.

Extirpación de la glándula parótida

La extirpación de la parótida es muy peligrosa ya que se puede producir una lesión permanente del nervio facial por lo que para realizarla se necesitan indicaciones muy especiales.

Técnica:

La incisión va de la inserción superior de la oreja hacia abajo, se dobla hacia adelante en el ángulo de la mandíbula y termina en el hueso hioides. Una segunda incisión puede hacerse por detrás de la oreja, y se une a la primera en su margen inferior. La oreja se separa del campo operatorio y el colgajo de piel se desprende en el lado del carrillo.

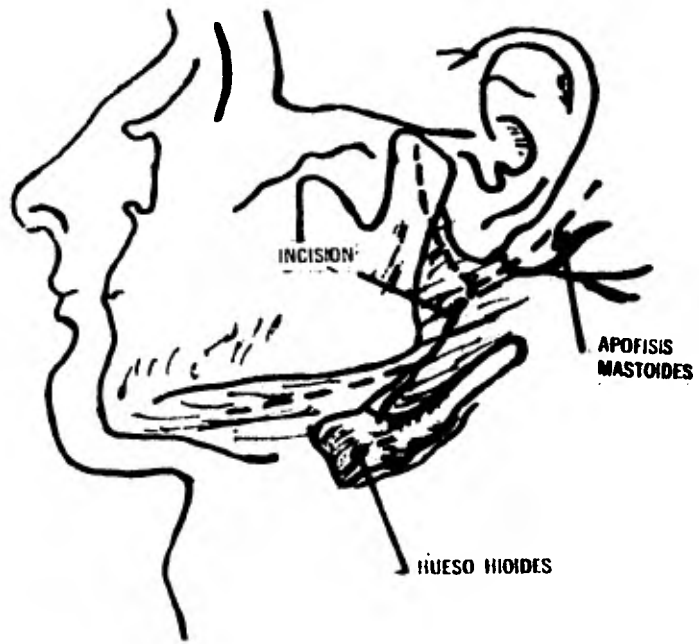
El facial puede ser localizado por uno de los métodos siguientes: encontrando primero la porción periférica al salir del borde anterior de la glándula para disecarlo hacia atrás; o bien, disecarlo directamente hacia dentro en la parte posterior de la glándula identificando el tronco principal entre su entrada a la glándula y el agujero estilomastoideo. Después de identificado el nervio se siguen sus troncos y el lóbulo superficial se libera de sus inserciones. Se liga el conducto y se corta. Algunas de las conexiones más pequeñas entre los troncos principales pueden ser lesionadas, lo que ocasiona un trastorno facial postoperatorio. Sin embargo, la conservación de las ramas principales del nervio asegura la recuperación final de toda su función.

Después de liberado el lóbulo superficial de la glándula y de que se han identificado las ramas principales del facial se puede intervenir el lóbulo profundo. Este lóbulo se envuelve alrededor del borde posterior de la mandíbula; la disección

en este espacio reducido se facilita con la retracción posterior superior de la oreja. Debe tenerse cuidado de proteger la arteria carótida externa y la vena facial posterior durante esta maniobra. Puede ser prudente ligar estos vasos, pues uno de ellos o ambos pueden estar contenidos en el parénquima glandular en parte de su trayecto y la hemorragia de la arteria maxilar interna, rama de la carótida externa, puede ser muy difícil de detener.

La cápsula de la parótida es muy resistente a lo largo de su inserción posterior, especialmente en el lugar en que la glándula se encuentra con el músculo esternocleidomastoideo y el agujero auricular. Debe tenerse cuidado al separar la oreja de no cortar el conducto auditivo externo durante la separación de la glándula.

La mayor parte del espacio muerto puede cerrarse suturando cuidadosamente después de quitar la glándula. Puede estar indicado el drenaje de la herida, especialmente si se extirpa una porción de la glándula y se espera que haya acumulación de saliva.



CONCLUSIONES

1) Las glándulas salivales se pueden clasificar de acuerdo a su localización, tamaño y substancia que secretan. La clasificación más usual es la que va de acuerdo al tamaño existiendo así glándulas mayores (parótida, submaxilar, sublingual) y menores o accesorias.

2) Las glándulas mayores son pares cada una presenta un conducto excretor, están inervadas principalmente por el V y VII pares craneales, su irrigación proviene de la arteria facial y lingual. La irrigación de la parótida la lleva a cabo la arteria carotida externa.

3) Las glándulas salivales menores se localizan en la mucosa bucal, lubrican labios, mejillas, paladar y lengua ayudan a la deglución, masticación y el habla.

4) La saliva es una mezcla de la secreción de las glándulas salivales, presenta un pH neutro con tendencia a la acidez, ejerce funciones de lubricación, amolecimiento de alimentos, bactericida, protectora y eliminadora de irritantes.

5) Las alteraciones del desarrollo producen aumento o disminución de la secreción salival.

6) Las glándulas salivales pueden presentar trastornos funcionales, estos trastornos son la sialorrea y la xerostomía motivados por enfermedades, estados fisiológicos, psíquicos etc. La xerostomía se relaciona con aumento de el índice cariogénico.

7) Las alteraciones del flujo salival son debidas a la sialadenitis y sialolitiasis, pero como son alteraciones de tipo inflamatorio se debe realizar un buen diagnóstico dife-

parecido entre estas y la parotiditis.

8) Los quistes que se presentan en las glándulas salivales son causados por obstrucción y se les llama quistes por retención, tienen características clínicas similares entre sí pero se diferencian por su tamaño y contenido.

9) Existe una gran variedad de neoplasias tanto benignas como malignas y solo se llegará a un buen diagnóstico cuando se hayan realizado exámenes histopatológicos. El pronóstico se basará en el tipo de tumor y en el tratamiento utilizado.

10) Las neoplasias se pueden presentar a cualquier edad pero se presentan con mayor frecuencia después de la cuarta y sexta década de la vida, y la frecuencia en sexo va de acuerdo al tipo de lesión.

11) Las neoplasias malignas tienen una evolución más rápida que las benignas, y son metastásicas.

12) Los métodos de diagnóstico son determinantes para elaborar un eficiente diagnóstico y plan de tratamiento en cualquier tipo de enfermedad.

13) Para poder utilizar los métodos de diagnóstico y los tratamientos a los cuales se ha llegado es necesario conocer la anatomía, fisiología y referencias anatómicas de las glándulas salivales, así como también las indicaciones de cada una de las técnicas quirúrgicas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Archer, Larry W
Cirugía bucal tomos I Y II
Editorial Mundi 1974
- 2.-B.Law David
Un Atlas de odontopediatría
Editorial Mundi Buenos Aires 1972
- 3.-Batres, Leon Edmundo
Procedimientos en Cirugía bucal
Compañía Editorial Continental
- 4.-Bhaskar, S.N.
Patología bucal
Editorial El Ateneo
Segunda edición 1974
- 5.-Burket, Lester
Medicina bucal, diagnóstico y tratamiento
Editorial Interamericana
Sexta edición 1973
- 6.-Cantarow Abraham
Bioquímica tercera edición
Editorial Interamericana
- 7.-Cohen Lawrence
Mucocoeles of the Oral Cavity
Oral Surgery, Oral Pathology and Oral Medicine
Vol 19 No.3 1975
- 8.-Golper J.F.
Patología y Clínica Odontológicas
Editorial Pabul

9.-Fava de Moraes

Labial Salivary Gland

Oral Pathology January 1979

10.-Gerling Robert

Journal of Oral Pathology

C.U. Mosby Company E.U. 1970

11.-Ginester

Atlas de Técnica Operatoria en Cirugía estomatológica y-
maxilofacial

12.-Gratt

Xeroradiography

Vol 25 No.5 May 1970

13.-Gross

Sialolitiasis

Journal of Pathology

Vol 25 No.5 September 1970

14.-Guralvick, C Walter

Tratado de Cirugía bucal

Editorial Salvat 1971

15.-Houssay A. Bernardo

Fisiología Humana

Editorial El Ateneo

Buenos Aires 1974

16.-Kruguer O Gustavo

Tratado de Cirugía bucal

Editorial Interamericana 1960

17.-Krolls S.O.

Salivary Gland Calculi

Journal of Oral Pathology

Vol 27 No.4 1972

18.-Kurt H.Thoma

Patología bucal

Editorial U.T.F.H.A.

Vol II Segunda edición 1979

19.-Quiroz, Gutierrez Fernando

Anatomía Humana

Editorial El Ateneo 1975

20.-Quiroz Gutierrez F

Patología bucal

Segunda edición Editorial El Ateneo 1975

21.-Ries Centeno Guillermo

Cirugía bucal

Editorial El Ateneo 1979

22.-Robbins S, Stanley L

Patología

Editorial Interamericana México segunda edición

23.-Shafer G William

Textbook of Oral Pathology

Editorial Interamericana

24.-Schuchardt Karl

Odontostomatología Tomo III Vol II

Editorial Alhambra S.A. Madrid Méx 1963

25.-Thoma Robert J, Gorlin Henry Goldman

Patología Oral

Editorial Salvat

Barcelona 1975

26.-Thoma y Barnett

Current Therapy

Editorial Sanders Company

Philadelphia 1976

27.-Tiecke Stuteville Calandra

Fisiopatología bucal

Editorial Interamericana

1960

28.-Wilhelm Meyer

Tratado general de odontoestomatología Tomo I

Editorial Alambra

29.-Wise Robert Baker

Cirugía de cabeza y cuello

Editorial Interamericana S.A.

Segunda edición 1977

30.-Zegarelli Edward V.

Diagnóstico en patología Oral

Editorial Salvat S.A.

Barcelona 1972.

31.-Cirugía Ed Mundt Vol II

Progresos en la Practica Odontologica 1957

32.-Schüle Helmut

Odontología Practica Tomo II

Patología Medico-quirúrgica BUcofacial

Editorial Alhambra 1978