

201- 4/4/1



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala

CIRUGIA DE GLANDULAS SALIVALES

T E S I S

Que para obtener el título de:

cirujano dentista

p r e s e n t a :

IRMA ROSAS DURAN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO 1	GLANDULA PAROTIDA, SUBLINGUAL y SUBMAXILAR.....	1
1.1.-	EMBRIOLOGIA	1
1.2.-	FISIOLOGIA	2
	SALIVA	3
	METABOLISMO DEL YODO	5
	FACTOR DE CRECIMIENTO NERVIOSO	6
	INTERRELACIONES ENDOCRINAS	6
CAPITULO 2	CONSIDERACIONES ANATOMO HISTOLOGICAS	8
2.1.-	ANATOMIA MACROSCOPICA	8
	GLANDULA PAROTIDA	9
	COMPARTIMIENTO PAROTIDEO	11
	RELACIONES	12
	VASOS, LINFATICOS Y NERVIOSOS	17
	GLANDULA SUBMANDIBULAR O SUBMAXILAR	19
	RELACIONES	20
	PROLONGACIONES	22
	CONDUCTO DE WHARTON	23
	VASOS, LINFATICOS Y NERVIOSOS	23
	GLANDULA SUBLINGUAL	24
	RELACIONES	24
	CONDUCTOS EXCRETORES	26
	VASOS, LINFATICOS Y NERVIOSOS	26
2.2.-	ANATOMIA MICROSCOPICA	26
CAPITULO 3	ETIOPATOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES	30
3.1.-	OBSTRUCCIONES	31
3.2.-	INFECCION E INFLAMACION	36
3.3.-	ENFERMEDADES DEGENERATIVAS	39
3.4.-	TUMORALES	42
CAPITULO 4	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES DE LAS ...	
	GLANDULAS SALIVALES	49
	HISTORIA CLINICA	49
	DURACION	50
	FORMA DE INICIACION	50
	RAPIDEZ DE CRECIMIENTO	50
	ESTADOS ASOCIADOS	51
	EXAMEN FISICO	51
	LOCALIZACION DE LA LESION	52
	CONSISTENCIA DE LA LESION	53
	REACCION SUBJETIVA	55
	VALORACION RADIOGRAFICA	55

MATERIALES	56
METODO	57
PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO	59
PRONOSTICO	60
CAPITULO 5 TRATAMIENTO DE LAS GLANDULAS SALIVALES	62
5.1.- TRATAMIENTO POR MEDIO DE ANTIBIOTICOTERAPIA	62
TRATAMIENTO GENERAL DE LAS INFECCIONES.....	63
5.2.- TRATAMIENTO QUIRURGICO	67
CAPITULO 6 ACCIDENTES O SECUELAS DE LA CIRUGIA	85
CONCLUSIONES	86
BIBLIOGRAFIA	88

INTRODUCCION

Las glándulas salivales del hombre son glándulas exocrinas, - cuya función primaria es la de transformar y segregar sustancias que les llegan por vía de los líquidos circulantes del organismo. Esta función representa el trabajo activo de producir y segregar sustancias complejas, tales como la mucina y la ptialina, que - no se encuentran en la sangre circulante ni en la linfa. Las células ofrecen comprobación morfológica de su función secretora, y - debido al hecho de que su integridad permanece intacta durante el proceso cíclico de formación y de excreción, esas glándulas son - clasificadas como de tipo merocrinas compuestas y sus conductos - se abren hacia la cavidad bucal.

Una función secundaria de las glándulas salivales es el excretar ciertas sustancias. Se obtienen pruebas de ello al comparar la constancia de las proporciones entre la urea salival y la sanguínea, el nitrógeno y la creatinina.

Existen tres pares de glándulas grandes, que se clasifican a menudo como glándulas salivales mayores o salivales propias. Son la parótida, las submaxilares y las sublinguales. Además, hay numerosas glándulas pequeñas ampliamente distribuidas en la mucosa y la submucosa de la cavidad bucal, que se conocen como glándulas salivales menores.

Se da el nombre de saliva a los productos de excreción y de -

secreción acumulados y evacuados por las glándulas salivales en la cavidad bucal. La saliva es el primero de los numerosos líquidos digestivos que actúan sobre los principios alimenticios de la dieta, siendo sus acciones más importantes, la de ayudar a la masticación de los alimentos y la de actuar como solvente para la solución de sus componentes, facilitando así el estímulo de los órganos del gusto.

Se poseen algunos indicios de que la saliva contiene, normalmente, un factor antibacteriano que inhibe el crecimiento y la actividad de las bacterias acidófilas de la cavidad bucal y puede actuar evitando la caries dentaria. La cantidad total diaria de saliva secretada por el hombre es de 1,500 ml. aproximadamente. Esta cantidad está sujeta a grandes variaciones, que dependen de la edad, el ejercicio y de la dieta.

Las características de la saliva mezclada es un líquido, espumoso ligeramente opalecente, que contiene agua, proteínas, sales minerales, ptialina, mucina, partículas de alimento, células epiteliales descamadas y corpúsculos salivales.

El peso específico de la saliva mezclada varía de 1,000 a 1,200 siendo su punto de congelación más bajo que para las otras secreciones de las glándulas digestivas. El término medio del pH en la saliva en reposo es de aproximadamente de 6.8, oscilando entre 5.6 y 7.6, siendo más alto poco antes de las comidas.

CAPITULO I

GLANDULA PAROTIDA, SUBLINGUAL Y SUBMAXILAR

1.1. EMBRIOLOGIA

Las glándulas salivales se forman durante la vida fetal como brotes macizos del epitelio bucal, con extremos en forma de maza que se abren paso en el mesodermo subyacente. A medida que el esbozo glandular crece, prolifera distalmente, formando cordones de células. La porción más distal forma el alvéolo, o sea el elemento funcional de la glándula. Los cordones son primeramente macizos y ulteriormente se ahuecan para formar conductos y alvéolos.

El esbozo de la glándula parótida aparece primero como una proliferación epitelial en forma de repisa, durante la cuarta semana de vida embrionaria, en el ángulo formado por la apófisis maxilar y el arco mandibular; el primer esbozo de la submaxilar aparece a la sexta semana, y el de la sublingual mayor (bartholiniana) durante la octava a novena semana, originándose de proliferaciones similares situadas en el ángulo mesial de la depresión existente entre la lengua y el arco mandibular (surco lingual). Las glándulas sublinguales menores (ravinianas) surgen como proliferaciones independientes en la región alveololingual en relación con el surco lingual existente en el borde lateral de los pliegues sublinguales. Los lóbulos accesorios y secundarios de las glándulas parótidas y submaxilares se hacen visibles du--

rante la octava a novena semana, como proliferaciones que brotan de los cordones de sus glándulas respectivas. Todos los elementos de los grupos sublinguales más pequeños, así como de los glossopalatinos y palatinos, se desarrollan a partir del epitelio bucal primitivo. Las glándulas linguales anteriores se notan desde el primer momento de la décima semana. Comienzan en forma de proliferaciones epiteliales situadas en la superficie ventral cerca de la punta de la lengua. A ambos lados de la línea media. El desarrollo de las glándulas labiales tiene lugar simultáneamente con las glándulas linguales anteriores. Se encuentra frecuentemente en las glándulas salivales fetales, tejido linfático; esto es común, especialmente en la parótida. Ocasionalmente se encuentran en el adulto restos de tejido linfático.

1.2. FISIOLOGIA

La producción de saliva es la función más extensamente estudiada de las glándulas salivales. Los estudios experimentales realizados durante los últimos quince años indican que, además de producir saliva, desempeñan un papel importante en el metabolismo del yodo, almacenan un factor que afecta el crecimiento y la diferenciación del sistema nervioso simpático, contienen una sustancia que afecta el metabolismo del calcio y que están relacionadas funcionalmente con diversos órganos endocrinos. Las observaciones de este tipo sugieren que las glándulas salivales no solamente afectan a la cavidad bucal a través de la saliva, sino que tienen efectos distantes sobre todo el organismo.

A) SALIVA

De la secreción promedio "de reposo" en el hombre, aproximadamente el 69% parece derivarse de las glándulas submaxilares, el 26 por ciento de las parótidas, y el 5% de las sublinguales. Las glándulas salivales menores no contribuyen de modo importante. Ya que la composición de la saliva varía notablemente de un individuo a otro y de una glándula a la otra, y dependen de la naturaleza e intensidad de los estímulos que provocan su secreción, la designación de los porcentajes de sus diversos constituyentes no tienen valor, a menos que se describan también las condiciones exactas bajo las cuales se recoge la saliva. Basta decir que la saliva contiene del 0.3 al 0.7% de material sólido, que consiste de sales inorgánicas como bicarbonatos, cloruros y fosfatos de calcio, sodio y potasio y de sustancias orgánicas como proteínas, mucinas enzimas, sustancias del grupo sanguíneo, anticuerpos factores de la coagulación sanguínea, lípidos vitaminas, aminoácidos y urea. Además también se encuentran gases disueltos, principalmente bióxido de carbono y oxígeno.

Las proteínas son los principales componentes orgánicos de la saliva. La concentración de proteínas y carbohidratos es más elevada en la saliva parotídea, pero cuando se calculó por 100 mg. de proteína, la saliva submaxilar tuvo un valor más elevado de carbohidratos, indicando ya sea una proporción más alta de mucoproteína más rica en carbohidratos. Los carbohidratos de la saliva parotídea y submaxilar están formados por hexosaminas, galactosa, manosa, fucosa, glucosa y ácido siálico. Debe señalarse que la saliva en

la cavidad bucal es diferente de la recogida en los conductos, - que es modificada de modo importante en la cavidad bucal por las actividades de los microbios y de los tejidos bucales, y por o---tras sustancias que pueden ser introducidas en la boca de cuando en cuando. Una multitud de otros constituyentes de la saliva completa, como aminoácidos, vitaminas, lipasa, fosfatasa ácida y - otros, son tanto de origen salival como extrasalival. Muchas enzimas encontradas en la saliva recogida directamente de los conductos excretorios principales se han demostrado también histoquímicamente en las glándulas salivales, por esta razón, en los estudios sobre la secreción de la saliva y la contribución de las - glándulas salivales a la salud y a la enfermedad bucales, deben - usarse las secreciones puras de las glándulas salivales individuales.

La saliva contiene también células epiteliales descamadas y células conocidas como corpúsculos salivales. Los últimos se parecen a los leucocitos sanguíneos desde los puntos de vista morfológico, físico y químico. Las células epiteliales son grandes y planas y tienen núcleo oval. El surco gingival parece ser el sitio principal de origen de ellos y la saliva recogida directamente de los conductos de glándulas salivales sanas prácticamente no los contiene. Los corpúsculos salivales pueden contribuir, tanto activa como pasivamente, al estado del medio ambiente bucal. La contribución activa sería consecuencia de su capacidad fagocitaria - y su actividad enzimática, y la pasiva sería efecto de los productos de desintegración de los componentes celulares, así como de -

las enzimas liberadas de las células en degeneración.

La función digestiva de la saliva tiene aspectos mecánicos y químicos. Desde el punto de vista mecánico, ésta disuelve los componentes de la comida, facilitando de este modo la reactividad química y el estímulo de los órganos del gusto. La mucina ayuda a la lubricación del bolo alimenticio para la deglución. Desde el punto de vista químico la amilasa salival hidroliza los componentes amiláceos para dar monosacáridos, disacáridos y trisacáridos. El papel de la amilasa salival en la degradación del almidón de los alimentos no es grande, puesto que permanecen en la cavidad bucal solamente por un corto período y la reactividad de la amilasa se destruye poco después de la entrada del bolo en el estómago. Lo probable es que esta enzima actúe como un agente limpiador, mediante la licuación de los alimentos amiláceos que se adhieren a los tejidos bucales.

B. METABOLISMO DEL YODO

Las glándulas salivales juegan papel importante en el metabolismo del yodo. En los seres humanos y en ciertos animales poseen un mecanismo potente para concentrar el yodo. La concentración de yodo en la saliva humana mixta es, por lo regular, veinte veces mayor que en el plasma sanguíneo. Los métodos autorradiográficos han demostrado que el mecanismo concentrador de yodo se localiza en las células de los conductos estriados. La acumulación de éste en las glándulas salivales no se afecta por la hormona tirotrópica, que produce hiperplasia y estimula el mecanismo concentrador

de yodo en el tiroides. En relación con ésto, es interesante notar que las glándulas salivales pueden controlar el nivel de tiroxina en la sangre.

C. FACTOR DE CRECIMIENTO NERVIOSO

El crecimiento y el mantenimiento de las células nerviosas simpáticas, durante toda su vida, y algunas de las células nerviosas sensitivas antes de estar completamente diferenciadas, están bajo el control (FCN). Este factor es altamente específico, y cuando se inyecta en cantidades pequeñas a ratones recién nacidos, provoca hipertrofia e hiperplasia acentuada de las células nerviosas simpáticas. Como contraste, la inyección de un antisuero específico para el factor de crecimiento nuevo, en los ratones recién nacidos, causa la destrucción total de las células simpáticas. El factor está localizado en la porción tubular de las submaxilares del ratón, pero lo más probable es que no sea producida por la glándula, porque la extirpación de ésta no tiene efecto sobre los ganglios simpáticos. El factor de crecimiento nervioso se ha encontrado también en células rápidamente proliferantes de origen mesenquimatoso; en el veneno de las serpientes y en el suero y los ganglios simpáticos de diversos mamíferos, incluyendo al hombre.

D. INTERRELACIONES ENDOCRINAS

En 1940 Lacassagne observó que existe dimorfismo sexual en la porción tubular de las glándulas submaxilares del ratón, porque está más desarrollada en el ratón macho que en el ratón hembra.

Esta observación sugirió relación entre las glándulas salivales y los órganos sexuales y estimuló gran cantidad de estudios que han demostrado que las glándulas salivales, por lo menos en el animal experimental, se encuentran asociadas íntimamente con los órganos endocrinos. Estos estudios han sido revisados recientemente. Por ejemplo, se ha observado que la tiroidectomía provoca disminución en el tamaño y número de los llamados túbulos granulosos de las submaxilares, disminución en el flujo salival y aumento en la viscosidad de la saliva. Es de lo más interesante que estos cambios estructurales y funcionales se acompañan de cambios importantes en la frecuencia de la caries dentaria. Las interrelaciones entre las glándulas endocrinas, las glándulas salivales, la saliva y las caries es aún oscura, pero aquí tenemos su modelo experimental bien controlado que puede ayudar a resolver algunos aspectos no aclarados del problema de la caries dentaria.

Se ha demostrado que los órganos sexuales, la hipófisis y otras glándulas endocrinas intervienen en la morfología de las glándulas salivales y su secreción.

CAPITULO 2

CONSIDERACIONES ANATOMO HISTOLOGICAS

2.1. ANATOMIA MACROSCOPICA

En la mucosa que recubre a la boca, o la capa inmediata subyacente existen numerosas glándulas mucosas y serosas, labiales, bucales, palatinas y linguales que mantienen constantemente húmeda la membrana por virtud de una secreción mucosa semejante a la jalea diluida por líquido seroso y acuoso.

El volumen de la saliva aumenta por la secreción que vierten - tres pares de glándulas salivales voluminosas: parótidas, submaxilares y sublinguales, con algunos restos extópicos menores de tejido salival en diferentes localizaciones de la orofaringe; con reacción a estímulos especiales que van desde tocar la mucosa bucal - hasta, oler, ver, incluso recordar alimentos.

Las glándulas salivales mayores son demasiado voluminosas para estar dentro de la boca, por lo cual son adyacentes a la misma; como era lógico, cuanto más largo el conducto principal, tanto más - acuosa la secreción.

Las glándulas salivales menores son pequeños acúmulos de tejido glandular en la mucosa de mejilla, lengua, paladar, suelo de la boca, faringe, labio y senos paranasales.

GLANDULA PAROTIDA

La parótida es la más desarrollada de las glándulas salivales. Tiene aspecto lobulado y coloración gris amarillenta en el cadáver. A la palpación su consistencia es dura, pesando término medio 25 a 30 g.

Está situada como cuña en la fosa retromandibular, depresión - ubicada por detrás de la rama ascendente de la mandíbula y por delante del músculo esternocleidomastoideo. Por arriba alcanza la articulación temporomandibular y el conducto auditivo externo; por - abajo contacta con un tabique fibroso que lo separa de la glándula submandibular, en profundidad se extiende hasta la faringe.

Practicando un corte horizontal que pasa por la espina de Spix, la glándula parótida tiene la forma de una herradura que rodea las dos caras y el borde posterior de la mandíbula.

Nozar sostiene que la glándula parótida presenta un conglomerado central donde nacen cinco polos periféricos.

El CONGLOMERADO CENTRAL corresponde al pasaje cervicocraneofacial, es decir, al paquete vasculonervioso facial, arteria carótida externa y venas yugular externa y carótida externa. El POLO POSTERIOR, adherente al esternocleidomastoideo, tiene una pequeña saliente que invade el hiato limitado entre aquel músculo y el vientre posterior del digástrico. Establece relaciones con el nervio - facial, la arteria y vena estilomastoideas. El POLO INFERIOR o cer

vical es ganglionar, venoso despegable, corresponde a la glándula submandibular, la vena yugular externa y su comunicante con la vena facial. El POLO SUPERIOR, craneano y basal, es adherente y tiene forma prismática triangular. Se relaciona con el paquete vascular nervioso temporal superficial, la arteria maxilar interna y el sistema venoso profundo. El POLO ANTERIOR O PROLONGACION MASETERIANA, como el conducto de Stenon, se relaciona la bola adiposa de Bichat, la arteria transversal de la cara y ramas del nervio facial. Por último, El POLO INTERNO O FARINGEO es despegable avascular y está rodeado por un tejido conjuntivo que se comporta como una verdadera bola serosa funcional.

La parótida ocupa un compartimiento osteoaponeurótico denominado CELDA PAROTIDEA O FOSA RETROMANDIBULAR; en los cortes transversales se aprecia que tiene una forma de prisma triangular. La celda parotidea es una excavación anfractuosa y profunda delimitada por hojas aponeuróticas, expansiones de las que tapizan los músculos vecinos. La cápsula glandular está reforzada sobre todo en la cara externa e inferior, siendo en cambio muy débil en la prolongación faríngea y en la extremidad superior.

La disección anatómica y las técnicas quirúrgicas han comprobado la existencia de un espacio periglandular ocupado por tejido celular que permite establecer zonas despegables y de adherencias periféricas, importantes a tener en cuenta cuando se planea exéresis total de la glándula. Se verifican zonas despegables en las partes inferior, interna y posteroinferior del compartimiento pa-

rotideo, en tanto se confirman zona de adherencia a nivel de su extremo superior, con bridas fibrosas en conexión con la cápsula de la articulación temporomandibular y el esternocleidomastoideo.

COMPARTIMIENTO PAROTIDEO.

Es un prisma triangular a eje mayor vertical; en consecuencia, hemos de considerar tres caras, dos extremidades o bases y tres bordes.

a) CARA EXTERNA.- Representada por la aponeurosis cervical superficial que, en forma de puente, se extiende desde el músculo masetero hasta la apófisis mastoides, donde envaina al músculo externo cleidomastoideo. (Ver figura 1 y 2)

b) CARA POSTERIOR.- Está constituida por el vientre posterior del digástrico, la aponeurosis estilodigástrica y la apófisis estiloides con el ramillete de Riolo, cubierto por una fascia que se prolonga hasta la pared de la faringe.

c) CARA ANTERIOR.- Se presenta como un canal vertical cóncavo hacia adelante que contacta con el borde posterior de la rama montante y los músculos que en ella se insertan; masetero por fuera, y pterigoideo interno, con el borde posterior de la aponeurosis interpterigoidea, por dentro y arriba. A través del ojal retrocondíleo de Juvara se comunica con la región cigomática.

d) EXTREMIDAD SUPERIOR.- Tiene la forma de un techo con dos vertientes la anterior es la angulación temporomandibular, y la

posterior es el conducto auditivo externo.

e) EXTREMIDAD INFERIOR.- Descansa en el tabique intermaxiloparotideo cintilla fibrosa tendida entre el borde anterior del esternocleidomastoideo y el ángulo de la mandíbula.

f) BORDE ANTERIOR.- Se extiende sobre la región maseterina.
(Ver figura 1 y 2).

g) BORDE POSTERIOR.- Corresponde al esternocleidomastoideo. -
(Ver figura 1 y 2).

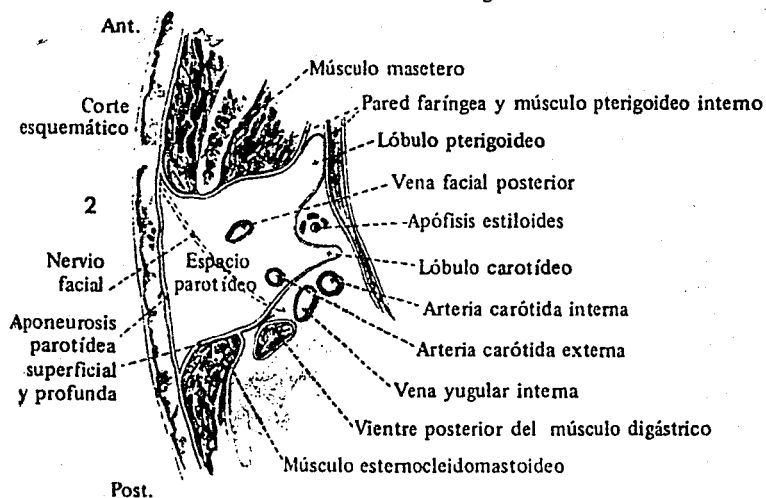
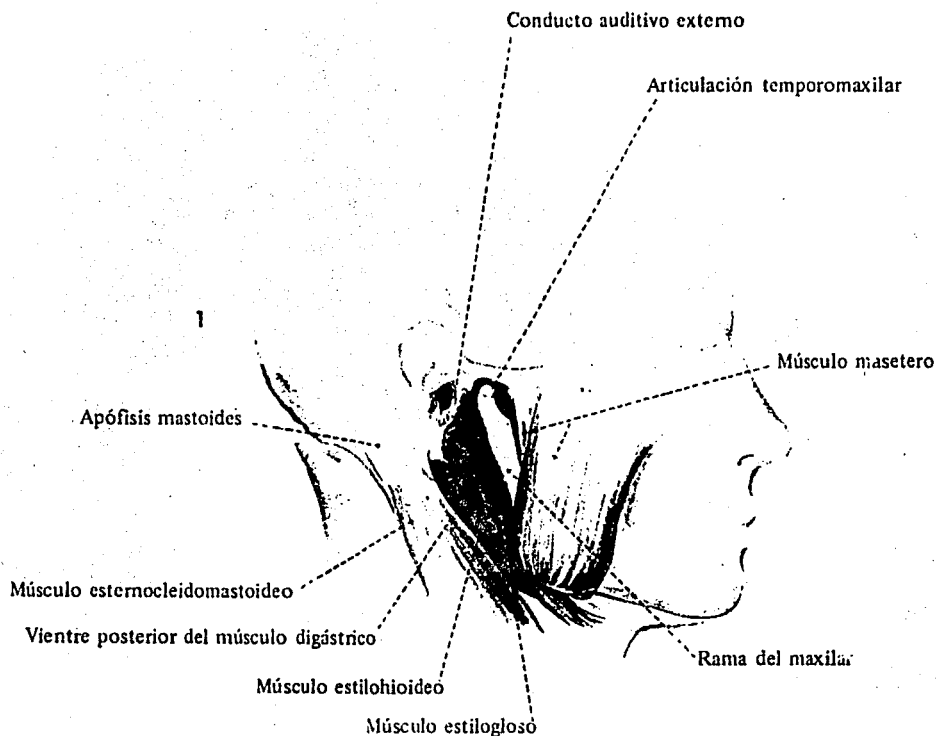
h) BORDE INTERNO.- Es la arista vertical del prisma y confina con la faringe. En esta zona la celda parotídea presenta un hilato limitado hacia adelante por el ligamento esfenomaxilar, detrás por la apófisis estiloides y el ligamento estilomaxilar y arriba por la base del cráneo. A través de este orificio se comunica con el espacio mandibulofaríngeo.

RELACIONES

Deben ser estudiadas con las estructuras anatómicas que rodean a la celda parotídea y con los elementos incluidos en el interior del parénquima glandular.

1) RELACIONES EXTRINSECAS.

La parótida se amolda a las paredes de su celda y en consecuencia tiene la forma de un prisma triangular con tres caras, dos ba-



ses y tres bordes.

a) CARA EXTERNA.- De contorno irregularmente triangular, la cara externa de la parótida está cubierta por la piel, el tejido celular subcutáneo y la aponeurosis cervical superficial. En ella se investigan ganglios linfáticos y ramos nerviosos provenientes del plexo cervical superficial.

b) CARA POSTERIOR.- Se relaciona, de afuera hacia adentro, con la apófisis mastoides y los músculos que en ella se insertan (esternocleidomastoideo y digástrico). Más profundamente con el ramillete de Riolo (músculo estilohioideo, estilogloso y estilofaríngeo), (ver figura 3)



Fig. 3

tabique limitante con el compartimiento retroestiloideo, espacio ocupado por la carótida interna, la vena yugular interna y los nervios glosofaríngeo, neumogástrico, espinal e hipogloso mayor. El sector superior de esta cara de la parótida es atravesado por el nervio facial, mientras que la arteria carótida externa penetra en la glándula por la parte inferointerna.

c) CARA ANTERIOR.- Corresponde de afuera hacia adentro con el masetero, el borde posterior de la mandíbula, el pterigoideo interno y por encima de éste el pterigoideo externo. Entre el hueso y la parótida se interpone un tejido conjuntivo laxo que, a manera de bolsa serosa facilita durante la masticación el deslizamiento de la glándula. En ciertos casos la glándula parótida emite una prolongación que se insinúa en el espacio pteriogomandibular. Con mayor frecuencia existe una PROLONGACION GENIANA que se extiende sobre la cara externa del masetero hasta alcanzar su borde anterior. Su volumen puede exceder al de la glándula principal que en esta eventualidad se encuentra parcialmente atrofiada.

d) BASE SUPERIOR.- El estrecho polo craneal de la glándula se relaciona con el conducto auditivo externo, del que lo separa un tejido celular bastante laxo, y con la articulación temporomandibular a cuya cápsula se encuentra adherida a este nivel emergen los vasos temporales superficiales acompañando al nervio auriculo temporomandibular.

e) BASE INFERIOR.- El polo inferior, globuloso corresponde al

extremo dorsal de la glándula submandibular, de la cual está separada por una cintilla maxilar, tabique fibroso que une el ángulo de la mandíbula con el músculo esternocleidomastoideo.

f) BORDE INTERNO.- A menudo se advierte presencia de una prolongación profunda que pasa por el ojal preestiloideo de Gilis y contacta con la pared lateral de la faringe. Esta PROLONGACION FARINGEA de la parótida se relaciona con el espacio mandibulofaríngeo en su trayecto a la base de la lengua.

g) BORDE ANTERIOR.- Origina la prolongación geniana.

h) BORDE POSTERIOR.- Corresponde al músculo esternocleidomastoideo.

2) RELACION INTRINSECA

En el interior de la glándula parotida se descubren desde la profundidad a la superficie, los siguientes elementos:

a) ARTERIA CAROTIDA EXTERNA.- Que, después de emitir la auricular, se divide a nivel del cuello del cóndilo en dos ramas terminales: la temporal superficial y la maxilar interna. Junto al sistema arterial se ubica el nervio auriculotemporal y un conglomerado de ganglios linfáticos.

b) Por fuera de la carótida externa se investiga el plano venoso representado por el tronco temporomaxilar con sus afluentes y

otro grupo de ganglios linfáticos.

- c) Las expansiones terminales del nervio facial.

EL NERVIO FACIAL se aglutina en dos pedículos:

- a) Pedículo anterior: nervio facial, arteria transversal de la cara y conducto de Stenon.

- b) PEDICULO POSTERIOR, en relación constante con la mastoides y el vientre posterior del digástrico.

La ARTERIA CAROTIDA EXTERNA y sus ramas forman cuatro pedículos:

- a) PEDICULO CERVICAL PROFUNDO, localizado en el hiato preestiloide junto a la vena del mismo nombre; b) PEDICULO DE LA ARTERIA AURICULAR POSTERIOR; c) PEDICULO TEMPORAL SUPERFICIAL, constituido por los vasos temporales superficiales y el nervio auriculotemporal, junto a los cuales existe un conglomerado ganglionar; adherente se disecciona con mucha dificultad; d) PEDICULO PROFUNDO RETROCERVICO MAXILAR, formado por la arteria maxilar interna y un plexo venoso que transponen el ojal retrocondileo de Juvara.

CONDUCTO DE STENON. Es el resultado de la fusión terminal de los colectores intrínsecos de la glándula parotida y transporta la saliva a la cavidad bucal.

Presenta el aspecto de un conducto de partes gruesas y ligeramente aplanado. De coloración blanquecina, tiene una longitud de 4-6 cm, un calibre medio de 3 mm.

El conducto de Stenon se origina por uno o dos troncos que afloran de la unión del tercio inferior con los dos tercios superiores de la cara anterior de la glándula parótida, a veces ocultos por una expansión geniana muy desarrollada. Seguidamente cursa hacia adelante sobre la cara externa del masetero acompañado por ramas del nervio facial y la arteria transversal de la cara, rodeando su borde anterior a través de la bola adiposa de Bichat. Después se dobla en ángulo casi recto y se apoya sobre la cara superficial del bucinador, al que perfora hasta alcanzar la mucosa bucal, donde se desliza en un corto trayecto para desembocar en la cara interna de la mejilla a la altura del cuello del primero o segundo molar. En los cortes horizontales se aprecia nítidamente su recorrido en forma de bayoneta, proyectándose en superficie sobre una línea que se extiende desde el trago hasta la comisura labial.

VASOS, LINFATICOS Y NERVIOS. Las arterias proceden de la carótida externa, auricular posterior y transversal de la cara. Las venas desaguan en el tronco temporomaxilar. (Ver figura 4).

Los ganglios LINFATICOS se distribuyen en tres grupos: supraaponeuróticos, subaponeuróticos e intraglandulares, cuyos colectores son tributarios en su gran mayoría, de las cadenas cervicales profundas. (ver figura 5)

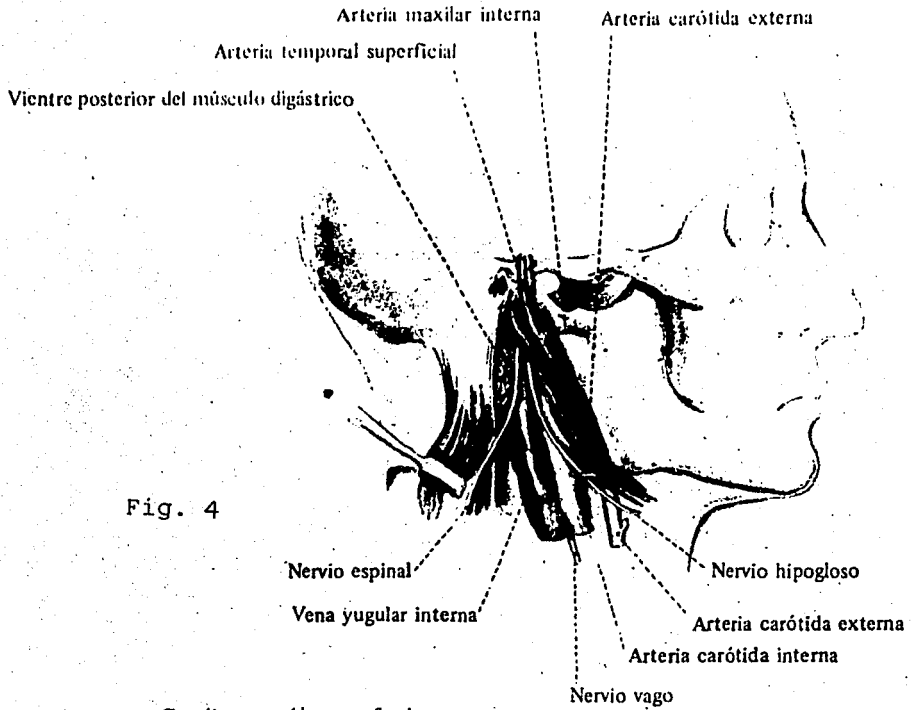


Fig. 4

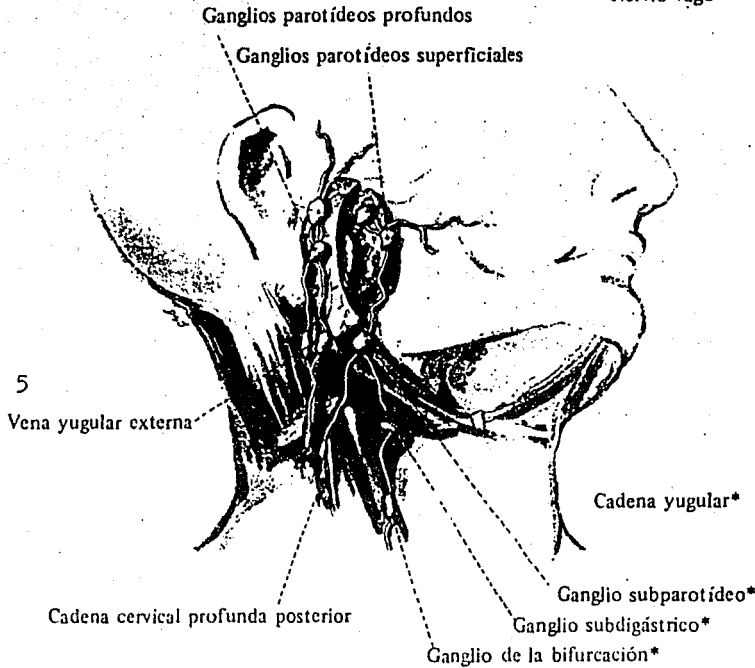


Fig. 5

Los NERVIOS son ramas del auriculotemporal y del plexo cervical superficial. (Ver figura 6)

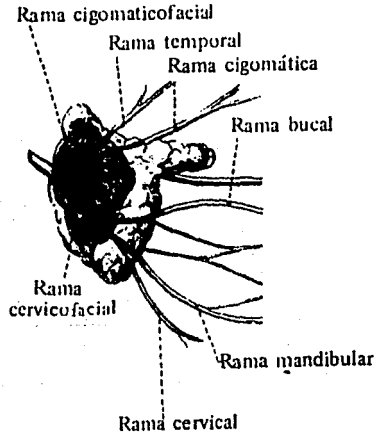


Fig. 6

La INERVACION PARASIMPATICA de la parótida depende de fibras preganglionares secretoras que proceden del IX par vía (el nervio de Jacobson y petroso profundo menor, hasta establecer sinapsis - en el ganglio ótico. Las fibras posganglionares alcanzan la glándula a través del nervio auriculotemporal. Las FIBRAS SIMPATICAS - son principalmente vasoconstrictoras y nacen del plexo carotideo externo.

GLANDULA SUBMANDIBULAR O SUBMAXILAR

La glándula submandibular pertenece a la región glososupra--- hioidea y está situada entre el borde anterior del esternocleido--- mastoideo y el vientre anterior del digástrico, cubriendo a su vez el tendón intermedio de este músculo. Oculta en parte por la cara interna del cuerpo de la mandíbula, la glándula submandibular se -

aloja en el compartimiento osteomusculoaponeurótico denominado - celda submandibular. Se extiende desde el ángulo de la mandíbula hasta el hueso hioides. La glándula submandibular es de forma ovoi de o piriforme, y a los efectos de una fácil descripción se la - compara con un prisma triangular irregular cuyo eje mayor dirigido de atrás adelante y de afuera adentro, es paralelo al cuerpo - del maxilar inferior. Tiene el volumen de una almendra y el peso oscila entre los 7 y 8 g. Su coloración es gris amarillenta en el cadáver y rosado en crema en plena actividad funcional, secreción de tipo mixto preponderablemente serosa.

RELACIONES

Teniendo en cuenta que la glándula submandibular sigue los - perfiles de su celda, se deduce que las relaciones tendrán que ser examinadas a través de tres caras, dos extremidades y tres bordes.

a) CARA SUPEROEXTERNA.- Por su parte posterior se relaciona - con el músculo pterigoideo interno, mientras que su porción anterior reposa en la fosita submaxilar, excavación simula en la cara interna de la mandíbula por debajo de la cresta milohioidea.

b) CARA INFEROEXTERNA. De la superficie a la profundidad, la - glándula submandibular se halla cubierta por la piel un tejido ce luloadiposo donde discurren el ramo de Jaffé del facial en la rama cervical transversa del plexo cervical superficial, el músculo cutáneo del cuello y la aponeurosis cervical superficial. La vena facial cruza esta cara en dirección vertical y se aloja en un sur

co glandular o bien en un desdoblamiento de la aponeurosis.

c) CARA INTERNA.- Corresponde por arriba a los músculos hiogloso y milohioideo que delimitan una hendidura por donde pasan el nervio hipogloso mayor y las venas linguales. Por debajo, la cara interna de la glándula descansa sobre el estilohioideo y el digástrico sobrepasando el tendón intermedio, de manera que el polo inferior excede el nivel del hueso hioides, de esta cara se desprenden en el conducto excretor y sus dos prolongaciones.

d) EXTREMIDAD ANTERIOR.- Es de aspecto redondeado y se aplica al vientre anterior del digástrico.

e) EXTREMIDAD POSTERIOR.- Costendo el estilohioideo y el vientre posterior del digástrico, el extremo dorsal de la glándula submandibular alcanza el ángulo de la mandíbula y se relaciona con el constrictor superior de la faringe. El tabique submaxiloparotideo reforzado por fascículos fibrosos del ramillete de Riollano, lo separa de la celda parotidea. Por mediación de un tejido celular laxo se conecta con la región paramigdalina.

La arteria facial puede tener una relación de aproximidad, pero en otros casos el vaso se aloja en un canal labrado en el espesor de la glándula. A este nivel emite la submentoniana, a la que hemos visto dividirse en dos ramas: una superficial siguiendo el borde inferior de la mandíbula, y otra profunda que perfora el milohioideo para terminar en la región sublingual.

f) BORDE EXTERNO.- Contacta con el borde inferior de la mandí**u** bula.

g) BORDE SUPERIOR.- Corresponde a la inserción maxilar del mi**u** lohioideo y a la mucosa del surco gingivolingual, donde se locali**u** za el nervio lingual.

h) BORDE INFERIOR.- Alcanza el asta mayor del hio**u** ides y la mem**u** brana tirohioidea.

PROLONGACIONES

Son irregulares en cuanto a tamaño y número, siendo las más -
constantes una anterior y otra posterior.

a) PROLONGACION ANTERIOR.- Es una lengüeta conoide y aplastada de 20 mm de longitud que se desprende de la parte profunda de la -
glándula. Invade el hiato submaxilar, en compañía de los nervios -
lingual e hipogloso mayor, el conducto de Wharton y la vena lingual superficial.

b) PROLONGACION POSTERIOR.- Cuando adquiere cierto desarrollo, esta prolongación se dirige hacia arriba y atrás hasta alcanzar el fondo del surco gingivolingual, a la altura del tercer molar inferior. La presencia de tejido conectivo y glandular en esta región del piso de la boca explica la patogenia de los flemones glosu**u** prahicideos de origen dentario.

CONDUCTO DE WHARTON. Es el conducto excretor de la glándula submandibular. Tiene 4 a 5 cm de longitud, presentándose en el cadáver con el aspecto de una vena de paredes delgadas y color blanquecino. El calibre es irregular, varía entre 2 y 4 mm., siendo su segmento más estrecho el ostium umbilical. Es poco extensible a la insuflación artificial o inyección de líquidos.

El conducto de Wharton, originado por la unión de dos colectores procedentes de la cara profunda de la glándula submandibular, se orienta hacia arriba, adelante y adentro, oculto en su nacimiento por la prolongación anterior de la glándula con la cual penetra en el hiato submaxilar, acompañado por un vazo venoso y los nervios hipogloso mayor y lingual. Seguidamente invade el piso de la cavidad bucal y se adosa a la cara interna de la glándula sublingual, describiendo en su trayecto una curva a concavidad inferior que abraza a otra inversa determinada por el nervio lingual, entrecruzándose en X ambos elementos anatómicos. Después de un breve trayecto submucoso, el conducto de Wharton desemboca por un orificio casi invisible en el vértice de una papila situada a cada lado del frenillo lingual y llamada CARANCULA SALIVAL.

VASOS LINFATICOS Y NERVIOSOS.- Las arterias provienen de la facial y su colateral la submentoniana. Las VENAS desaguan en la submentoniana y la facial.

Los LINFATICOS son tributarios de los ganglios submaxilares y de los ganglios cervicales profundos.

Los NERVIOS secretomotores proceden del ganglio submaxilar y de la cuerda del tímpano. La inervación simpática deriva del plexo que rodea la arteria facial.

GLANDULA SUBLINGUAL

Es la más pequeña de las glándulas salivales principales y - está situada en el piso de la boca, por debajo de la mucosa del surco gingivolingual.

Se la compara a una oliva o almendra aplanada en sentido transversal y ligeramente afilada en sus extremidades, siendo más ancha y profunda su porción anterior. Su peso aproximado es de tres g. y su coloración a la de la glándula submaxilar. La secreción es de tipo mixto a predominio mucoso y tiene aproximadamente de 35 a 45 mm de longitud.

RELACIONES

A diferencia de la parótida y submaxilar, la glándula sublingual no se aloja en una auténtica celda anatómica, estableciendo relaciones topográficas con los elementos vecinos a través de un tejido celular laxo que invade otras regiones limítrofes de gran importancia quirúrgica.

De acuerdo con su morfología, se distinguen dos caras, dos bordes y dos extremidades.

a) CARA EXTERNA.- Se apoya sobre la fosita sublingual del ma-

xilar inferior.

b) CARA INTERNA.- Relacionada con el cuerpo muscular de la lengua, aunque separada de ésta por los nervios lingual e hipogloso mayor, el conducto de Wharton y los vasos sublinguales.

c) BORDE SUPERIOR.- Determina la formación de la caráncula sublingual.

d) BORDE INFERIOR.- Corresponde al músculo genihioideo el cual ocupa el espacio angular que forman al separarse milohioideo y geniolooso.

e) EXTREMIDAD ANTERIOR.- Tiene relación con la glándula del lado opuesto, por encima de los tendones que se insertan en las apófisis geni.

f) EXTREMIDAD POSTERIOR.- Contacta con la prolongación anterior de la glándula submaxilar en la que puede fusionarse.

En un corte verticotrassversal que pasa por la porsión anterior del suelo bucal, se observa que las glándulas sublinguales ocupan un espacio cuadrangular con las siguientes paredes: interna, representada por la masa muscular de la lengua; externa, constituida por la fosita sublingual de la mandíbula; inferior, formada por el músculo milohioideo, y superior, relacionada con la mucosa gingivolingual.

CONDUCTOS EXCRETORES.- La glándula sublingual no es tan homogénea como las otras glándulas salivales, puesto que está constituida por la reunión de varias glándulas pequeñas, cada una de las cuales posee su propio canal excretor, llamados conductos de WALTHER, que ascienden verticalmente en número de 10 a 30, para desembocar en una serie de papilas situadas a lo largo de las carúnculas sublinguales.

El más voluminoso, y a veces único, recibe el nombre de conducto de RIVINUS o de BARTHOLINO; nace en la parte media de la cara interna de la glándula, acompaña al conducto de Wharton y se abre por fuera de él, cerca del frenillo lingual.

VASOS, LINFATICOS Y NERVIOSOS. Las ARTERIAS son ramas de la sublingual y submentoniana. Las VENAS terminan en las linguales profundas y en la ranina. Los LINFATICOS normalmente desaguan en los ganglios submaxilares y en las cadenas yugulo carotídeas, aunque algunos son tributarios de los ganglios submentales.

Los NERVIOS secretomotores provienen del ganglio sublingual y de la cuerda del tímpano. La inervación simpática depende del plexo que rodea a la arteria facial.

2.2. ANATOMIA MICROSCOPICA

Microscópicamente, todas estas glándulas tienen constitución semejante; están compuestas de acinos mucosos, serosos o combinaciones de ambos. La diferencia principal en determinado fragmento

de tejido es el número relativo de acinos mucosos o serosos; la glándula parótida es casi por completo serosa.

CELULAS MUCOSAS. El aspecto de las células mucosas y serosas varían con el estado de actividad funcional. Cuando se estudian en fresco se vé que las células mucosas contienen muchas gotitas o gránulos de mucígeno, la sustancia antecesora de la mucina. La célula mucosa está por lo regular tan llena de gotitas de mucígeno que hacen menos visibles a los otros elementos. Se han observado unos cuantos gránulos, probablemente mitocondrias, entre las gotitas, pero los núcleos no son visibles en material fresco.

CELULAS SEROSAS. Cuando se estudian en fresco, se vé que contienen gran número de gránulos muy refráctiles, conocidos como gránulos de secreción o de cimógeno. Se encuentran localizados principalmente entre el núcleo y la superficie libre de la célula y son menos lábiles que las gotitas de mucígeno.

Ya que las glándulas menores y las glándulas sublinguales son sistemas muy sencillos, sus conductos excretores recubiertos de epitelio son pequeños y cortos. Los sistemas de conductos de las glándulas parótida y submaxilar están formados de una serie de conductos de mayor calibre. Estos drenan lóbulos y a su vez se unen al conducto excretorio principal en la boca. Por lo tanto, si la distribución de los conductos se viera en su totalidad, parecería un árbol sin hojas la terminación de cada pequeña ramita sería un acino individual, las ramas más grandes los conductos

interlobulares, y el tronco el conducto excretor principal.

Los CONDUCTOS INTERCALARES. Son tubos delgados, ramificados, - están cubiertos por una sola capa de células epiteliales cuboideas bajas.

Los CONDUCTOS ESTRIADOS. Están limitados por una sola capa de células epiteliales cilíndricas altas. (Ver figura 7)

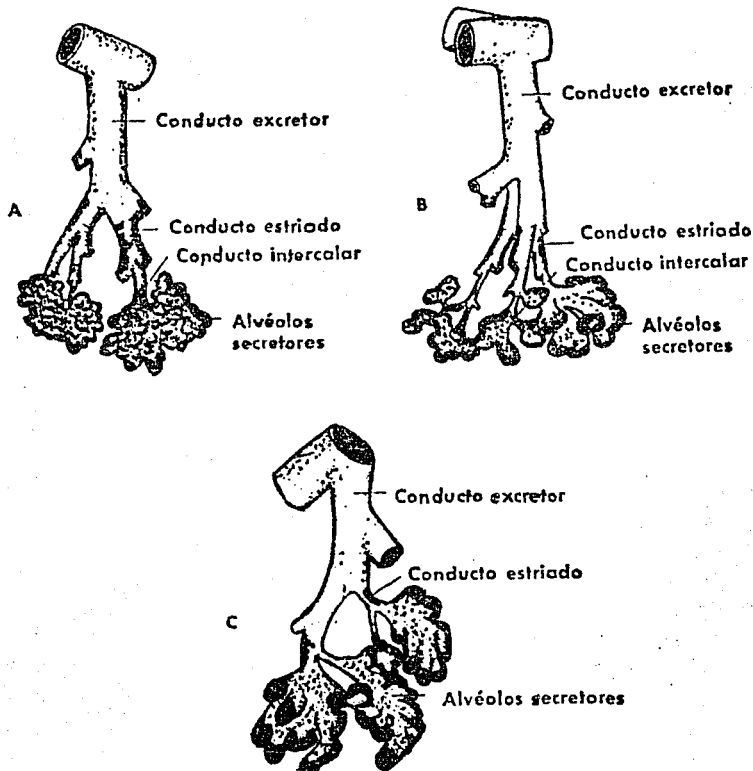


Fig. 7. Esquemas del sistema de conductos y porciones secretoras terminales.
A. parótida. B. submaxilar. C. sublingual.

Los principales elementos tisulares vistos microscópicamente son: epitelio glandular representativo de la porción secretora de la glándula, epitelio cúbico que reviste los conductos, compartimiento de tejido conectivo que dividen los lóbulos individuales y cápsula de tejido conectivo.

Además existen otro tipo de células grandes llamadas ONCOCITOS que tienen un núcleo pequeño, picnótico, central, y citoplasma abundante fuertemente eosinófilo. Se encuentran más frecuentemente en las glándulas parótidas y submaxilares de los individuos de edad mayor.

CAPITULO 3

ETIOPATOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES

La función normal y la salud de la boca dependen de la secreción y función normales de la saliva por las glándulas salivales mayores y menores. Una deficiencia de la secreción salival produce boca seca, lo cual, además de ser un síntoma desagradable, fomenta la infección bucal. Las glándulas salivales individuales se afectan con más frecuencia, y las principales causas son las siguientes:

3.1. OBSTRUCCIONES

- Cálculos (Sialolitiasis)
- Quistes, Mucocelos
- Sialoangiectasia
- Ranula
- Fistula salival
- Atrofia

3.2. INFECCION E INFLAMACION

- Parotiditis. Parotiditis epidémica aguda.
- Sialadenitis aguda ascendente.
- Tuberculosis
- Sífilis
- Gonorrea

3.3. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

- Daño por radiación
- Síndrome de Sjogren y síndromes relacionados.

3.4. TUMORALES

BENIGNOS

- Adenomas
- Cistadenoma papilar linfomatoso
- Quiste branquial
- Tumores mixtos
- Neurilemoma

MALIGNOS

- Mucoepidermoides
- Carcinoma epidermoide
- Adenocarcinoma

3.1. ENFERMEDADES POR OBSTRUCCION

Cálculos salivales o Sialolitiasis

En ocasiones se forma un cálculo en una glándula salival en un conducto por sedimentación de sales de calcio alrededor de un nido de materia orgánica.

Por lo menos 80% de los cálculos se forman en la glándula submaxilar cerca del 6% en la parótida y alrededor de 2% en la sublingual y en las glándulas salivales menores.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los adultos son afectados en forma predominante y los hombres con el doble de la frecuencia que las mujeres. Por lo general los cálculos salivales son unilaterales y el síntoma típico es dolor al comer, que es cuando el olor o el sabor de la comida estimula la secreción salival. De manera alternativa la obstrucción del conducto causa infección, dolor y tumefacción de la glándula. En ocasiones puede no haber síntomas hasta que el cálculo aumenta mucho de tamaño y se desplaza por el conducto al grado que puede sentirse en la boca. Otras veces el cálculo se puede descubrir en una radiografía sistemática. Los cálculos no son causa de boca seca.

QUISTES, MUCOSELES

El tipo de quiste salival más común es el quiste de mucosa con extravasación pero en ocasiones también se forman quistes de retención mucosa. Los mucoseles son los quistes más comunes de los tejidos blandos de la boca. Afectan sobre todo a las glándulas salivales menores, en particular a las del labio.

ETIOLOGIA Y CARACTERISTICAS PATOLOGICAS

Por lo general la causa parece ser la lesión del conducto de una glándula mucosa. Esto puede ser causado por un golpe en el labio, como le podría suceder, por ejemplo, a un árbitro de fútbol americano con el silbato en la boca.

Las características histológicas sugieren desgarramiento del conducto y la saliva fluye por los tejidos superficiales circundantes

provocando una reacción inflamatoria. Las acumulaciones de saliva gradualmente coalescen y forman un quiste redondo, por lo general rodeado por un tejido conjuntivo comprimido, sin una capa epitelial. Con menos frecuencia el conducto puede quedar obstruido pero con daño menos grave, de modo que la saliva no se escapa a los tejidos circundantes. De esta manera se forma un quiste de reten^oción con un revestimiento epitelial de epitelio del conducto comprimido.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los mucoseles se forman con más frecuencia en el labio inferior y en ocasiones en la mucosa bucal o en el piso de la boca (ránula). Por lo general son superficiales y miden hasta 1 cm de diámetro, aunque en ocasiones pueden ser más grandes. En las primeras etapas se manifiesta como tumefacciones carnosas redondeadas. Cuando están completamente desarrollados tienen un aspecto quístico, hemisférico, fluctuante y de color azulado debido a la delgada pared.

No es posible distinguir clínicamente el quiste de extravasación, pero ésto tiene poca importancia práctica. En todo caso, los quistes de retención son muy poco comunes.

SIALOANGIECTASIA

La palabra denota dilatación intensa de la glándula y su sistema de conductos, debido a estasis de la secreción salival ocasionada por obstrucción. La causa más 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.

RANULA

A menudo se usa este término de manera vaga para cualquier quiste situado en el piso de la boca, incluyendo los dermoides sublinguales, pero se aplica de manera más apropiada a los mucocelos que se originan en la glándula salival sublinguales o submaxilares. Son poco comunes.

ETIOLOGIA Y CARACTERISTICAS PATOLOGICAS

Son básicamente las mismas que las de los mucocelos en otros sitios, aunque por lo general una ránula tiene revestimiento epitelial.

Las ránulas suelen ser unilaterales y de 2 ó 3 cm de diámetro. En ocasiones son más grandes y se extienden a lo largo de todo el piso de la boca. Son suaves, fluctuantes y de color azulado.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Por lo general una ránula es indolora pero puede dificultar el habla o la masticación.

FISTULA SALIVAL

La fístula salival, es un trastorno raro, es una comunicación entre el sistema de conductos o la glándula, y la piel o la mucosa. Las fístulas internas drenan en la cavidad bucal.

ETIOLOGIA Y CARACTERISTICAS PATOLOGICAS

Puede ser el resultado de una herida en la mejilla o una complicación de la operación de una glándula. Con frecuencia ocurre infección y el derrame persistente de saliva impide la curación.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Son asintomáticas sin embargo, una fístula en la piel es molesta y a menudo persistente.

ATROFIA

La magnitud tiene papel importante en el efecto de la obstrucción en el tejido glándular. La obstrucción parcial resulta en - sialoangiectasia; la obstrucción con rotura del conducto produce quiste de retención; la obstrucción parcial generalmente va acompañada de infección; la obstrucción completa origina atrofia es rara.

ETIOLOGIA Y CARACTERISTICAS PATOLOGICAS

Suele resultar de un accidente quirúrgico en el cual el conducto excretorio principal se liga y todas las vías de escape del líquido se obliteran. Otra causa notable de la atrofia de la glándula salival son las dosis masivas de irradiación, durante el tratamiento de tumores malignos.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La pérdida de una glándula salival ocasionada por atrofia o extirpación tiene poca importancia. La pérdida de varias glándulas salivales mayores produce xerostomía y caries atípicas.

3.2. INFECCION E INFLAMACION

PAROTIDITIS, PAROTIDITIS EPIDEMICA AGUDA

ETIOLOGIA

La parotiditis es una infección aguda viral que causa tumefacción dolorosa, en particular de las parótidas y a veces de otras glándulas. Es muy infecciosa y puede causar epidemias menores. Es la causa más común de tumefacción de la parótida.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los niños son afectados en forma predominante. Después de un período de incubación de cerca de 21 días, se presenta dolor de cabeza, malestar, fiebre y tumefacción de las parótidas. Por lo general son afectados los dos lados y las tumefacciones son tensas, dolorosas y sensibles. La hinchazón detrás del borde posterior de la rama (del maxilar) puede ser suficiente para desplazar a la mandíbula hacia delante y dificultar la oclusión, aunque desde luego ésta es una manifestación sin importancia.

Los adultos que contraen parotiditis con frecuencia tienen complicaciones más graves, como orquitis u ooforitis. El ataque al estado general también puede ser más grave y prolongado. Otros órganos que también pueden resultar afectados son páncreas, hígado,

riñón o el sistema nervioso, aunque estas complicaciones son raras.

Después de un ataque la inmunidad es de larga duración y pocos pacientes sufren más de un ataque.

SIALADENITIS ASCENDENTE AGUDA

ETIOLOGIA Y CARACTERISTICAS PATOLOGICAS

Su principal causa predisponente es una deficiencia de la secreción salival. En lo pasado, era común como secuela bien reconocida de la deshidratación postoperatoria, de manera especial en pacientes debilitados, como resultado de una restricción deliberada de líquidos después de una operación abdominal o de vómito grave. En la actualidad la parotiditis ascendente es más probable que se deba a una causa como el síndrome de Sjögren.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La sialadenitis aguda produce tumefacción dolorosa que se acompaña de fiebre y malestar, la piel suprayacente es roja, brillante y tensa. En casos más graves puede haber edema de la cara y el cuello, y dificultad para abrir la boca.

Puede haber secreción purulenta por el conducto afectado o puede expulsarse pus ejerciendo presión.

TUBERCULOSIS

En la tuberculosis, la glándula parótida se afecta más a menu-

do 70% aproximadamente que la submaxilar 25% aproximadamente, y - que la sublingual y las glándulas menores 5% aproximadamente. La tuberculosis de las glándulas salivales mayores se produce de dos formas: la forma infiltrativa diseminada y la forma circunscrita nodular.

MANIFESTACIONES CLINICAS

FORMA INFILTRATIVA DISEMINADA

No existe ni dolor ni fiebre y, a veces, ni siquiera tumefacción. Los conductos secretores no contienen pus. En general, se - afecta sólo una glándula. Los trastornos de la secreción pueden - ser pronunciados o faltar del todo.

FORMA NODULAR CIRCUNSCRITA

Es a menudo difícil porque suelen faltar los síntomas de la - tuberculosis generalizada.

SIFILIS

Hace veinte años, eran tan frecuentes las sialadenitis sifilí tica como la sialotuberculosis. Hoy en día son raras. La distrib ción entre las glándulas salivales mayores corresponden a la de la tuberculosis.

Durante el período secundario de la sífilis, la glándula paró tida se afecta con la misma frecuencia que la submaxilar. En una infección mixta, el curso clínico es agudo y la tumefacción muy do lorosa. El flujo salival es notable.

GONORREA

La gonorrea de las glándulas salivales como causa de parotiditis aguda ha sido descrita una sola vez en un varón de 27 años homosexual tras fellatio.

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

DAÑOS POR RADIACION

El tejido salival es muy sensible a la radiación ionizante y algún daño a las glándulas salivales es consecuencia casi inevitable de la radiación en la región de la boca. Una dosificación alta de radiación produce atrofia irreversible del tejido salival y de la reconstitución fibrosa. El mecanismo preciso no se conoce - pero es evidente que no sólo se reduce el flujo, sino que la composición de la saliva cambia después de la radiación.

SINDROME DE SJÖGREN

Las características del síndrome de Sjögren son sequedad de la boca, sequedad de los ojos y artritis reumatoidea. Cualquier par de estas características es suficiente para hacer el diagnóstico, pero si se presenta sequedad de la boca y de los ojos sin artritis reumatoide el estado se conoce como síndrome de boca seca.

ETIOLOGIA Y CARACTERISTICAS PATOLOGICAS

Existe una gran variedad de anormalidades inmunológicas que se asocian al síndrome de Sjögren, aunque de una manera un tanto inconstante y errática. En general la enfermedad se considera que es un trastorno inmunológico y las características histológicas tam--

bién son compatibles con esta idea. Sin embargo, a diferencia de otras enfermedades de la colágena, el síndrome de Sjögren no responde al tratamiento inmunosupresor.

El cambio histopatológico característico en las glándulas - afectadas por el síndrome de Sjögren es una infiltración progresiva de células linfocíticas y plasmáticas. Esto da lugar a atrofia de los acini de la glándula, pero también hiperplasia de tejido del conducto.

En las etapas tempranas pueden verse pequeñas cantidades de - células mononucleares que se infiltran alrededor de los acini y - de los tejidos del conducto. A medida que la enfermedad progresa los acini se atrofian cada vez más y desaparecen hasta que al final el tejido de la glándula es reemplazado por una infiltración masiva de linfocitos, entre los que pueden observarse islas de tejido hiperplásico del conducto. Este infiltrado permanece confinado dentro de la cápsula de la glándula.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El síndrome de Sjögren afecta de manera predominante a las mujeres de edad madura o mayores. Es un trastorno cuyo diagnóstico muchas veces se pasa por alto y es la causa principal de boca seca persistente en este grupo. Una importante razón por la que no debe omitirse este diagnóstico es el hecho de que esta enfermedad puede causar un daño grave a los ojos si no se trata en una etapa temprana.

BOCA

Además de causar el síntoma de boca seca, la xerostomía puede dar lugar a dificultades al comer o deglutir los alimentos, perturbaciones en la sensación del gusto; puede afectar a la calidad del habla, predisponer a infección, y producir dolor de la boca.

En las etapas tempranas puede haber pocos cambios clínicos visibles aunque las pruebas objetivas demuestren secreción parotídea disminuida.

En casos de enfermedad arraigada la mucosa de la boca está notablemente seca, con frecuencia roja, brillante y apergaminada. La lengua suele estar roja, las papilas se atrofian de manera característica y en los casos más graves el dorso de la lengua se vuelve lobulado y tiene un aspecto típico de guijarro.

Con la reducción en la secreción salival cambia la flora de la boca y las infecciones candidiásicas son comunes. Estas últimas son las causas principales del dolor de la boca en el síndrome de Sjögren y se caracterizan por eritema generalizado de las mucosas, a menudo con estomatitis angular.

Otros efectos secundarios de la sequedad de la boca son carries dental rápidamente progresiva y enfermedad periodontal en el paciente dentado. En las personas desdentadas puede haber dificultad para la retención de prótesis dentales, pero ésto sorprendentemente es poco común.

CRECIMIENTO DE LA GLANDULA SALIVAL

Este es muy variable. Se puede encontrar antecedentes de tumefacción de la parótida en cerca de 30% de los pacientes, pero clínicamente es mucho menos frecuente.

OJOS

La lesión es una queratoconjuntivitis seca, es decir, hay deficiencia de la secreción lagrimal, lo cual produce inflamación. El síntoma inicial de sequedad progresa a una sensación urente y de arena en los ojos, cada vez más molesta, con manifiesto enrojecimiento debido a la conjuntivitis. Incluso en los casos leves hay costras suaves que se forman en el canto.

La queratoconjuntivitis es una de las complicaciones más importantes del síndrome de Sjögren, en cuanto que puede dar lugar a alteraciones de la visión o finalmente a ceguera.

3.4. TUMORALES

BENIGNOS

ADENOMAS

El adenoma peomórfico (tumor mixto) es el más común de todos los tumores de la glándula salival. Tal vez procede principalmente del epitelio del conducto, y su característica común son las estructuras iguales a las del conducto. Sin embargo, su aspecto es muy variado y es normal ver una gran variedad de estructuras epiteliales y zonas de metaplasia escamosa, a menudo con queratinización.

Además del elemento obviamente epitelial, en general hay zonas extensas de productos de tejido conjuntivo de apariencia fibrosa, mixoide o cartilaginoso. En general se cree que una parte de estas características se deben a secreción glandular alterada y otra parte esencialmente al tejido conectivo, con aspecto diferente debido a los efectos incluidos por elementos epiteliales.

MANIFESTACIONES CLINICAS

De manera predominante afecta a los adultos, y el sitio común es el paladar, a menudo en la unión del paladar duro con el blando, y en ocasiones la mejilla o el labio, en particular por encima del surco labial superior. En general el crecimiento es lento, y a veces el tumor tarda varios años en alcanzar 2.5 cm de diámetro.

Los adenomas pleomórficos con frecuencia forman tumefacciones gomosas ligeramente lobuladas. Cuando el tumor se encuentra de manera superficial debajo de la membrana mucosa puede ser de color azulado. Generalmente la tumefacción está adherida a la membrana mucosa suprayacente pero se mueve libremente sobre los tejidos más profundos. Si no se curan los adenomas salivales crecen demasiado, y en ocasiones se hacen malignos.

OTROS TIPOS DE ADENOMAS

Todos éstos son menos comunes que el adenoma pleomórfico. Incluyen al adenoma monomórfico que se caracteriza por un tipo de célula uniforme y un patrón estructural relativamente regular.

De manera virtual el adenolinfoma sólo afecta a las parótidas. Histológicamente las apariencias son características y existe un patrón quístico papilar, por lo general los quistes están revestidos por un epitelio columnar estratificado profundo en el que hay tejido linfoide con formación de folículos linfoides.

Los tumores de las células acínicas que surgen de las acinosos son muy poco frecuentes y ascienden a 1%, a lo máximo, de los tumores de las glándulas salivales, incluyendo el de la parótida. La mayor parte son benignos pero existen variantes malignas.

CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO

(TUMOR DE WHARTIN)

Este tumor benigno de crecimiento lento puede aparecer en cualquier parte dentro de la glándula parótida o cerca de ella, generalmente en la región del ángulo o de la rama ascendente de la mandíbula, o bien por debajo del lóbulo de la oreja. Es firme, no duele a la palpación y puede estar lo suficientemente circunscrito para presentar peloteo.

El tumor de Warthin es más frecuente en varones durante la quinta década pero puede aparecer en cualquier sexo y en la edad más temprana o más avanzada.

QUISTE BRANQUIAL

El quiste branquial es una anomalía embriológica, no neoplástica ni maligna, que se origina en el epitelio incluido entre los ar

cos branquiales al tiempo en que se funden. Generalmente se manifiesta como un aumento de volumen en la cara lateral del cuello o en el piso de la boca; se ha presentado en sitios vecinos o dentro de las glándulas salivales principales; en tales casos es difícil diferenciarlos por medios clínicos de tumores de la glándula.

El quiste branquial es firme pero más blando, en general, que cualquier otra neoplasia verdadera. Puede sufrir remisiones periódicas, signo que nunca presenta una neoplasia verdadera. Puede haber movimiento pero no siempre es característico, ya que el quiste puede fijarse a estructuras que se mueven con dificultad, o bien puede haber experimentado un episodio inflamatorio previo que produjo fibrosis periférica.

TUMORES MIXTOS

Los tumores mixtos se presentan con mayor frecuencia en la glándula parótida, generalmente en el ángulo de la mandíbula o por debajo del lóbulo de la oreja. Son menos comunes en glándula submaxilar y las glándulas salivales menores del paladar y los labios.

Los tumores mixtos son indoloros, de crecimiento lento, y generalmente los descubre por el tacto al afeitarse.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Clínicamente, los tumores mixtos son muy duros probablemente en parte debido a que están formados de elementos de tejido epitelial y conectivo. Generalmente están encapsulados por tejido fibro

so y son fácilmente móviles; sin embargo, a medida que aumenta - de volumen, abarcando más tejido, pueden volverse fijos y aun - dar la impresión de induración. Los tumores recidivantes, en cambio, casi sin excepción están muy fijos. Los tumores mixtos generalmente son nodulares a la palpación y dan la impresión de estar formados de una o más masas globosas.

NEURILEMOMA

(SCHWANNOMA)

Este tumor se incluye en este capítulo no porque se presente en el tejido de las glándulas salivales, sino a causa de que en - ocasiones afecta a ramas del séptimo par craneal o nervio facial, y porque tiene gran semejanza clínica con los tumores mixtos, al grado que la diferenciación clínica es casi imposible.

Este tumor es benigno, de crecimiento lento y asintomático. - Es encapsulado y fácilmente movable.

MALIGNOS

MUCOEPIDERMOIDE

Antes se dividían en dos grupos: malignos y benignos. Aún ahora parece estar justificado creer que algunos son de un grado mayor de actividad biológica que otros, y por lo tanto, más malignos. Sin embargo, estos tumores son, en general, malignos y deben considerarse y tratarse como tales.

Los tumores mucoepidermoides pueden crecer rápidamente o con -

lentitud.

Rara vez presentan dolor, a menos que se presente infección o invasión de estructuras vitales. Son más frecuentes en la glándula parótida, pero pueden aparecer en cualquier sitio donde exista tejido salival. Por palpación se sienten, firmes, indurados, y fijos a los tejidos vecinos; no presentan peloteo.

CARCINOMA EPIDERMOIDE

Al igual que los tumores mucoepidermoides, el carcinoma epidermoide se origina del revestimiento epitelial de las glándulas salivales y sus conductos. Sin embargo, a diferencia de los tumores mucoepidermoides, no hay duda acerca de la malignidad de los carcinomas, sino sólo acerca del grado relativo de la misma. Se acepta - que estos tumores probablemente se originan dentro de los conductos, aunque la invasión del tejido glandular vecino es temprana. - La metástasis a los ganglios puede ser temprana o tardía, dependiendo del comportamiento individual del tumor.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas, signos y pruebas de estos tumores son semejantes a los que se encuentran en los tumores mucoepidermoides y no hay - entre ellos una diferencia clínica neta.

ADENOCARCINOMA

Existen numerosas lesiones, a las cuales se han dado muchos - nombres, que pueden agruparse con la denominación general de adeno

carcinoma. Se incluyen en ésta: al carcinoma basocelular pseudo--adenomatoso (tumor mixto basaloide adenoquistico o cilindroma), al adenocarcinoma papilar, adenocarcinoma de células serosas, al adenocarcinoma de células mucosas, al oncositoma maligno y al tumor mixto maligno. Estos y muchos otros términos sirven principalmente para confundir al clínico. Para mayor claridad, al pensar - en estas lesiones debe entenderse que todas son malignas, todas - son asesinos potenciales y todas requieren alguna forma de ciru--gía o irradiación radical para curarlas.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas de estas lesiones, con la notable excepción del cilindroma, son generalmente los que se han visto en el tumor mucoepidermoide y el carcinoma epidermoide. El cilindroma suele ser una lesión de crecimiento lento; sus características histológicas y su crecimiento de aspecto benigno puede hacer creer al cirujano que no es una lesión agresiva. En realidad, tiene una poderosa -endencia a la recurrencia y a la extensión invasora con destrucción local, dando origen con frecuencia a sucesivas operaciones y, finalmente, a la producción de metástasis distantes en la fase final de la enfermedad.

Otros adenocarcinomas pueden crecer con gran rapidez y ser -tan anolásicos en sus caracteres microscópicos que dificultan su clasificación.

CAPITULO 4

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Uno de los problemas principales relacionados con el tratamiento de las lesiones de las glándulas salivales es la decisión del clínico respecto al tipo de lesión que se está tratando y a su localización anatómica en las diversas estructuras. El examen citológico se está volviendo cada vez más importante al formular el diagnóstico, debido a las mejoras de técnica y comprensión de los ejemplares obtenidos. La validez de este examen y la biopsia con aguja dependen en gran parte de la exactitud de técnica con que se obtuvieron los tejidos, así como del entrenamiento y capacidad del patólogo responsable de analizar éstos. Se puede depender de las -- biopsias, pero implican cortar la cara y están contraindicadas en las lesiones inflamatorias. El clínico debe decidir con los medios no quirúrgicos a la mano, cuáles, si es que se necesitan, son los pasos indispensables para lograr un diagnóstico exacto. Los medios de que se dispone son principalmente LA HISTORIA, EL EXAMEN FISICO y EL EXAMEN RADIOGRAFICO. Con éstos puede determinarse un curso de tratamiento lógico o bien otros estudios diagnósticos. A veces, - los exámenes clínicos de laboratorio ayudan a tomar una decisión.

HISTORIA CLINICA

Una historia de la lesión de que se trata frecuentemente ayuda a definir su naturaleza.

DURACION

La duración de una lesión es un factor importante. Si la lesión es vieja y tiene una historia de remisiones y exacerbaciones es probablemente de naturaleza inflamatoria. Si es vieja y tiene historia de crecimiento lento y continuo generalmente es un tumor benigno o de escasa malignidad. Si es una lesión nueva con síntomas agudos, sugiere inflamación. Una lesión nueva con aumento de volumen indoloro, sin embargo, sugiere malignidad desde el principio.

FORMA DE INICIACION

La forma del comienzo puede dar alguna clave. Si el comienzo es gradual e indoloro, pero continuo, sugiere tumor. Si es repentino y doloroso el diagnóstico de inflamación es más adecuado aunque no puede descartarse el tumor de crecimiento rápido con infección agregada.

RAPIDEZ DE CRECIMIENTO

La rapidez de crecimiento es un punto diagnóstico importante que indica el grado de malignidad. Una lesión de crecimiento lento pero continuo es raras veces inflamatorio o de un grado avanzado de malignidad. Una lesión de crecimiento rápido puede ser una u otra; sin embargo, el dolor, el exudado, la fiebre o las alteraciones hemocitológicas con tendencia a inmadurez suelen acompañar a las inflamaciones. Debe recordarse que los tumores no son dolorosos hasta que invaden los tejidos vecinos sensitivos o se infectan. Las lesiones de crecimiento rápido con historia de resolu---

ción y remisión son frecuentemente inflamatorias. Las lesiones de crecimiento lento con historia de remisiones generalmente son quistes o algún otro fenómeno de retención. No es típico que ningún neoplasma desaparezca o disminuya; sin embargo, algunos tienen periodos de inactividad biológica.

ESTADOS ASOCIADOS

La historia de otros estados asociados al síntoma actual con frecuencia ofrecen una clave o una explicación del problema. Una historia de tuberculosis juvenil o de tuberculosis en la familia puede explicar la presencia de un cuerpo calcificado en la región de la glándula salival cuando no pueden demostrarse ninguna conexión con la glándula. La historia de neumonía por neumococo u otra enfermedad febril aguda puede señalar el comienzo de una sialadenitis crónica, especialmente de la glándula parótida.

Las anestesiass generales prolongadas, generalmente con empleo de antisialogogos, son datos importantes, al igual que cualquier otro estado caquético o de deshidratación.

EXAMEN FISICO

Un examen físico adecuado es el factor individual más importante en el diagnóstico diferencial de cualquier trastorno. Además del examen físico general para determinar los factores generales que puedan intervenir, debe llevarse a cabo un examen cuidadoso de las glándulas anexas. Es importante recordar que tanto las glándulas submaxilares como las parótidas tienen ganglios linfáticos ad-

yacentes dentro de la estructura glandular misma. Las infecciones adyacentes o los tumores situados en las áreas de drenaje de estos ganglios ocasionan con frecuencia aumento de volumen que parecen ser primarios de las glándulas. Ejemplos típicos de éstos son las infecciones oculares que producen aumento de los ganglios parotídeos, o las de los dientes que ocasionan agrandamiento de los ganglios submaxilares. Los tumores de la piel de la cara, como el melanoma, de la cavidad bucal y de las estructuras faciales pueden producir agrandamientos de los ganglios linfáticos de la cabeza y cuello. Las metástasis distantes son relativamente raras, aunque la invasión de estos ganglios por los linfomas malignos es frecuente.

Es necesario el examen bimanual de estas lesiones, y puede recogerse mucha información con el dedo examinador. El examen manual se efectúa correctamente colocando un dedo dentro de la boca y la mano opuesta sobre la lesión. La manipulación cuidadosa de ambas manos puede proporcionar los datos que a continuación se dan.

LOCALIZACION DE LA LESION

Las lesiones de los conductos se palpan mejor por dentro de la boca cuando la lesión se encuentra dentro o en el conducto submaxilar o en el tercio anterior del conducto parotídeo. Las lesiones del hilio de la glándula submaxilar inmediatamente por delante del punto en que pasa por debajo del músculo milohioideo también se palpan mejor por dentro de la boca. La mayoría de los cál

culos salivales corresponden a esta categoría.

Las lesiones situadas por fuera de la musculatura de la boca - pueden ser desplazadas hacia afuera por el dedo intrabucal y palparse con más frecuencia y facilidad con la mano extrabucal. Pueden desplazarse porciones de la glándula misma y su contextura - apreciarse fácilmente. Los ganglios y tumores pueden sujetarse e identificarse. Las lesiones que no son palpables o movibles desde el interior de la boca se juzgan en relación con su localización. Exprimir la glándula y el conducto bimanualmente permite estimar la naturaleza de la secreción y, por lo tanto, de la localización de la lesión. Las lesiones situadas fuera de los conductos rara vez producen pus dentro del sistema canalicular a menos que estén tan avanzadas que los ocluyan por presión.

CONSISTENCIA DE LA LESION

Las lesiones circunscritas tales como los tumores mixtos, ganglios inflamatorios aumentados y schwannomas se mueven y pueden desplazarse fácilmente. De este fenómeno se saca en conclusión - que la lesión no ha invadido los tejidos vecinos y no está rodeada de exudado inflamatorio difuso. Areas inflamadas en forma aguda, abscesos, tumores malignos invasores o sus extensiones linfáticas no se mueven fácilmente, por haber infiltrado la enfermedad los tejidos circundantes. Una excepción es el ganglio linfático - invadido por metástasis tempranas y que todavía no ha perdido su integridad capsular. Las lesiones tienen peor pronóstico. Aunque el signo diferencial primario entre una lesión inflamatoria leño

sa es la presencia o ausencia de dolor, no se puede depender de este signo, ya que puede haber infección en cualquier neoplasia - maligna avanzada. En general, la induración del área en cuestión, es un signo grave, especialmente si faltan los signos cardinales de infección o no se encuentran en proporción con la historia del trastorno. La induración es típica de las lesiones invasoras malignas y este signo debe considerarse como diagnóstico hasta que no se pruebe lo contrario.

La consistencia del resto de la glándula es muy importante. - Las lesiones malignas rara vez abarcan la totalidad de la glándula a menos estén infectadas o muy avanzadas. Por lo tanto, una - porción de la glándula aparece normal a la mano examinadora. Las infecciones, por el contrario generalmente producen tensión en toda la glándula, lo mismo que la obstrucción de los conductos.

La separación de la glándula de las lesiones que en realidad no la afectan es también muy importante. En muchos casos la tumefacción corresponde aparentemente a la glándula, pero la palpación y sujeción digital de la glándula o de la lesión, demuestran que ésta sólo tiene una relación anatómica y no histológica con la glándula. Esto es particularmente cierto en el quiste branquial en los quistes dermoides, en las hipotrofias ganglionares y en los aumentos de volumen inflamatorios primarios de los dientes. En estos casos la consistencia de la glándula no afectada es normal.

Muchas lesiones tienen consistencia típica. Los abscesos son generalmente fluctuantes; los quistes dermoides y otros quistes de

pared gruesa generalmente tienen consistencia pastosa; los cálculos son duros y pueden ser estrellados; la glándula infectada u obstruida generalmente es firme y tensa. Es obvio que la consistencia de la lesión es un signo diferencial importante.

REACCION SUBJETIVA

La respuesta subjetiva del paciente al examen bimanual con frecuencia varía de acuerdo según la naturaleza de la enfermedad.

Los estados inflamatorios por lo general se acompañan de dolor que aumenta con la manipulación. Debe recordarse que los tumores que se han infectado o que han invadido estructuras sensoriales pueden ser también dolorosas, pero ese dolor generalmente es un signo de malignidad tardío y no temprano.

Los tumores benignos, los de poca malignidad y los tumores malignos que comienzan rara vez son dolorosos. La manipulación puede llevarse a cabo sin queja del paciente a menos que se prolongue lo suficiente para provocar molestias. Por otro lado, los tejidos que recubren un cálculo salival casi siempre son sensibles a la palpación debido a la incompresibilidad del cálculo, a los procesos agudos algunas veces presentes y a la inflamación de los conductos vecinos.

VALORACION RADIOGRAFICA

Las radiografías comunes son de poco valor excepto en presencia de un cálculo calcificado o de invasión avanzada de las estruc-

turas óseas vecinas.

Por esta razón la radiografía común puede ser omitida a menos que el examinador tenga una razón para sospechar estas alteraciones. Cuando se sospecha un cálculo salival, las placas oclusal y lateral oblicua de la mandíbula son de gran valor para localizar los cálculos submaxilares. Las radiografías posteroanterior y lateral de la cara, con placa oclusal colocada en las paredes bucales y con exposición muy breve (medio a tres cuartos de segundo) pueden ser de valor para localizar cálculos de la parótida. La radiografía occipitosubmentoniana que limite el arco cigomático también puede ser útil.

El sialograma da más información diagnóstica. Este estudio especial se realiza inyectando aceite radiopaco en el sistema de conductos de la glándula y tomando las radiografías que estén indicadas. Se han descrito numerosas técnicas y equipos para realizar este estudio. Una que ha sido útil se ilustra aquí.

MATERIALES

Se necesitan los siguientes:

1. Tubos de polietileno de diferentes calibres y aproximadamente 46 cm. de largo, uno de cuyo extremo tiene bisel agudo.
2. Conector Luer-LoK del tipo utilizado para la anestesia raquídea continua.
3. Una jeringa con mango de anillo tipo Luer-Lok de tres centímetros cúbicos.

4. Un explorador roto, cuyo extremo sea redondo y pulido para usarlo como dilatador.
5. Cualquier aceite radiopaco como medio de contraste.

METODO

Se toma un tubo de politileno de calibre adecuado y se adapta al conector. Se llena la jeringa con la substancia de contraste y se fija al conector. Se saca todo el aire del sistema. El aceite sobrante sirve de lubricante.

Se quita la jeringa y el conducto en cuestión se canaliza. Si se produce dolor, se aplican unas gotas de anestésico local alrededor de la carúncula. Si la colocación de la cánula se dificulta puede introducirse el explorador para dilatar la abertura del conducto. Los factores que originan dificultades en la colocación - de la cánula son los siguientes:

1. Un tubo de calibre muy grueso
2. Un bisel áspero del tubo
3. Un bisel corto o muy romo del tubo.
4. Falta de lubricación del tubo

El tubo se inserta bien dentro del conducto.

En el conducto de la parótida, generalmente se encuentra un - obstáculo en el punto en que el conducto se dobla alrededor del - borde anterior del músculo masetero. En el conducto submaxilar suele bastar una distancia de tres o cuatro centímetros.

Se pide entonces al paciente que cierre la boca, y el tubo - puede mantenerse en su lugar con cualquier fijación sin comprimirlo. Vuelve a conectarse la jeringa y se instruye al paciente que la sostenga contra su pecho. De este modo puede moverse al paciente y colocarlo como quiera el radiólogo. Cuando el radiólogo ha colocado al paciente satisfactoriamente, se inicia la inyección - del medio de contraste. Se instruye al paciente para que levante la mano cuando sienta presión y nuevamente cuando experimenta dolor: Las cantidades de solución están sujetas a variación individual, puede dependerse más del llenado sintomático que de cantidades predeterminadas.

Se mantiene la presión por diez segundos después de aparecer dolor y se toma entonces el sialograma. Se mantiene ligera presión durante la colocación del paciente para radiografías adicionales. Las radiografías posteroanterior y lateral del cráneo pueden tomarse como quiera el operador. Después de tomar todas las radiografías, el tubo puede retirarse y instruye al paciente para que ayude a vaciar la glándula por masaje. El aceite residual en la glándula y sistema de conductos no es dañino y puede ser benéfico en algunas ligeras alteraciones inflamatorias.

El sialograma puede proporcionar bastante información, especialmente si ésta se relaciona con los signos clínicos. Sin embargo, no todas las lesiones tienen datos sialográficos típicos, y en muchos casos el diagnóstico final depende de la biopsia. Afortunadamente la mayoría de las lesiones inflamatorias tienen mani-

festaciones típicas cuando se relacionan con el curso clínico, en tanto que los tumores con frecuencia se caracterizan por la ausencia singular de signos sialográficos.

La interpretación sialográfica se hace mejor integrando los datos sialográficos, los datos clínicos, la historia y los conocimientos de las ciencias básicas. Con este fin se presentan un grupo de casos típicos en los cuales los hallazgos sialográficos y los datos clínicos fueron suficientemente claros para llegar a un diagnóstico exacto.

PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO

Hay varios procedimientos de laboratorio útiles en el diagnóstico diferencial de las lesiones de las glándulas salivales. Las paperas, la mononucleosis infecciosa y la sialadenitis aguda, que tienden a semejarse en sus primeras etapas, pueden diferenciarse por el examen de la sangre y del plasma. La mononucleosis infecciosa suele tener elevado porcentaje de linfocitos atípicos, así como número aumentado de linfocitos. La sialadenitis, si es aguda, puede revelar aumento de los leucocitos polimorfonucleares inmaduros en sangre. La prueba de aglutinación heterófila del plasma sanguíneo es útil para identificar la mononucleosis infecciosa.

La mayoría de los patólogos estiman que no pueden dependerse de los frotis de Papanicolaou para diferenciar las lesiones de las glándulas salivales. Las biopsias por aspiración o con aguja son difíciles de interpretar debido a las pequeñas cantidades de teji-

do disponible. Las secciones por congelación y las biopsias corrientes aportan datos de los que pueden dependerse plenamente - datos y completan los exámenes de laboratorio generalmente empleados.

La cuenta completa y la diferencial de los glóbulos sanguíneos pueden identificar la toxicidad relativa de la enfermedad; - sin embargo, no son de ningún modo específicas, ya que muestran - sólo la respuesta de la sangre a un proceso infeccioso.

Pueden realizarse los exámenes citológicos si se sospecha una afección maligna del sistema de conductos. Debe recordarse, sin - embargo, que la saliva simple de la boca es una muestra útil y que el material para este examen debe obtenerse del conducto de la - glándula sospechosa por medio de la canalización. La utilidad de - este examen es limitada y cuando los resultados son negativos no - son por ningún motivo definitivos. Los frotis, cultivos y pruebas de sensibilidad a los antibióticos son de valor cuando hay que emplear el antibiótico específico. La muestra debe tomarse también del conducto canalizado para evitar la contaminación bucal.

PRONOSTICO

El pronóstico de las enfermedades de las glándulas salivales - dependen casi siempre de un diagnóstico y tratamiento bien planeado para conseguir resultados favorables. Ya que cada tipo de le---sion requiere de un estudio y tratamiento diferente.

El pronóstico tanto de las enfermedades infecciosas, inflamatorias, obstructivas y degenerativas de las glándulas salivales - tienen un pronóstico favorable, con la adecuada atención clínica. De no ser así produciría complicaciones más graves, como es el - ejemplo de la Parotiditis que en los adultos trae como consecuencia la orquitis o lesiones a otros órganos.

En las enfermedades tumorales benignas de las glándulas salivales tienen un pronóstico favorable, después de haber sido diagnosticadas correctamente, esto es muy importante el poder distinguir una lesión benigna de una maligna.

Las enfermedades tumorales malignas son poco comunes, se caracterizan por tener un crecimiento rápido, y por lo general la radiación es el principal tratamiento elegido, pero el pronóstico es malo y no es rara una metástasis generalizada.

CAPITULO 5

TRATAMIENTO DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Como se vió en el capítulo 3, las enfermedades de las glándulas salivales son causadas por diferentes tipos de etiología.

Cada una de estas alteraciones requieren de un tratamiento específico y para llevar a cabo ésto existen diferentes tipos de tratamiento como puede ser; por medio de antibióticoterapia en casos de infecciones, quirúrgico en donde existan obstrucciones y tumores benignos o malignos que lo requieran y de un tratamiento paleativo en casos de tumores malignos muy avanzados en donde exista ya una metástasis.

5.1. TRATAMIENTO POR MEDIO DE ANTIBIOTICOTERAPIA

Las enfermedades infecciosas y sus consecuencias, constituyen con mucho la mayoría de casos que debe atender el cirujano dentista. Sin embargo por lo general estos casos se tratan esencialmente por medios quirúrgicos y los medicamentos antibacterianos se usan poco en su tratamiento. A pesar de ésto, los antibióticos son los medicamentos que se prescriben de manera más común por los dentistas pero tienen que aceptarse que se utilizan en forma excesiva como sucede en la medicina. El principal empleo de estos agentes antibacterianos en la odontología es para la prevención de infecciones graves. Estas infecciones sólo ocurren si microorganismos muy virulentos se introducen en los tejidos, o la resistencia de

los pacientes es baja y las defensas locales son incapaces de impedir la diseminación de la infección.

TRATAMIENTO GENERAL DE LAS INFECCIONES

La primera consideración es asegurarse del diagnóstico y, en particular de que el estado es infeccioso. Un neoplasma maligno - en el maxilar, por ejemplo, puede simular una osteomielitis; los dos causan tumefacciones dolorosas junto con la destrucción del hueso. Un tumor de los tejidos blandos también puede causar tumefacción dolorosa, a veces con inflamación superficial.

Cuando sea posible, debe tratarse la infección eliminando la causa y asegurando un drenaje adecuado. Cuando se ha formado un absceso debe eliminarse; un antibiótico no sacará el pus, aunque puede limitar la diseminación de la infección. Se puede suministrar antibióticos, pero no como una alternativa, además de una cirugía adecuada. La mayoría de los estados inflamatorios comunes - que se ven en la boca, son tratados de manera simple y efectivamente mediante cirugía y no hay justificación para administrar antibióticos.

ELECCION DEL ANTIBIOTICO

De manera ideal el medicamento debe ser efectivo contra el microorganismo implicado y no uno que haya tenido malos efectos en el paciente en lo pasado. En la práctica, cuando se ve por primera vez a un paciente con una infección aguda, se desconoce el microorganismo casual. La penicilina es efectiva para la mayoría

de las infecciones dentales y es la primera y es la primera opción a menos que haya datos de alergia en el paciente. Además del problema de hipersensibilidad a la penicilina, sólo debe de usarse -- otro antibiótico con diferentes espectros de actividad cuando existen indicaciones bacteriológicas para hacerlo así.

VIA DE ADMINISTRACION

La mayoría de los antibióticos comúnmente utilizados están -- disponibles en forma inyectable o por vía bucal.

Obviamente la administración bucal es más fácil y más agradable para el paciente, pero la absorción requiere un poco más de -- tiempo, y con frecuencia los niveles sanguíneos son más bajos que los obtenidos por la inyección. Además, tienen que aceptarse que -- a menudo los pacientes no son muy exactos para ingerir las tabletas o puede fallar la absorción del medicamento a causa de vómito.

Por lo tanto en las infecciones agudas crónicas en general deben administrarse los antibióticos por inyección para lograr una -- absorción rápida y segura.

DOSIFICACION

Los antibióticos deben administrarse en dosis suficientes para controlar rápidamente la infección.

A continuación se describen tratamientos para aquellas lesiones que no requieren de una intervención quirúrgica comúnmente.

a) PAROTIDITIS EPIDEMICA

Su tratamiento es simplemente sintomático como todas las enfermedades virales. El enfermo debe ser encamado, particularmente los varones, y ordenar lavados con alguna solución antiséptica alcalina. La dieta debe ser líquida durante el período agudo. Los fomentos calientes proporcionan algún alivio al dolor, o bien la aplicación de una pomada que contenga belladona e ictiol. El uso de analgésicos está indicado para ayudar al malestar general del paciente. La aplicación de vacuna antipaperas inyectada puede inducir resistencia parcial a la infección natural, recordando que se puede adquirir después de un ataque la inmunidad y es de larga duración.

b) SIALADENITIS AGUDA ASCENDENTE

Debe obtenerse una muestra de pus para cultivo bacteriológico y pruebas de sensibilidad a antibióticos en particular porque la infección puede ser causada por un estafilococo resistente a la penicilina. Una vez que se conocen la naturaleza y sensibilidad del microorganismo infectante, debe comenzarse el tratamiento con antibióticos. También es necesario el tratamiento de sostén incluyendo reposo en cama, balance positivo de líquidos y analgésicos.

c) SIALADENITIS CRONICA

El tratamiento consiste en eliminar cualquier obstrucción, pero si no se puede hacer ésto, o si la enfermedad está muy avanzada debe extirparse la glándula.

d) TUBERCULOSIS, SIFILIS Y GONORREA

El tratamiento para estas infecciones es por medio de antibióticos como es la estreptomycin para el caso de la tuberculosis y penicilina G benzatínica para la sífilis y la gonorrea. Estos casos son poco comunes en cuanto a lesiones bucales.

e) SINDROME DE SJUGREN O LA ENFERMEDAD DE MIKULICZ

El tratamiento suele ser negativo . Numerosos autores han manifestado malos resultados con cortisona. Denko y Bergenstal sugirieron que los mejores resultados se obtienen con 5 a 7.5 mg de prednisona diariamente, en combinación con 60 a 120 mg de tiroi--des. La sequedad de la boca puede aliviarse de manera parcial proporcionando saliva artificial a 2%, una solución saborizada de metilcelulosa, o un enjuague bucal con limón y glicerina. La sequedad de los ojos se trata con lágrimas artificiales de soluciones de metilcelulosa. Por lo general el dolor de boca se debe a la infección por candida albicans. Esto puede tratarse con nistatina o anfotericina, con tabletas no.

Una infección ascendente de la parótida, indicada por dolor, un aumento en el tamaño de la tumefacción e inflamación de la piel de recubrimiento debe tratarse con dosis altas de antibiótico.

f) DAÑO POR RADIACION

La xerostomía se trata de manera sintomática administrando un lavado bucal lubricante, tal como una solución de metilcelulosa. También es importante advertir a los pacientes que no chupen dulces y que limiten lo más posible la ingestión de azúcar para redu-

cir el riesgo de caries dental.

5.2. TRATAMIENTO QUIRURGICO

Con la posible excepción del tratamiento quirúrgico de los quistes de retención como mucocelos y ránulas, la sialolitotomía intrabucal es la operación más frecuentemente empleada en el sistema salival. Es una operación simple, frecuentemente olvidada por los médicos no entrenados en cirugía bucal a favor de la enucleación de la glándula. Si el cálculo está localizado favorablemente, su remoción a través de la boca conserva la glándula, y, por lo tanto, su función. Aunque se sabe que los sialolitos recurren y las glándulas pueden estar tan alteradas por la infección que requieran su extirpación posterior, en la operación original suele estar indicado un procedimiento más conservador debido a su éxito en manos de la mayoría de los operadores.

La glándula submaxilar puede extirparse sin consecuencias si la operación se realiza adecuadamente. Sin embargo, antes de extirparla deben considerarse los resultados de la pérdida de su función, aunque en pacientes con secreción salival en el resto de las glándulas su remoción no tiene consecuencias.

La extirpación de la glándula parótida es de mayor trascendencia. Siempre hay el peligro de lesionar el nervio facial, aunque una operación cuidadosa permite extirparla generalmente con sólo ligeros trastornos pasajeros del nervio.

Después de haber obtenido el diagnóstico correcto se procede rá a pasar a la intervención quirúrgica y ésto implica una serie de pasos para lograr con éxito los resultados; que son el preope ratorio, la operación y el posoperatorio.

En el preoperatorio se va a preparar al paciente y el instru mental, en este se debe tener gran importancia los términos asepsia y antisepsia, además de tener el conocimiento del instrumen tal que se va a utilizar como es el tamaño, los números adecuados etc., así como el tipo de sutura que se va a utilizar.

En la operación el cirujano debe de tener el conocimiento a-- cerca de la anatomía de la zona, el tipo de incisión, el tipo de cirugía que se va a realizar y algo muy importante la técnica de anestesia y tipo de anestésico que se va a utilizar en el pacien te.

En el posoperatorio se deben de tener en cuenta el cuidado - que debe de recibir el paciente, medicamentos e indicaciones que se le deben de dar al paciente.

SIALOLITOTOMIA INTRABUCAL DEL CONDUCTO SUBMAXILAR

La sialolitotomía intrabucal se efectúa mejor con el paciente - bajo anestesia local y en posición sentada.

El cálculo se localiza primero adecuadamente por medio de ra diografías y por palpación. Si es posible, y especialmente si el -

cálculo es pequeño y liso, se pasa una sutura a través del piso - de la boca por debajo del conducto y detrás 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. - Este paso es especialmente importante en personas obesas o en - aquellas que no son capaces de controlar la lengua voluntariamente. En personas delgadas o muy cooperadoras, la lengua puede sostenerse con un pedazo de gasa. La forma como la lengua puede controlarse y retraerse debe ser resuelta durante el examen, pero en todos los casos deben incluirse en el instrumental las pinzas de campo. Se palpa la glándula extrabucalmente y se empuja hacia arriba, hacia el piso de la boca, para poner los tejidos intrabucales 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. En la parte posterior del nervio lingual se encuentra por encima y afuera del conducto, lo cruza en el extremo posterior, del reborde milohioideo y pasa hacia dentro. Por lo tanto, 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 y por dentro del pliegue sublingual.

Tan pronto como el operador atraviesa la mucosa, se emplea - disección roma. Tanto la incisión como la abertura obtenida separando los tejidos deben ser suficientemente grandes para permitir el paso del dedo examinador, pues suele ser necesaria la reorientación. La disección roma continúa por los tejidos laxos hasta encontrar el conducto. Si se encuentra el nervio lingual en la incisión, debe separarse con cuidado pero nunca debe cortarse. La hemorragia es raras veces importante, pero en caso necesario debe - detenerse con ligaduras antes de continuar la operación. El conducto se identifica mejor a nivel del sitio en que el cálculo se ha - alojado. Si se presenta dificultad en esta etapa, puede pasarse - una sonda dentro del conducto para ayudar a localizarlo. Cuando se ha localizado el conducto, se hace un corte longitudinal directamente por encima del cálculo. El conducto no debe cortarse trans--versalmente ya que la retracción puede completar su división dando por resultado una fístula. La abertura debe poner de manifiesto el cálculo y ser lo suficientemente larga para permitir sacarlo. El - cálculo generalmente puede ser extirpado con una pinza pequeña, pero los cálculos grandes estrellados quizá tengan que ser fragmen--tados 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 bor--

des de la herida se suturan a nivel de la mucosa solamente y la -
recanalización se efectúa sin ninguna otra intervención.

SIALOLITOMIA INTRABUCAL DEL CONDUCTO PAROTIDEO

El acceso a las calcificaciones del conducto parotídeo puede ser más difícil que en la glándula submaxilar. La razón de esto - es la peculiaridad anatómica del conducto parotídeo. Después de - seguir un curso superficial y corto desde su abertura, el conduc- to parotídeo se dobla hacia afuera y rodea el borde anterior del músculo masetero, siguiendo después hacia atrás para unirse a la glándula. Por lo tanto, la extracción directa de los cálculos de este conducto sólo es posible cuando están colocados por delante del borde anterior del músculo masetero. Como la mayoría de los - cálculos del conducto parotídeo se alojan en un punto posterior a éste, la incisión directa es rara vez eficaz. Abrir el conducto - para seguirlo hacia atrás suele lesionarlo, lo mismo que a la carúncula, provocando estrechez que causan nueva estasis y formación de cálculos.

El procedimiento aconsejado, por lo tanto, consiste en hacer una incisión semilunar de arriba a abajo por delante de la carúncula. La carúncula, el colgajo de mucosa y el conducto se separan hacia la línea media el carrillo se empuja hacia afuera y se ob- tiene acceso libre a los segmentos más posteriores del conducto - siguiéndolo simplemente por disección roma. Este procedimiento - permite también que el conducto pueda llevarse hacia adelante de manera que el cálculo salga por la herida. 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.

EXTIRPACION DE LA GLANDULA SUBMAXILAR

En algunas ocasiones, debido a las lesiones causadas por esta sis e infección crónica, se hace necesaria la extirpación de la glándula submaxilar. Esta no suele efectuarse hasta que se hayan agotado las medidas conservadoras.

La incisión extrabucal sigue una dirección paralela al músculo digástrico. Para apreciar este curso, el cirujano palpa la mastoides, la superficie externa del hueso tiroides y la apófisis geni. Una línea curva que una estos tres puntos representa la dirección de los vientres posteriores y anterior del músculo digástrico. 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.

La primera estructura que se encuentra es la vena facial anterrior, que se liga y se secciona. A nivel de la aponeurosis profunda, la rama cervical del facial se encuentra en el punto en que comunica con los nervios superficiales del plexo cervical. Esta rama en general puede separarse hacia atrás con una cinta para hernia, aunque su sección no tiene importancia, ya que sólo proporciona una inervación parcial al músculo cutáneo del cuello de

un lado. Por debajo de la aponeurosis se encuentra el nicho submaxilar. 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 superior 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. La arteria maxilar externa se dobla hacia arriba y por encima de la cara superior de la glándula y emerge en el lado externo de la mandíbula, en el borde anterior del masetero. Esta arteria generalmente puede ser localizada por la presencia de los ganglios linfáticos prevascular y retrovascular a ambos lados del vaso. En la mayoría de los casos conviene identificarla y aplicarle doble ligadura por debajo de la glándula para separarla antes de continuar la disección, pues sus ramas glandulares suelen ser cortadas 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 nervio lingual puede ser ahora identificado, pero el ganglio rara vez se ve durante la intervención. (Ver figura 8)

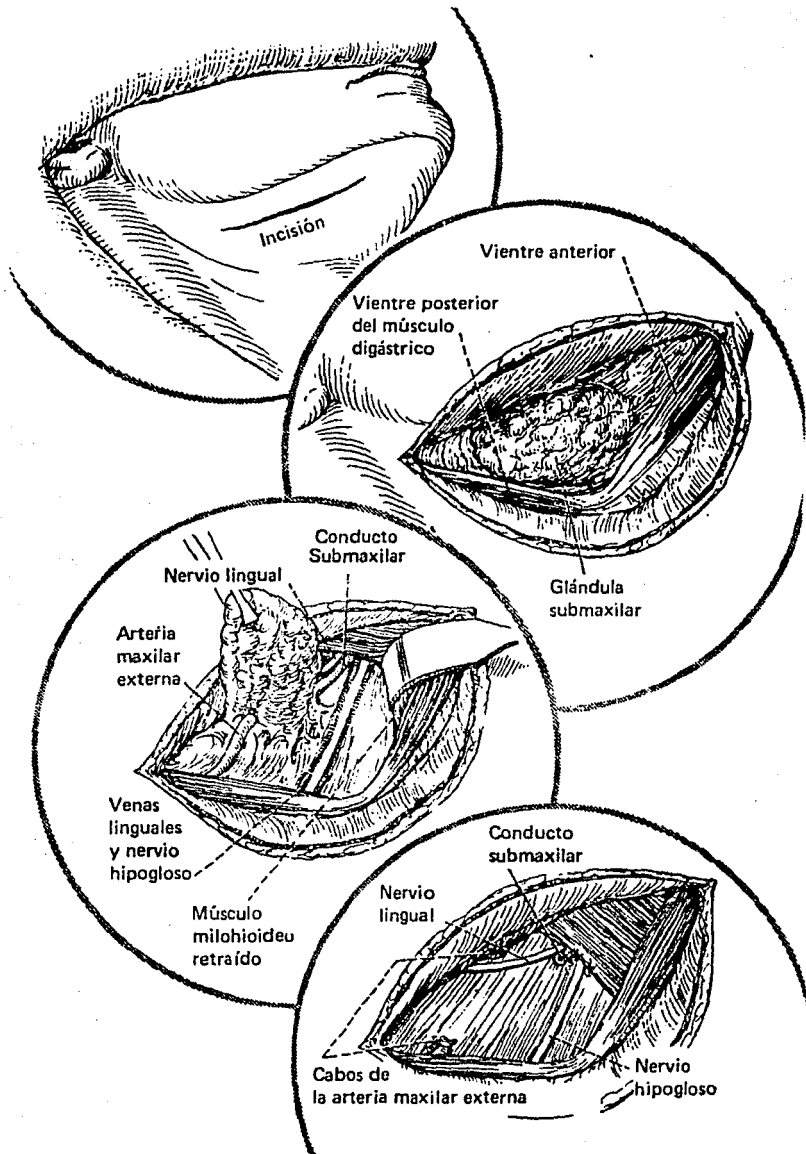


Fig. 8.

A medida que continúa la disección roma del conducto submaxilar puede verse pasar por la parte superior y anterior, por encima del techo del nicho submaxilar, que está formado por el músculo milohioideo. Este músculo debe separarse hacia adelante y el conducto hacia atrás, y colocarse una ligadura por delante de la lesión del conducto, si es que hay. 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 de 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 generalmente se efectúa - aproximando la aponeurosis del músculo digástrico, del estilohioideo, del hiogloso y del milohioideo con suturas resorbibles de - catgut. Si ésto 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 Pernrose. Debe utilizarse una segunda capa de suturas resorbibles para cerrar la aponeurosis profunda y el músuclo cutáneo del cuello.

Se utiliza una tercera capa de suturas resorbibles subcutá--neas 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. El

drenaje, si se pone, debe sobresalir de la herida en el punto - más bajo, que suele ser parte posterior de la herida. Este drenaje puede retirarse después de 24 horas a 48 horas si no ha habido supuración. Después de cuatro días el vendaje a presión y la mitad de las suturas pueden quitarse el quinto o séptimo día. - Deben colocarse vendoletas de tela adhesiva en la incisión o bien un apósito firme de codión, estas vendoletas deben colocarse cuando menos durante dos semanas.

EXTIRPACION DE LA GLANDULA PAROTIDA TOTAL

En general, la extirpación de la glándula parótida no se considera dentro del campo del cirujano bucal. Pero debido a adiestramiento especial o por circunstancias locales, el cirujano bucal puede incluir ésta operación en su repertorio. En todo caso - deben tener conocimiento de sus problemas para poder tomar decisiones terapéuticas.

A causa del pliego de lesión permanente del nervio facial, esta operación generalmente no se efectúa sin indicaciones ineludibles. La presencia o sospecha de un tumor, o una enfermedad inflamatoria crónica que resiste el tratamiento conservador, son la razón principal para llevar a cabo este procedimiento. La mayoría - de los cirujanos hacen todos los esfuerzos para conservar el nervio facial con una disección cuidadosa o bien por extirpación parcial de la glándula. Sin embargo, tratándose de una lesión maligna, no existe tal compromiso y cuando se trata quirúrgicamente debe extirparse sin hacer caso de la posible deformidad resultante.

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:

- 1) Encontrando la porción periférica al salir del borde anterior de la glándula para disecarlo hacia atrás;
- 2) o bien, disecarlo directamente hacia adentro en la parte posterior de la glándula identificando el tronco principal entre su entrada a la glándula y el agujero estilomastoideo.

Un estimulador eléctrico es de gran ayuda en esta maniobra. 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 posoperatorio. Sin embargo, la conservación de las ramas principales del nervio aseguran 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 es-

pacio reducido se facilita con la retracción posterosuperior 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 suricular. 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. (Ver figura 9)

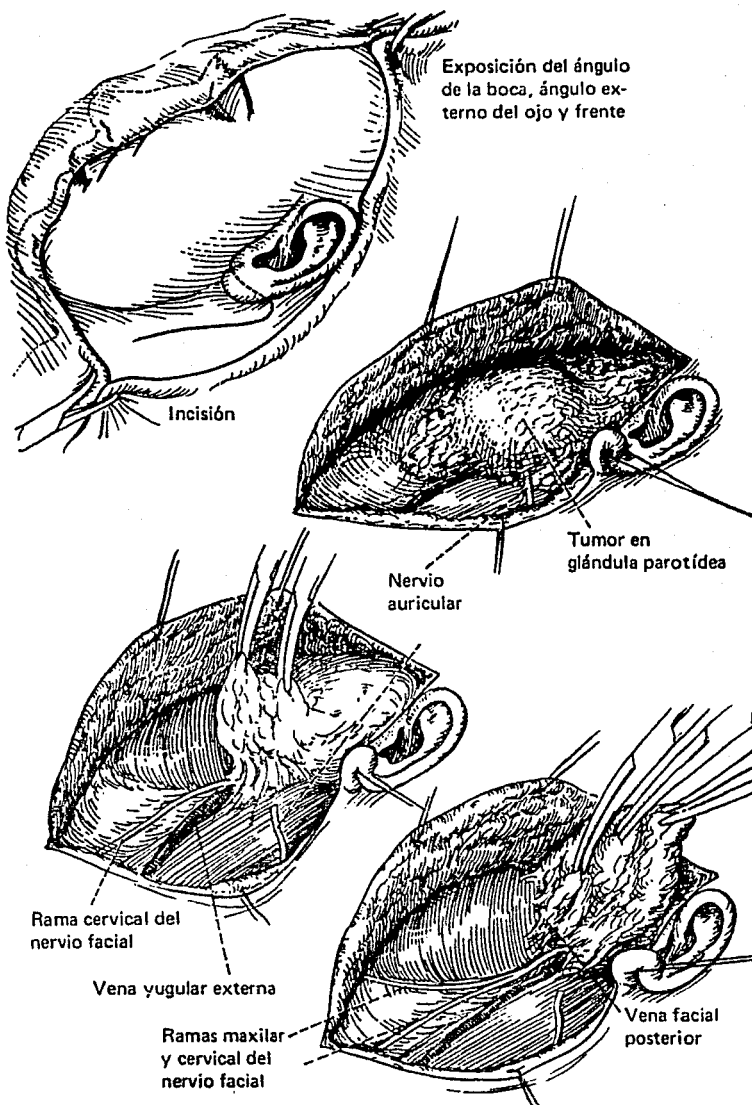


Fig. 9.

EXTIRPACION PARCIAL DE GLANDULA PAROTIDA

Dicho procedimiento sólo abarca la porción superficial. Por lo tanto, el procedimiento es el mismo que el que se sigue para la parotidectomía total, pero sin evulsionar la porción profunda y respetando nervio facial.

El tratamiento de la cavidad es el mismo, con la única diferencia de que el drenaje se practicará hacia la cavidad bucal mediante un punto de sutura en U de seda torzal en la cual comunique la cavidad resultante con la parte interna del carrillo, a la altura de la desembocadura del Canal de Stenon, lo bastante próximos entre sí para poder ser anudados a un botón ordinario. Esto es con el fin de que las secreciones de la porción profunda que no fue extirpada drenen hacia el interior de la cavidad bucal. Y de no llevarse a cabo se originará una fistula en la piel, que después tendrá que ser derivada a la cavidad bucal.

El punto de sutura será retirado hasta encontrarse seguros de que se ha establecido una fistula hacia la cavidad bucal. La forma de retirar dicho punto ya fue descrita en la extirpación total de la glándula parótida.

DESCOMPRESION DE GLANDULA PAROTIDA

La incisión es la clásica, desprendemos el colgajo de piel y tejido celular subcutáneo e inmediatamente se observa el paréquima enfermo que se distingue por su color verde seco, del gris rosado de la porción sana. A continuación se procede a introducir un por-

tasuturas cerrados, incidiendo la cápsula de la glándula y retirar la abierta, se practican varias incisiones que son delante del trago, detrás del gonión y debajo del gonión.

Las incisiones y divulsiones se deberán practicar paralelamente en dirección teórica a las ramas del nervio facial, nunca perpendiculares a éstas. Observamos inmediatamente la salida de burbujas gaseosas y una que otra gota de pus; en dichas divulsiones se colocan tiras de goma de un centímetro de ancho e inmediatamente sobre éstas se coloca gasa humedecida, que abarque toda la herida. La gasa deberá cambiarse frecuentemente y una vez que la glándula ha sido restablecida se procederá a cerrar la herida, para esto se deberán avivar los bordes. La reconstrucción se lleva por planos y el material de sutura es el mismo que se emplea para las técnicas anteriores.

SIALOLITOMIA INTRAORAL DEL CONDUCTO DE STENON

Se lleva a cabo introduciendo una sonda de Bowman en el conducto salival, hasta tope con el cálculo, dicha sonda servirá como --guía para efectuar la incisión, encima de la misma. Posteriormente, por la parte externa ejercemos presión hacia la cavidad bucal, en donde podremos visualizar con mayor claridad al cálculo y poder retirarlo con pinzas de Addson. La herida no se sutura.

Este procedimiento sólo es eficaz cuando el cálculo se encuentra por delante del borde anterior del músculo masetero.

Cuando el cálculo se encuentra posteriormente al borde, se -
procede como sigue: la incisión es semilunar, por delante de la -
carúncula. No debe ser muy profunda dicha incisión; levantamos al
colgajo de mucosa, para así poder identificar el conducto y me---
diante disección roma llegar a la localización del cálculo, una -
vez identificado, se practica una incisión en dirección al conducto
y así poder retirarlo.

La herida será suturada, mediante puntos de colchonero profundo
el conducto no deberá ser suturado.

MARSUPIALIZACION

Intervención típica para la ablación de quistes salivales, -
principalmente de ránula.

La cual consiste en la extirpación de la pared anterosuperior
del quiste y la sutura del borde resultante de la cápsula, con la
membrana mucosa del piso de la boca.

Procedimiento que se lleva a cabo con la aplicación de anestesia
troncular al nervio lingual. A continuación se procede a inci-
dir a través de la mucosa y la cápsula quística, en el centro de -
la tumoración, se aspira el contenido quístico y posteriormente se
llena la cavidad con gasa, hasta que sean distendidas sus paredes -
por completo. En el centro de la incisión, se coloca una puntada -
que sirve de sostén a la gasa y a las paredes del quiste. Y con la
ayuda de tijeras se corta la membrana mucosa y la cápsula, en todo

el perímetro de la cavidad y tan bajo como la reflexión, lo permite. Y como último paso se sutura la pared de la cavidad quística con el piso de la boca. Usando seda 000.

EXTIRPACION DE LA GLANDULA SUBLINGUAL

Hemos de mencionar que la mayoría de los autores recomiendan que el mejor tratamiento para la ablación del quiste rânula es la marsupialización. Procedimiento que fue tratado anteriormente.

Sin embargo, la técnica de marsupialización, reporta que si no es extirpada totalmente la bolsa quística la recidiva es segura.

Por lo que, el mejor tratamiento y el de elección para el quiste es la excisión total.

Para llevar a cabo dicho procedimiento existen dos técnicas: - la intraoral y extraoral.

Para ejecutar la técnica intraoral la formación quística deberá ser pequeña; se incide la mucosa que cubre la bolsa siguiendo - el contorno del maxilar; el conducto de Wharton y el nervio no deberán ser lesionados; una vez incidida la mucosa es rechazada hacia arriba y en dirección hacia la plica lingual, mediante disección roma.

Cuando las formaciones tienen relaciones genéticas con el conducto tirogloso se deberán seguir sus prolongaciones mediante una

disección cuidadosa y ser extirpadas. Recordemos que cualquier resto que pudiera quedar incluido puede ser causa de recidiva.

Cuando la formación es de mayor tamaño se opera abordándola por vía submentoniana. El procedimiento es incidir siguiendo el borde del maxilar inferior, en donde nos encontramos al músculo milohioideo, en el cual se crea un acceso en forma obtusa, para caer en el polo inferior de la glándula, que es extirpada junto con la bolsa quística mediante disección obtusa. Antes de extirpar la glándula la arteria y la vena sublingual son ligadas.

La bolsa quística está adherida en su superficie con la mucosa bucal, ésta última es escindida para poder dejar libre a la glándula y el saco quístico.

CAPITULO 6

ACCIDENTES O SECUELIAS DE LA CIRUGIA

Durante el procedimiento quirúrgico de las glándulas saliva--
les están expuestas zonas anatómicas importantes como es la de -
los nervios facial y lingual, además de los músculos relacionados
con la zona, y si el cirujano las desconoce puede provocar un ac-
cidente desagradable, como es el cortar o lesionar algún nervio,
tejido o piel.

La remoción de cualquiera de las glándulas tiene por resulta-
do una pequeña deformidad facial. En el caso de la glándula subma
xilar, queda la cicatriz y una depresión o más exactamente una -
falta de llenado en la región submaxilar. Cuando se trata de la -
glándula parótida queda una cicatriz retromandibular y una pérdi-
da de parte del controno facial. Estos factores no son importan--
tes si la operación es necesaria, pero la contraindican cuando -
los métodos conservadores son suficientes.

Las glándulas pueden extirparse sin consecuencias si la opera
ción se realiza adecuadamente.

Además debe tenerse en cuenta el evitar una infecci3n de la zo
na afectada porque de lo contrario de nada sirve realizar una ope-
ración con éxito si posteriormente van a existir complicaciones y
todo por una mala técnica de asepsia y antisepsia.

CONCLUSIONES

Es importante para el cirujano dentista el conocimiento tanto anatómico como funcional de las glándulas salivales, ya que estos órganos se encuentran en la cavidad bucal y forman parte del sistema masticatorio. Es por ésto que conociendo bien los métodos de diagnósticos, así como exámenes clínicos, radiográficos necesarios se hará una historia clínica completa.

Al efectuar estos exámenes, el cirujano dentista se dá cuenta del estado, ya sea normal o patológico, de las glándulas salivales, pudiendo llegar a un diagnóstico más exacto y planear un tratamiento adecuado.

Infinidad son los requisitos que se deben seguir, antes, durante y después de una intervención con el objeto de evitar a lo máximo un posible fracaso y obtener un éxito.

Es por lo que en esta tesis se ha procurado informar lo más explícitamente los requisitos que no pueden descartarse de un procedimiento quirúrgico y que son la pauta para el desarrollo de una satisfactoria intervención quirúrgica.

Así es como se han mencionado los padecimientos que más comúnmente afectan a las glándulas salivales, con su tratamiento adecuado.

La salud del paciente en estos procedimientos es la llave para poder llevar a cabo una intervención quirúrgica, no debemos olvidar ésto, ya que la vida del paciente peligra cuando se hace caso omiso de su estado de salud. Es así como se ha tratado de abarcar tan extenso tema en los cuidados preoperatorios del paciente con el único objetivo de que se reflexione y se tome en cuenta - que es un ser humano vivo en busca de restablecimiento y no de - una recaída de mayor magnitud.

Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho, podemos decir que su restablecimiento es muy satisfactorio, sin embargo hemos mencionado los cuidados postoperatorios más importantes; dentro de este tema se ha mencionado algunas complicaciones postquirúrgicas así como su tratamiento.

Lo anteriormente mencionado es para observar que no simplemente es aprenderse una técnica quirúrgica y llevarla a cabo; existen numerosas condiciones que todo buen cirujano las tiene en cuenta y que por tal razón es cirujano.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ARCHER, Harry W.
CIRUGIA BUCAL, 2a. Edición
Buenos Aire, Ed. Mundi, 1968, 293 p.
- 2.- CAWSON, R.A.
CIRUGIA Y PATOLOGIA ODONTOLICAS, 3a. Edición.
México, Ed. El Manual Moderno, 1983, 534 p.
- 3.- CENTENO, Ries A. Guillermo
CIRUGIA BUCAL, 8a. Edición
Buenos Aires, Ed. El Ateneo, 1980, 680 p.
- 4.- GORLIN, J. Robert y GOLDMAN M. Henry
PATOLOGIA ORAL, 2a. Edición
México, Ed. Salvat, 1971, 173 p.
- 5.- GURAUNICK, Walter C.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, 1a. Edición
México, Ed. Salvat, 1971, 396 p.
- 6.- GUYTON, C. Arthur
TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA, 5a. Edición
México, Interamericana, 1977, 1159 p.

- 7.- HAM, W. Arthur
TRATADO DE HISTOLOGIA, 7a. Edición
México, Interamericana, 1975, 935 p.
- 8.- HEALEY, E. John
ANATOMIA CLINICA, 1a. Edición
México, Interamericana, 1969, 324 p.
- 9.- KRUGER, O. Gustavo
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, 7a. Edición
México, Interamericana, 1975, 616 p.
- 10.- LOCKHART, Hamilton Fife
ANATOMIA HUMANA, 1a. Edición
México, Interamericana, 1965, 695 p.
- 11.- MORRIS, Gerard M.
CLINICA Y CIRUGIA MAXILO FACIAL, 2a. Edición
Buenos Aires, Ed. Alfa, 1977, 639 p.
- 12.- ORBAN, Balint, J.
HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCODENTAL, 1a. Edición
Buenos Aires, Ed. Labor, 1964, 396 p.
- 13.- ROBBINS, L. Stanley
PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL, 1a. Edición
México, Interamericana, 1975, 1516 p.

14.- THOMA, Kurt, H.

PATOLOGIA ORAL, 4a. Edición

México, Salvat Editores, 1975, 1273 p.

15.- WISE, Robert A. y HARVEY, W. Baker

CIRUGIA CABEZA Y CUELLO, 3a. Edición

México, Interamericana, 1973, 365 p.