

73  
2 Gen



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala

## Sindrome de Sjogren y Sindrome de Mikulicz

### T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

**MA. DE LOURDES EMA CASTRO MOLINA**

Sm. Juan Iztacala

1984



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 :

- PROLOGO
- INTRODUCCION .
  
- CAPITULO I : Anatomía, Embriología y Fisiología de glándulas salivales.
  
- CAPITULO II : Métodos de diagnóstico.
  
- CAPITULO III : Inmunidad.
  
- CAPITULO IV : Enfermedad de Mikulicz.
  
- CAPITULO V : Síndrome de Sjögren.
  - a).- Concepto.
  - b).- Etiología.
  - c).- Características clínicas.
  - d).- Pronóstico.
  - e).- Tratamiento.
  
- CAPITULO VI : Síndrome de Mikulicz.
  - a).- Concepto.
  - b).- Etiología.
  - c).- Características clínicas.
  - d).- Pronóstico.
  - e).- Tratamiento.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

**PROLOGO .**

## PROLOGO

Al estar buscando un tema para la elaboración de mi Tesis Profesional, encontré varios que me parecieron -- muy interesantes, sin embargo, por el que más me incliné fue por el de las afecciones a nivel de las glándulas salivales.

Tomando en cuenta que dichas afecciones de -- las glándulas salivales son de gran variedad y como es imposible tratar de abarcarlas todas en una sola tesis, he decidido considerar solo dos afecciones que involucran alteraciones a nivel de dichas glándulas. Las dos patologías a que me refiero son : EL SÍNDROME DE SJÖGREN Y EL SÍNDROME DE MIKULICZ.

El interés en tratar en una misma tesis estos dos síndromes es porque ambos están muy relacionados.

Son entidades patológicas presentes en glándulas salivales que se encuentran formando parte de un síndrome; de la misma etiología ( autoinmune ), y con características clínicas muy similares, tanto que, en un tiempo inicial se -- trataron como un solo síndrome.

El objetivo principal de esta tesis es hacer una recopilación amplia, actualizada y lo más completa posible de todo lo concerniente al Síndrome de Sjögren y al de -- Mikulicz, para que en un momento dado pueda servir de orientación a las personas que necesiten conocer sobre estas dos entidades y puedan encontrar en un solo trabajo todo lo relacionado con las dos patologías, sin necesidad de recurrir a varios libros, a menos que sus necesidades lo requieran.

Así mismo, otro objetivo es tratar de encontrar alguna característica especial en estas dos patologías -

que permitan ampliar los conocimientos que ya se tienen sobre dichas anomalías, o quizá, encontrar nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento.

Espero que mi tema de tesis lo consideren lo suficientemente interesante como para ser aprobado y pueda lograr las aportaciones que deseo y al mismo tiempo obtener un conocimiento más amplio sobre el mismo, pues creo que es de gran importancia dentro de la patología bucal, del cual se abarca muy poco a nivel Licenciatura.

## **INTRODUCCION .**

## INTRODUCCION .

La Patología Bucal es una especialidad dentro de la Odontología, y está considerada como tal, debido a la gran importancia que tiene dentro de esta área, ya que reúne una serie de conocimientos vastos para la elaboración de un diagnóstico exacto y, por consecuencia, de un adecuado tratamiento. Además representa un amplio campo de investigación, pues continuamente encontramos lesiones bucales nuevas, las cuales requieren de un correcto diagnóstico significando un reto para los especialistas en la materia.

Como los trastornos de la cavidad oral son muy diversos y variados, es importante conocer a fondo las características específicas de cada una de las enfermedades, o por lo menos tener una guía de éstas para evitar incorrectas interpretaciones de la sintomatología, las características clínicas y las radiográficas que se presenten en una patología en especial.

Tomando en cuenta que las glándulas salivales son de los elementos constitutivos de la cavidad bucal que frecuentemente están siendo afectados por patologías de diferente índole, trataremos algunos aspectos importantes de ellas.



No son frecuentes las anomalías congénitas de las glándulas salivales, como atresia de los conductos, falta de una glándula, tejido glandular aberrante o localización anormal de una glándula principal. Los trastornos de la función de las glándulas salivales son más frecuentes. El ptialismo o secreción salival excesiva acompaña a varios estados patológicos, por ejemplo intoxicación por metales pesados, gingivitis necrosante aguda, diversas modalidades de estomatitis, irritación por tabaquismo y estímulos psíquicos.

La xerostomía o disminución de la secreción salival se observa en enfermedades febriles, mixedemas, trastornos psiquiátricos, padecimientos de las glándulas salivales, Síndrome de Plummer-Vinson y anemia perniciosa. La xerostomía o "boca seca" resulta de la disminución de la secreción salival y se caracteriza por sequedad difusa, eritema y en casos graves grietas de la mucosa bucal, con sensación de quemaduras y glosodinia.

El tratamiento de las enfermedades de las glándulas salivales puede en ocasiones resultar difícil. Sin embargo, puede resultar relativamente sencillo el reconocimiento de estas afecciones debido a que la mayoría de las enfermedades de dichas glándulas pertenecen a cuatro categorías principales :

- 1.- Sialoadenitis.-- Cualquier inflamación de las glándulas salivales. La inflamación puede ser causada por invasión bacteriana de la cavidad bucal o por irritación -- del conducto seguida de infección. La inflamación del conducto ( sialodoquititis ), origina estrechamiento y -- obstrucción por exudado, células epiteliales descamadas y moco. La obstrucción parcial o total causa cambios - en los tejidos glandulares y afecta su función.
  
- 2.- Sialolitiasis.-- Obstrucción de las glándulas saliva--- les. Los conductos de las glándulas son obstruidos por cálculos que se originan de infecciones crónicas. A la inversa pueden formarse cálculos de novo en glándulas - no inflamadas y a su vez predisponer a invasión bacte-- riana secundaria.
  
- 3.- Afecciones neoplásicas.-- ( "Tumor" mucoepidermoide, -- carcinoma epidermoide, adenocarcinoma ).
  
- 4.- Enfermedades autoinmunes.

En ésta ocasión solo hablaremos de dos entida des patológicas específicas que afectan a las glándulas sali vales principales, y que son : el Síndrome de Sjögren y el Síndrome de Mikulicz.

Se destacarán datos clínicos y radiográficos\_ de éstas dos afecciones glandulares, y dado que la Sialografía representa un método de diagnóstico único y muy importante en el estudio de las enfermedades de las glándulas salivales, trataremos también sobre este tema: en que consiste, -- sus indicaciones, contraindicaciones y técnica.

C A P I T U L O

I

ANATOMIA, EMBRIOLOGIA Y FISILOGIA DE GLANDULAS SALIVALES .

ANATOMIA, FISILOGIA Y EMBRIOLOGIA  
DE GLANDULAS SALIVALES .

Para funcionar eficazmente el cuerpo necesita tanta secreción que sus membranas de cubierta y revestimiento no bastan para albergar el gran número de células secretoras requeridas. En consecuencia, la naturaleza ha dispuesto zonas especializadas en lugares donde resulta necesario un volumen de secreción superior al que pueden brindar las células de una membrana. En la parte correspondiente, unas células de la membrana se han dirigido hacia la parte interna y han crecido a partir de la superficie en el tejido conectivo de sostén, para formar estructuras epiteliales muy especializadas que proporcionen toda la secreción necesaria. Estas estructuras epiteliales se denominan : Glándulas porque algunas de las primeras estudiadas tenían forma parecida a las de una bellota. ( glans - bellota ).

Existen dos tipos de glándulas secretoras : las Endócrinas y las Exócrinas. Las primeras secretan hacia el interior del cuerpo y las exócrinas hacia el exterior.

Las glándulas salivales forman parte de las glándulas exócrinas. Están provistas de conductos o tubos que reúnen la secreción formada por las células secretoras de la glándula y las llevan hasta la superficie donde pueda ser eliminada.

Las glándulas tanto endo como exocrinas se -- originan de células epiteliales procedentes de una membrana superficial que crecen, ya sea en forma de cordón o de túbulo en el interior del tejido conectivo situado debajo de la membrana. Las células epiteliales invaden el tejido conectivo por virtud de su proliferación y su diferenciación subsiguiente acaba constituyendo la glándula. En el caso de las glándulas exocrinas, persiste la conexión epitelial entre la superficie y la glándula. Las células epiteliales que conectan la glándula a la superficie se diferencian para constituir el revestimiento de un conducto por el cual la secreción se vacía en la superficie de la cual tomó origen la glándula. ( F-1, 2, 3 ).

Aunque todas las células epiteliales de una glándula exocrina pertenecen a la misma familia y guardan estrecha relación, no todas se han diferenciado de igual manera, ni han seguido las mismas líneas. Las células más diferenciadas son las especializadas para segregar; las menos especializadas son las que revisten el conducto, simple o múltiple que vierte la secreción a la superficie.

Al desarrollarse una glándula, las células -- que se hallan más cerca de las puntas de crecimiento epitelial que invade el tejido conectivo se diferencian en células secretorias; las que se hallan entre éstas y la superfi-

cie, en células de conducto. En consecuencia, las células secretorias deben encontrarse en el extremo del conducto o si éste es ramificado, en el extremo de cada una de sus ramas. A este nivel se hallan dispuestas constituyendo un pequeño racimo de células secretorias que denominamos Unidad secretoria. Cada unidad secretoria posee una cavidad o luz central en la cual pueden verter la secreción las células que la componen. Esta luz o cavidad de la unidad secretoria continúa con la luz del conducto correspondiente. ( F-4 ).

Las células secretorias se desintegran, por lo tanto deben ser substituídas; las células del conducto y en particular las que se encuentran más cerca de la unidad secretoria sirven como fuente de nuevas células secretorias.

#### CLASIFICACION DE LAS GLANDULAS EXOCRINAS.

Glándulas Tubulares.- Se denominan así cuando las células que constituyen la unidad o unidades secretorias de una glándula tienen forma tubular. ( F-5 ).

Glándulas Acinosas y Alveolares.- Cuando las unidades secretorias tienen forma redondeada se dice que la glándula es acinosa ( acinus - racimo ), o alveolar ( alveolus - pequeña oquedad ). Durante años fué costumbre distinguir entre aci-

no y alveólo; recientemente ya no se insiste en esta distinción; ambas glándulas suelen clasificarse con éste último nombre. ( F-6 ).

Si las glándulas contienen unidades secretorias de los dos tipos, tubulares y alveolares, o unidades que presenten características de las dos, reciben el nombre de glándulas tuboalveolares. ( F-7 ).

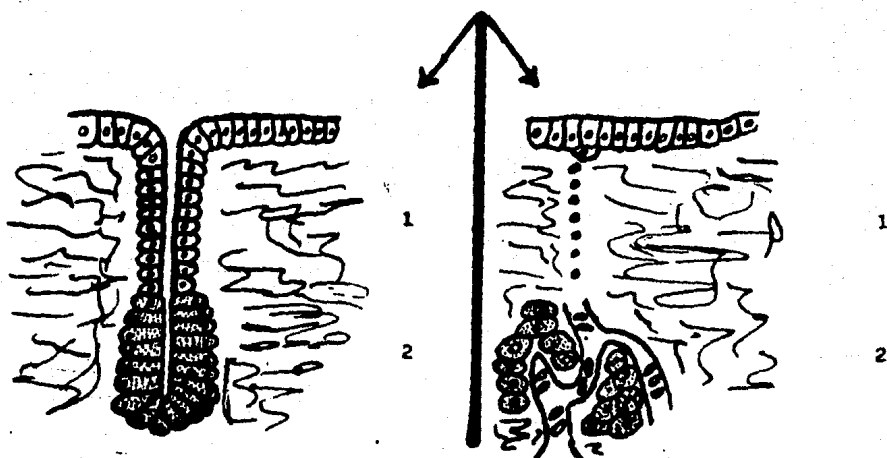
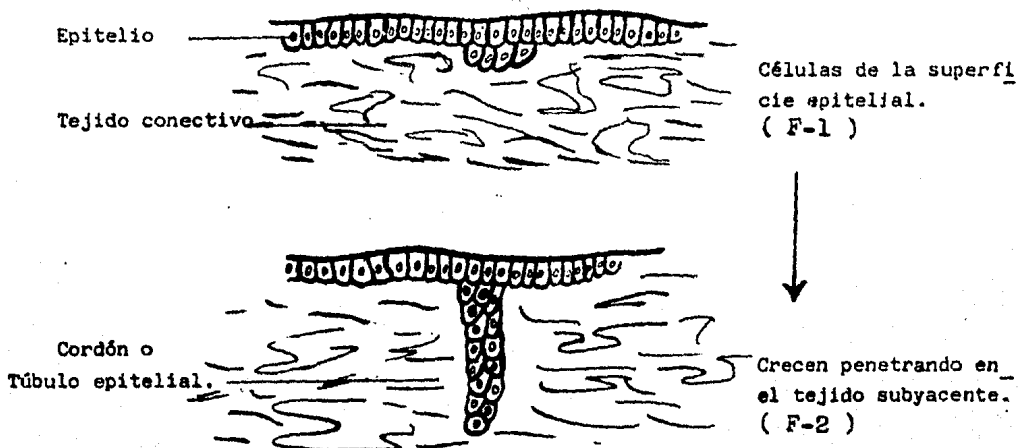
Glándulas simples.- Se denomina así a toda glándula exocrina en la cual la secreción formada por la unidad secretoria se une para alcanzar la superficie siguiendo un conducto no ramificado. ( F-8 ).

Glándulas compuestas.- Son aquellas cuyo conducto se ramifica. Las glándulas muy voluminosas generalmente tienen sistemas característicos de conductos muy ramificados. ( F-9 ).

Las glándulas salivales son glándulas acinosas, cuyos acinos de forma tubular se agrupan para formar los bulillos primitivos, los cuales a su vez se reúnen con otros para formar lóbulos secundarios cuyo conjunto viene a constituir la glándula.



FORMACION DE LAS GLANDULAS A PARTIR DE SUPERFICIES EPITELIALES .



Si se forma una glándula Exocrina :

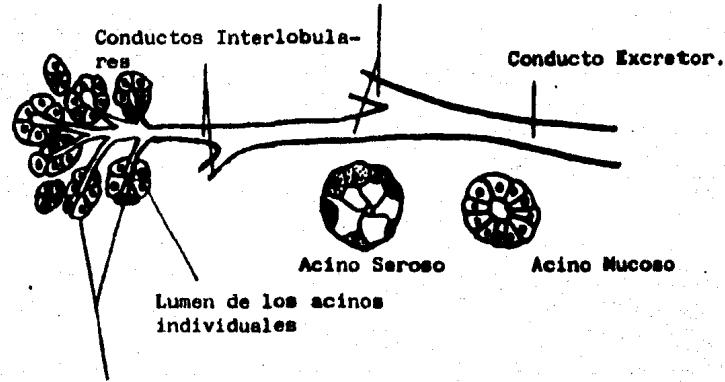
- 1.- Persisten las células conectoras que formarán el conducto.
- 2.- Las células más profundas se vuelven secretorias.

Si se forma una glándula Endocrina :

- 1.- Desaparecen las células conectoras.
- 2.- Las células más profundas persisten para segregar en los capilares.

( F-3 )

**Conductos Colectores**



**Sección de la porción  
secretoria de la glán-  
dula y del conducto.**

( F-4 )

**ANATOMIA MICROSCOPICA DE LAS GLANDULAS SALIVALES .**

GLANDULAS EXOCRINAS :

SI LA PORCION SECRETORIA ES :

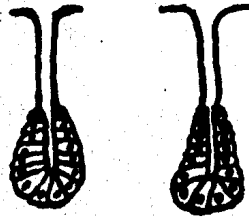
1.- TUBULAR.

Se trata de una glándula  
Exocrina Tubular.  
( F-5 )



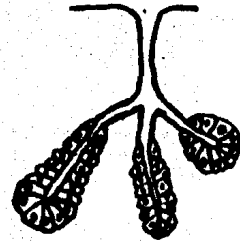
2.- EN FORMA DE BOTELLA.

Se trata de una Glandular  
o Acinosa.  
( F-6 )



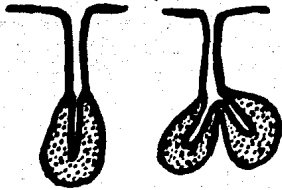
3.- DE AMBOS TIPOS.

Se trata de una  
glándula Tuboalveolar.  
( F-7 )



ESQUEMA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE UNIDADES SECRETORIAS .

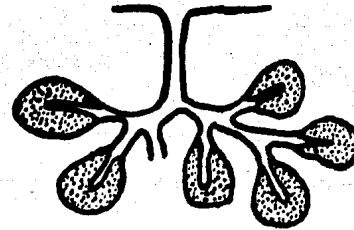
GLANDULAS SIMPLES Y COMPUESTAS.



**SIMPLE**

El conducto no se ramifica.

( F-8 )



**COMPUESTA**

El conducto se ramifica.

( F-9 )

ANATOMIA .

Las glándulas salivales para su descripción, suelen dividirse en Mayores y Menores, o Principales y Secundarias. Las glándulas mayores son : Parótidas ( 2 ), Submaxilares ( 2 ) y Sublinguales ( 2 ). Las glándulas salivales menores, son todas las glándulas pequeñas que se encuentran en paladar, mucosa del carrillo, piso de la boca y lengua, éstas secretan principalmente moco y se encuentran en número de 400 - 500.

ANATOMIA MACROSCOPICA :

GLANDULA PAROTIDA.- Glándula par, bilobular, serosa, superpuesta al músculo masetero. Se limita hacia arriba con el conducto auditivo y hacia abajo con el borde inferior de la mandíbula o un poco más abajo de éste. En su parte posterior se pliega sobre sí misma alrededor del borde posterior de la mandíbula y por su parte anterior se extiende dentro de la bola adiposa de Bichat, de donde se desprende su conducto excretor.

El conducto parotídeo o de Stenon, se desprende en la parte anterior e interna de la glándula, a lo largo de la parte interna del músculo masetero, doblándose en ---

ángulo recto en el borde anterior del mismo músculo, atraviesa el músculo buccinador, la mucosa bucal y desemboca a nivel del cuello del segundo molar superior en una pequeña carúncula, por lo tanto una porción aproximada del conducto de 1.5 a 3 cms. es accesible desde la boca. Frecuentemente se encuentra, sobre el trayecto del conducto de Stenon a nivel del punto donde éste se cruza con el buccinador, un pequeño lóbulo glandular aislado, cuyo conducto excretor se abre en el de Stenon: es la parótida accesoria.

La glándula parótida está encerrada en una cápsula de tejido conectivo fibroso; son características de estas glándulas los acúmulos de células grasas en los tabiques del tejido conectivo. La inervación de la glándula está dada por el nervio facial y auriculotemporal.

**GLANDULA SUBMAXILAR.**- Glándula par, serosa, se encuentra en el espacio submaxilar; al igual que la glándula parótida, ésta posee una cápsula bien definida y sistemas de conductos. Por su parte superior se relaciona con el músculo milohioideo, en su parte inferior con el digástrico. En su porción anterior llega hasta la mitad del cuerpo de la mandíbula, y por su parte posterior hasta el ángulo mandibular. Se encuentra limitada hacia afuera por el borde interno de la mandíbula y hacia adentro por el músculo hiogloso.

A nivel del borde posterior del músculo milohioideo, la glándula submaxilar se dirige hacia arriba y adelante penetrando en el espacio submaxilar y emitiendo su conducto excretor o de Wharton, éste entra en el espacio sublingual y se abre dentro de la boca, por debajo de la porción anterior de la lengua en una carúncula lateral al frenillo lingual.

El conducto de Wharton nace en la cara interna de la glándula y va hacia adelante y adentro hasta el borde inferior del frenillo lingual.

La inervación de la glándula submaxilar está dada por el nervio lingual y el ganglio submaxilar.

GLANDULA SUBLINGUAL.- Glándula par, mucosa, ubicada en el espacio sublingual, por encima del músculo milohioideo y en línea paralela al trayecto del conducto de Wharton. Su punto de referencia es un puente llamado Placa sublingual, que corre en dirección anteroposterior en el piso de la boca.

El conducto sublingual de Bartholin o Rivinus nace en la parte posterior de la glándula dirigiéndose hacia adelante y adentro, converge con el conducto submaxilar, y junto con él o muy próximo a su desembocadura se abre en la

carúncula sublingual.

A los lados de la glándula sublingual propiamente dicha, se encuentran formaciones glandulares llamadas glándulas sublinguales accesorias, las cuales poseen sus conductos excretores propios (conductos de Walther), que corren por el borde superior de la glándula sublingual, aunque algunos de ellos pueden desembocar en el conducto de Wharton.

La inervación para la glándula sublingual procede de la lingual y de la cuerda del tímpano. A diferencia de las demás glándulas salivales, éstas no están netamente encapsuladas.

#### ANATOMIA MICROSCOPICA :

Microscópicamente todas estas glándulas tienen una constitución semejante : Están compuestas de acinos mucosos, serosos o combinaciones de ambos. La diferencia principal es el número relativo de acinos mucosos o serosos. La glándula parótida es casi por completo serosa.

Las glándulas parótidas y submaxilares están formadas por una serie de conductos muy pequeños que drenan en un solo acino y se unen para formar conductos de mayor --



calibre, estos drenan lóbulos y a su vez se unen al conducto excretor principal en la boca. De acuerdo con lo anterior, si se viera en su totalidad la distribución de los conductos, semejaría un árbol sin hojas : la terminación de cada pequeña ramita sería un acino individual, las ramas más grandes - los conductos interlobulares y el tronco sería el conducto excretor principal. El sistema de conductos de la glándula submaxilar se encuentra en declive, lo cual predispone a la invasión retrógrada por microorganismos bucales.

Además, tanto el conducto submaxilar como el parotídeo presentan un calibre mayor en su trayecto que en su desembocadura lo cual permite el acúmulo de secreciones que pueden verterse de inmediato ante un estímulo sin esperar al proceso secretor. Esto también permite el acúmulo de células epiteliales y el espesamiento de la saliva, lo que tiende a formar obstrucciones y crea lugares apropiados para la invasión bacteriana.

También es necesario considerar que el conducto de Wharton y el de Stenon presentan un ángulo en su trayecto, y que estas áreas son sitios de predilección de obstrucciones. Cualquier cosa que tienda a disminuir el flujo, tiende también a alterar la composición y la función de las glándulas.

Las glándulas sublinguales y las glándulas menores son sistemas muy sencillos, sus conductos excretores son pequeños, cortos y rectos, y están recubiertos por epitelio. Rara vez son afectados por reacciones inflamatorias.

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

**GLANDULAS SALIVALES MENORES.**- Se encuentran diseminadas en la membrana mucosa de la boca y son simplemente grupos de acinos mucosos fijos a pequeños conductos que terminan en la cavidad bucal. En ocasiones se encuentran agrupados, como los situados debajo de la lengua, y sus conductos emergen en grandes números en áreas relativamente pequeñas. Estas glándulas son muy superficiales y se encuentran inmediatamente por debajo de la mucosa.

**C A P I T U L O**

**II**

**M E T O D O S D E D I A G N O S T I C O**

## MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

Debido a que las glándulas salivales son estructuras anatómicas que frecuentemente presentan alteraciones que requieren de un adecuado diagnóstico y tratamiento, se ha incluido el tema de Métodos de diagnóstico dentro de este capítulo.

El diagnóstico de las enfermedades de glándulas salivales, lo mismo que de otra enfermedad, depende en gran parte de la información que pueda obtenerse mediante la Historia Clínica completa, que además incluya datos de laboratorio, sondeo de los conductos y el examen de la cantidad y calidad de la saliva. La Sialometría nos permite medir el flujo salival espontáneo, esto se logra introduciendo un fino tubo de polietileno en cada conducto de Stenon, pegando dicho tubo a la cara del paciente con cinta adhesiva transparente y midiendo el flujo durante 20 minutos. Los valores normales están entre 0.1 y 0.7 ml/min.

La Sialografía es uno de los medios más importantes de que se vale el Patólogo Bucal para diagnosticar las posibles alteraciones de las glándulas salivales. Consiste en la visualización radiográfica de las ramificaciones

de los conductos de las glándulas parótidas y submaxilares - mediante la inyección intraductal de una solución de contraste radiopaca.

#### INDICACIONES :

- 1.- Ayuda en el diagnóstico de gran parte de las alteraciones intraglandulares. Se pueden detectar quistes, estenosis de los conductos, fístulas, cálculos salivales, etc.
- 2.- Ayuda a determinar la capacidad funcional relativa de la glándula en su parte distal cuando existe una obstrucción persistente, lo cual nos indica si la glándula debe o no extirparse.
- 3.- Ayuda a localizar la presencia de un proceso patológico extraglandular que puede confundirnos con una alteración de las glándulas salivales. Estas alteraciones extraglandulares en ocasiones desplazan la glándula salival y sus conductos, lo cual puede observarse durante la visualización de una sialografía.
- 4.- Ayuda a localizar neoplasias intraglandulares.

5.- En ocasiones se ha empleado este método con fines terapéuticos, ya que las soluciones de contraste, especialmente las de tipo más viscoso, pueden ejercer una acción favorable para dilatar los conductos y deshacer tapones mucosos o inflamatorios que impiden el flujo salival normal. Además, por acción del tejido inflamado, se libera yodo que es el componente principal de la solución de contraste, lo cual puede ejercer una acción antiséptica.

Actualmente se han incorporado compuestos qui-  
mioterápicos a las soluciones de contraste con objeto de no  
acentuar la infección de una glándula enferma, como conse-  
cuencia de la sialografía.

#### CONTRAINDICACIONES :

- 1.- Como el componente de las soluciones sialográficas queda la opacidad es el yodo, se deberá tomar en cuenta el antecedente de hipersensibilidad antes de llevar a cabo este método de diagnóstico.
- 2.- Durante los métodos sialográficos no se han reportado -  
datos de reacciones anafilácticas, sin embargo, es con-

veniente tomar en cuenta este aspecto antes de efectuar una sialografía pues puede existir una reacción de hipersensibilidad.

- 3.- Cuando exista una infección aguda de las glándulas salivales no se podrá llevar a cabo una sialografía, pues la introducción de un medio de contraste en el sistema canalicular puede agravar la situación. En este caso deberá posponerse la exploración hasta que la etapa aguda haya pasado.
- 4.- La eliminación de la solución de contraste es muy lenta, por lo tanto, es importante escoger un medio sialográfico que se elimine fácilmente.
- 5.- La opacidad de los medios de contraste que se eliminan lentamente, ocasiona dificultad de exploraciones posteriores.
- 6.- Las soluciones oleosas facilitan la formación de granulos por cuerpo extraño y ocasionan aún mayor destrucción glandular.

**MEDIOS SIALOGRAFICOS.**- En épocas pasadas se empleaban aceites halógenos viscosos ( Lipiodol y Yodoclorol ), pero estos originaban graves reacciones granulomatosas por quedar atrapados en el parénquima glandular por largo tiempo. Su carácter viscoso hace que sean fáciles de manejar, ejercen una acción terapéutica y su intensa radiopacidad permite una visualización excelente.

Para evitar la excesiva viscosidad y los problemas de reacciones granulomatosas se introduce el ethiodol, pantopaque o el hytrast, aunque estos también tienen la desventaja de mantener su radiopacidad por largos periodos de tiempo.

Actualmente se cuenta con una serie de preparados hidrosolubles que eliminan este inconveniente, entre los más empleados tenemos el Acetrizoato sódico ( UROKON ), el Diatrizoato sódico ( HYPAQUE ) y el Diatrizoato Metilglucamina ( RENOGRAFIN ). Estos elementos se acercan mucho a los agentes de contraste ideales ya que ayudan a eliminar la opacidad en las soluciones de contraste, por lo tanto no ocasionan problemas granulomatosos, son miscibles en los líquidos orgánicos y en la saliva, se descomponen y eliminan fácilmente, tiene una viscosidad y tensión superficial muy bajas. Sin embargo, su único inconveniente es que su opacidad es poco intensa, lo que dificulta la perfecta visualización.



de las estructuras anatómicas.

TECNICA :

Se obtiene una radiografía de reconocimiento antes de introducir la solución radiopaca. Esta radiografía puede determinar la presencia de cálculos glandulares, enfermedades óseas y procesos patológicos extraglandulares.

Esta técnica solo permite la visualización de los conductos parotídeos y submaxilares ya que la glándula sublingual no tiene un conducto principal que pueda sondarse. Aunque en algunos casos el conducto de Bartholini desemboca en el conducto de Wharton y puede ponerse de manifiesto en una sialografía submaxilar.

Para localizar los conductos parotídeos y submaxilares, se facilita la ubicación del orificio del conducto aumentando el flujo salival mediante masaje y la administración de sialogogos como la pilocarpina.

Una vez localizada la apertura del conducto, se introduce una delgada sonda lacrimonasal. Debemos recordar que el conducto de Stenon inmediatamente después del ---

orificio presenta una angulación natural; para evitar este obstáculo se moviliza hacia adelante y hacia afuera la cara anterior de la mejilla, distendiendo de esta manera el conducto parotídeo, el cual es flexible.

El sondeo del conducto de Wharton es un poco más difícil ya que la abertura del conducto tiene un diámetro muy pequeño y está localizado en una estructura anatómica extremadamente móvil y poco resistente que es la carúncula sublingual, por lo cual para el sondeo de este conducto se requiere de paciencia, perseverancia y delicadeza.

La sonda empleada para ambos conductos deberá ser de diámetro ligeramente mayor que el del orificio de la glándula con objeto de facilitar la entrada de una aguja de Luerlok roma de calibre 20 a 22, para instalar, por medio de ella y una jeringa pequeña, la solución de contraste.

Dicha solución se inyecta lentamente y a pausas, para evitar el dolor. Cuando el paciente reporta dolor intenso se suspende la inyección y se realiza el examen radiográfico. Para llenar los conductos parotídeos normales suelen necesitarse  $0.8 \text{ cms}^3$  de la solución. Para los conductos subaxilares es suficiente con  $0.6 \text{ cms}^3$ .

Una vez colocada la solución opaca se retira la aguja y la jeringa ejerciendo presión con una compresa de gasa evitando así la salida del medio de contraste.

Actualmente se emplean tubos de polietileno - en un sistema cerrado para sondear el conducto y la solución sialográfica se introduce en la glándula inyectándola en el extremo abierto del tubo, cerrando después esta abertura mediante una pinza hemostática o un palillo dentario. Este sistema tiene la ventaja de que con él, el operador puede controlar la cantidad de solución que debe introducirse, además no se pueden producir pérdidas de líquido a través del orificio del conducto.

C A P I T U L O

III

I N M U N I D A D

## INMUNIDAD .

Debido a que el objetivo básico de este trabajo es el estudio del Síndrome de Sjögren y del Síndrome de Mikulicz, y como ambas patologías son consideradas de etiología autoinmune, se ha incluido también el tema de Inmunología; de manera que nos permita ampliar el conocimiento sobre el mecanismo de evolución de dichas entidades patológicas.

Se conoce con el nombre de Inmunidad a un estado de respuesta alterada del organismo ante una sustancia específica, a causa de un contacto anterior con dicha sustancia. La inmunidad solo se presenta en animales vertebrados. Tiene como finalidad dar defensa y proteger al organismo de cuerpos extraños a él.

**INMUNOLOGIA.-** Ciencia que estudia las reacciones de inmunidad. Estudia los fenómenos relacionados con la conservación funcional del organismo al presentar resistencia a la acción determinante de agentes o sustancias extrañas.

**REACCION INMUNITARIA.-** Es el proceso por el cual el huésped rechaza un material extraño. El cuerpo humano no posee inmu

nidad natural contra muchos tipos de organismos invasores. - El proceso de inmunización se inicia por exposición del huésped humano a bacterias, virus o parásitos invasores. La invasión general por estos agentes da por resultado la producción de sustancias específicas de los tejidos y líquidos corporales, que son capaces de reaccionar contra los agentes invasores y destruirlos.

Al agente invasor que causa la iniciación de la reacción inmunitaria se le denomina ANTIGENO. A la proteína específica desarrollada en el cuerpo en reacción al antígeno se le conoce como ANTICUERPO O CUERPO IMMUNE.

Este anticuerpo proteínico específico está disponible para combinarse con el antígeno iniciador si éste volviera a invadir el organismo huésped. Esta reacción entre el antígeno y el anticuerpo, que ocurre al producirse una exposición o una invasión de la sustancia antigénica ulteriormente, se denomina Reacción Inmunitaria.

Los antígenos están presentes en todo lo que contenga carbohidratos, como : piña, pelo, etc. Cuando los antígenos entran al organismo, éste los recibe como cuerpos extraños. Los anticuerpos tienen capacidad de memoria y son específicos, ya que solo reconocen al que les dió origen. -

Son de alto peso molecular y se pueden metabolizar para que lleguen al torrente circulatorio.

**HIPERSENSIBILIDAD.-** Respuesta exagerada a un elemento por una característica genética. Estado en el cual un animal de muestra marcada reacción frente a determinada sustancia.

**ALERGIA.-** Estado de hipersensibilidad presente en el hombre influenciado en gran número de formas por predisposición --- hereditaria, ejemplo : el asma y rinitis alérgica, que son cuadros de hipersensibilidad.

### CLASIFICACION DE INMUNIDAD .

- 1.- **INMUNIDAD NATURAL, INNATA, HEREDADA O CONGENITA.-** Está en relación con la raza, especie e individuo.
  - a).- **Raza.-** Infiuye notablemente en la resistencia a una enfermedad.
  - b).- **Especie.-** Afecta al animal pero no al hombre.
  - c).- **Individuo.-** Hay individuos que son más susceptibles y otros más resistentes a los agentes causales de una enfermedad por la protección de los -- anticuerpos.

2.- **INMUNIDAD ADQUIRIDA.**- Este tipo de inmunidad, como su nombre lo indica, la vamos adquiriendo, y se divide en:

- a).- Inmunidad Humoral ( sangre )
- b).- Inmunidad Celular ( linfocitos )

La inmunidad adquirida también se divide en :

- a).- Activa
- b).- Pasiva

**ACTIVA.**- En este tipo de inmunidad el organismo participa en la formación de anticuerpos. Esta inmunidad -- puede adquirirse de dos formas : **NATURAL Y ARTIFICIAL.**

**Inmunidad Activa Natural.**- Es en la que el individuo -- está en contacto con el agente causal de la enfermedad, pero sin enfermarse.

**Inmunidad Activa Artificial.**- Se adquiere cuando se -- presenta la enfermedad formándose anticuerpos permanentes, aunque se puede repetir la enfermedad, ejemplo : - el Sarampión. También el organismo participa en la elaboración de anticuerpos pero con la intervención de las vacunas.

**PASIVA.**- En la inmunología pasiva se reciben los anti-



cuerpos ya elaborados en otro medio y son de poca protección al cuerpo. La Inmunidad Pasiva también se divide en NATURAL Y ARTIFICIAL.

Inmunidad Pasiva Natural.- Esta es de dos formas :

- a).- Cuando la recibe el feto o el futuro individuo en la placenta, es la madre quien transmite los anticuerpos y son Inmunoglobulinas ( Ig ) o Gamaglobulinas ( IgG ).
  
- b).- Calostro.- Es un refuerzo por medio de los alimentos y son transmitidos al niño; esto puede ser en el periodo de lactancia, el cual debe durar de 6 a 8 meses aproximadamente.

Inmunidad Pasiva Artificial.- Esta se adquiere por medio de sueros y puede ser curativa como la Gammaglobulina; y preventiva.

VACUNAS.- Son sustancias antigénicas extraídas de agentes causales de las enfermedades y pueden ser organismos muertos o atenuados. También pueden ser virulentos.

La inmunidad nace cuando en el organismo se forman sistemas, los mamíferos son los únicos que presentan sistema inmunológico; este consta de dos partes: una Central y otra Periférica.

La Central está representada por el timo con linfocitos tipo "T".

El sistema Periférico está representado por el Bazo, Hígado, nódulos linfáticos, intestinos, médula ósea; a todo este sistema se le llama reticulo endotelial, y está representado por linfocitos tipo "B".

**LINFOCITOS.-** Los linfocitos de la sangre circulante y de los tejidos fijos del sistema inmunitario constituyen las 2 poblaciones distintas que ya mencionamos. La mayor parte de los linfocitos de la circulación pertenecen a la familia "T" y tienen vida duradera. Los linfocitos "B" viven poco. Estas dos poblaciones de linfocitos son morfológicamente idénticas pero presentan diferencias importantes en la respuesta inmunitaria.

#### Características de los Linfocitos :

a).- Son células sensibles al antígeno.

- b).- Algunas tienen facultad de reconocer antígenos -  
específicos y se llaman "Células de reconocimien  
to de Antígenos".
- c).- Algunos son portadores de memoria inmunológica.
- d).- Algunos tienen la capacidad de transformarse en  
inmunoblastos.
- e).- Algunos pueden convertirse en células plasmáti-  
cas.

### TIPOS DE INMUNIDAD .

El mecanismo de liberación de anticuerpos en  
el huésped es lo que nos determina el tipo de inmunidad que  
se presenta.

La respuesta inmunitaria del ser humano entra  
en dos mecanismos diferentes pero que dependen mutuamente. -  
El que es originado por linfocitos sensibles a antígeno, se  
llama Inmunidad mediada por células o Hipersensibilidad de -  
tipo tardío. Esta forma de inmunidad es la causa del recha-  
zo de células extrañas y de la resistencia a muchas infeccio

nas por virus y hongos.

En la hipersensibilidad tardía o celular, la reacción se presenta en células linfocitos; no se puede --- transmitir la sensibilidad a través de plasma o suero sino - que deberá ser también por medio de células linfocitos.

El segundo cuadro de inmunidad ( Inmediata )\_ se conoce más como Inmunidad Humoral. Depende de la síntesis de anticuerpos por células plasmáticas como respuesta a\_ la acción de un antígeno. Estos anticuerpos son secretados\_ hacia la circulación y los líquidos extracelulares, y se combinan con el antígeno particular donde quiera que éste se encuentre. Dado que la respuesta inmunitaria humoral suele manifestarse más rápidamente, después de la acción antigénica, se llama Inmunidad de tipo inmediato.

Se sabe que la célula plasmática es la que -- con mayor frecuencia produce anticuerpos. Los grandes linfocitos y las células del retículo endotelial producen cantidades moderadas de anticuerpos. Cuando estas células liberan\_ los anticuerpos formados por ellas mismas en los líquidos -- corporales circulantes, es lo que llamamos Inmunidad Humo--- ral. Este tipo de inmunidad dura solamente el tiempo que -- permanezca el anticuerpo específico en los líquidos corporales.

En el cuadro de Hipersensibilidad Humoral Inmediata, el individuo responde en minutos u horas a sustancias sensibilizantes. Es producida por los anticuerpos presentes en la sangre y se pueden transferir sobre todo en animales. De un animal sensibilizado se transmiten los anticuerpos a otro animal. Existen 4 ejemplos de hipersensibilidad humoral inmediata mediada por anticuerpos, y son :

- 1.- Anafilaxia.
- 2.- Fenómeno de Arthus.
- 3.- Enfermedad del suero.
- 4.- Alergias.

El componente celular principal de los tipos inmediata y tardía de la respuesta inmunitaria es el Linfocito. En la reacción humoral los linfocitos, por acción del antígeno, se transforman en células plasmáticas.

En la respuesta tardía los linfocitos efectores se modifican morfológicamente de modo pasajero y vuelven a convertirse en linfocitos pequeños; sin embargo, se modifican inmunológicamente.

Los componentes estructurales mayores del sistema inmunológico son : Los tejidos linfoides del cuerpo, -

que incluyen los linfocitos circulantes, el bazo, la médula ósea y especialmente el Timo, ya que estos producen anticuerpos. En estos sitios anatómicos al igual que en la sangre circulante se descubren dos poblaciones de linfocitos. En ocasiones hay una tercera población que no participa en la respuesta inmunitaria sino en inflamaciones no específicas.- Esta tercera forma de linfocitos no se conoce a fondo.

De las dos clases de linfocitos inmunológicamente competentes, los que intervienen en la reacción mediada por células dependen del timo en cuanto a su función. En tanto que los que participan en el sistema de anticuerpos humorales y células plasmáticas no dependen del timo. Sin embargo, en determinadas reacciones inmunológicas, debe haber colaboración entre las dos poblaciones y los dos sistemas.

### INMUNOGLOBULINAS

**INMUNOBLASTOS.-** Son células voluminosas, poseen abundantes ribosomas, tienen facultad de sintetizar algo de proteínas ( Inmunoglobulinas ). Resultan de la transformación de linfocitos pequeños en blastos. Se considera que el inmunoblasto está comprometido para responder a un solo antígeno.

**CELULAS PLASMATICAS.-** Son órganos efectores terminales del sistema de anticuerpo humoral pues sintetizan inmunoglobulinas. Son la fuente principal de anticuerpos en la respuesta humoral. Presentan un retículo endoplásmico muy desarrollado con ribosomas abundantes y un aparato de Golgi bien desarrollado. Las células plasmáticas viven muy poco, menos de una semana.

Las Inmunoglobulinas ( Ig ) consisten en cadenas polipeptídicas de dos tamaños. En el ser humano el 80% de las globulinas gamma pertenecen a la clase IgG. El 20% de las globulinas gamma del ser humano consisten principalmente en : IgM e IgA. IgM tiene interés particular pues la principal y primera inmunoglobulina ( anticuerpo ) en aparecer en el encuentro primario con el antígeno, es ésta. Es la más eficaz para producir lisis celular.

La IgG se presenta en dos sitios, principalmente en las secreciones corporales externas, o sea : saliva, lágrimas, secreciones respiratorias e intestinales y orina, y también en la sangre.

Se tienen menos datos acerca de IgD e IgE, esta última participa principalmente en reacciones alérgicas.

## TRASTORNOS DEL SISTEMA INMUNOLOGICO .

La capacidad del ser humano de crear una respuesta inmunitaria es una espada de dos filos. Si bien la competencia inmunológica es vital para la supervivencia en el medio microbiológico, las reacciones inmunitarias pueden causar enfermedades mortales como en el caso de la reacción de hipersensibilidad a la picadura de una abeja.

Los trastornos que resultan de la aparición anormal de inmunidad contra tejidos y células propios se conocen como enfermedades autoinmunitarias.

La amplia gama de trastornos del sistema inmunológico puede clasificarse en 4 grupos :

- 1.- Estados de deficiencia inmunológica.
- 2.- Reacciones de hipersensibilidad.
- 3.- Enfermedades autoinmunitarias.
- 4.- Proliferaciones anormales y neoplasias que nacen en el sistema inmunitario.

Se han identificado muchas formas de deficien



cia inmunológica en el ser humano; la mayor parte ocurren - como trastornos hereditarios primarios con cuadro genético - bastante bien definido de transmisión.

Se supone que resultan de algún defecto del desarrollo en la formación del sistema inmunitario. El defecto puede ser tan fundamental que afecte las respuestas -- humorales tímica medular y medular humoral, o menos notable y afectar únicamente uno de los mecanismos.

Además de estos signos genéticos, hay muchas deficiencias inmunológicas mucho menos graves que ocurren -- como trastornos adquiridos después de alguna enfermedad inflamatoria o neoplásica que afecta los tejidos linfoides de la economía.

Las alteraciones inmunológicas también pueden ser adquiridas. La mayor parte afectan la síntesis de Inmunoglobulinas.

C A P I T U L O

IV

ENFERMEDAD DE MIKULICZ

### ENFERMEDAD DE MIKULICZ .

La Enfermedad de Mikulicz, es un trastorno de etiología desconocida, que origina aumento de volumen de las glándulas salivales, principalmente las parótidas. Como muchas de las características clínicas que se presentan en esta enfermedad son parecidas a las del Síndrome de Sjögren, - que trataremos más adelante, mencionaremos dentro de este -- capítulo los aspectos de la enfermedad de Mikulicz que nos - permitan establecer una diferencia entre estas dos patolo-- gías.

Mikulicz, en 1892 describió una enfermedad -- que consistía en una tumefacción especial crónica y simétrica de las glándulas lagrimales y salivales. Creyó equivocadamente que las lesiones eran debidas a un proceso infeccioso crónico que se propagaba de las glándulas lagrimales a -- las salivales a lo largo del conducto lagrimal y de la mucosa nasofaríngea. Esta enfermedad recibió el nombre de Enfermedad de Mikulicz.

La Enfermedad de Mikulicz representa un trastorno localizado que aparece tanto en los hombres como en -- las mujeres. Cerca del 90% de los casos están afectadas una o ambas parótidas, y en el 10% restante las submaxilares. -

En ocasiones el aumento parotídeo se acompaña de un aumento de volúmen de las glándulas salivales menores.

Los cambio anatómicos que aparecen en esta enfermedad recuerdan mucho a los del Síndrome de Sjögren, sugiriéndose una posible relación entre los dos. Sin embargo, - el Síndrome de Sjögren es de tipo general y se acompaña de - diversos fenómenos inmunológicos y artritis reumatoide, lo - cual no ocurre en la enfermedad de Mikulicz, que es un simple trastorno de las glándulas salivales.

Esta enfermedad facilmente puede confundirse histologicamente con el linfoma maligno de las glándulas salivales. Aunque se trata de un proceso benigno, en casos raros ha constituido el punto de partida de un linfoma maligno.

La enfermedad de Mikulicz tiene una duración que varía desde semanas hasta años.

#### ETIOLOGIA :

Es un trastorno de etiología desconocida, --

aunque todavía algunos autores piensan que la enfermedad es una inflamación crónica provocada por una infección leve.

#### SIGNOS Y SINTOMAS :

La enfermedad de Mikulicz se caracteriza por un aumento de volumen simétrico, indoloro, de las glándulas salivales y lagrimales. Los párpados se observan aumentados de volumen y las glándulas salivales, especialmente las parótidas, están prominentes. No existe aumento en la temperatura.

Una característica importante de esta enfermedad es que puede desaparecer espontáneamente.

#### HISTOPATOLOGIA :

Existe inflamación crónica notable que abarca el tejido conjuntivo intersticial y los conductos de las glándulas, con hiperplasia del primero.

La hipertrofia glandular es el resultado de la substitución de la glándula salival por el infiltrado -- linfocitario denso, con atrofia de los acini pero conservándose los conductos. La proliferación de células epiteliales y miceliales de los conductillos crea islotes de células -- micopiteliales dispersas en todo el fondo linfoide denso.

#### **PRONOSTICO :**

El pronóstico para esta enfermedad es completamente favorable, ya que aparte de ser un trastorno benigno de las glándulas salivales, puede desaparecer espontáneamente.

#### **TRATAMIENTO :**

Sintomático. Podemos obtener buenos resultados si se trata al paciente con sialogogos junto con la administración de antimicrobianos, si existe infección.

En algunos casos es preciso extirpar quirúrgicamente las glándulas, cuando están seriamente afectadas.

C A P I T U L O

V

S I N D R O M E D E S J O G R E N

SINDROME DE SJOGREN .

El estudio del Síndrome de Sjögren dentro de este trabajo, ha sido motivado básicamente por dos intereses principales : Uno que consiste en tratar de ampliar el conocimiento sobre dicha enfermedad, ya que involucra a las glándulas salivales, que son estructuras anatómicas importantes dentro de la cavidad bucal.

Y otro es, como ya se mencionó en el capítulo anterior, tratar de establecer la diferencia entre esta patología y la Enfermedad de Mikulicz, pues son entidades específicas un tanto independientes, aunque forman parte de un mismo proceso.

Gougerot, dermatólogo francés, describió una enfermedad caracterizada por la tumefacción de las glándulas lagrimales y salivales con infiltración linfocítica, que se acompañaba de xerostomía y queratoconjuntivitis seca . ---  
( 1892 ).

Sjögren, oftalmólogo sueco, publicó los resultados de un estudio más detallado de esta enfermedad en el -



que describió la alteración de las glándulas salivales y lagrimales acompañada de manifestaciones generalizadas. Recibió el nombre de Síndrome de Sjögren.

El Síndrome de Sjögren es un trastorno poco frecuente. Ocurre principalmente en mujeres menopáusicas y postmenopáusicas, aunque puede comenzar en la niñez, siendo las manifestaciones oculares las que se presentan primero en la mayoría de los casos. Esta enfermedad suele iniciarse en forma de una conjuntivitis catarral crónica con erosiones --punteadas en la córnea, con filamentos y queratinización del epitelio corneal o sin ellos.

El Síndrome de Sjögren es interesante porque representa la confluencia de todas las enfermedades de tejido conjuntivo supuestamente autoinmunitarias.

**ETIOLOGIA.-** Es poco conocido el fundamento etiológico de este proceso, pero se dice que es de tipo inmunológico. Como se ha observado que la enfermedad aparece casi exclusivamente en mujeres menopáusicas, se piensa que existe alguna relación con la regulación hormonal, pero se desconoce el mecanismo.

**SIGNOS Y SINTOMAS :**

En el Síndrome de Sjögren se presenta una triada de síntomas, que son : Artritis reumatoide, Queratoconjuntivitis seca y Xerostomía, con o sin tumefacción glandular. Sjögren declaró que el síndrome completo rara vez aparecía en un enfermo. Generalmente solo se manifiesta uno o dos síntomas sin un orden de aparición. El diagnóstico definitivo se podrá hacer cuando existan por lo menos dos síntomas.

En algunos casos solo existen cambios oculares y bucales, en tanto que en otros, estos cambios aparecen simultáneamente con artritis reumatoide, lupus eritematoso generalizado, polimiositis, esclerosis generalizada o poliartritis nodosa. Cuando existe artritis reumatoide también puede ser la primer manifestación que presente el enfermo.

La queratoconjuntivitis seca, inflamación de la córnea y de la conjuntiva acompañadas de sequedad, es una consecuencia de la disminución de lágrimas ocasionada por la afectación de la glándula lagrimal. También puede existir ataque de otras glándulas secretorias de las que depende el humedecimiento de la nariz, farínge, tráquea, bronquios y vagina.

Las anomalías oculares consisten en enrojecimiento, ardor, secreciones filiformes, sequedad y sensación de cuerpo extraño en el ojo. Es frecuente la tumefacción lagrimal. A causa de la falta de lágrimas el epitelio corneal se deseca y erosiona, lo cual origina úlceras corneales, seguidas de cambios inflamatorios secundarios.

La Xerostomía es consecuencia de la disminución de la secreción salival, tanto de las glándulas principales como de las secundarias. Esta disminución de la salivación ocasiona las molestias de sequedad y ardor en la boca. Cuando el enfermo presenta dientes aparecen caries de evolución rapidísima. Las mucosas están secas e inflamadas; debido a eso, a los pacientes que no presentan dientes les es incómodo llevar prótesis. En más del 60% de los casos se observa atrofia de las papilas linguales, en ocasiones la voz se vuelve bitonal existiendo tos seca y dificultad para la deglución.

Debido a la falta de salivación y de lavado adecuado de los conductos salivales, aparecen fácilmente procesos infecciosos lo cual contribuye a complicar más la enfermedad. Cuando no existe infección la saliva es clara, pero si existe, la saliva puede presentar floculaciones o pus bien definido. Cuando aparece infección secundaria, es

de esperarse la aparición de fiebre, leucocitosis y dolor.

La disminución del flujo salival se puede demostrar con exactitud estudiando la tasa de secreción salival. Mediante sialogogos se estimula la secreción de saliva y se colocan vasos de recopilación en el orificio de salida del conducto. Suele observarse una disminución en la producción de saliva.

#### HISTOLOGIA :

La sequedad de la boca es asociada en un 50% de los casos con aumento en el tamaño de las glándulas. Estas o no aumentadas de tamaño, las glándulas salivales presentan cambios histológicos notables con infiltración intensa de linfocitos y células plasmáticas; este infiltrado puede alcanzar grandes proporciones y producir folículos o centros germinativos, en ocasiones acompañados de atrofia parcial o completa de los acinos secretorios. En este caso la enfermedad suele confundirse fácilmente con un linfoma.

Es interesante observar el factor reumatoide (una proteína sérica); puede existir en enfermos con el

Síndrome de Sjögren y no presentar signos clínicos de artritis reumatoide. Además del factor reumatoide se han encontrado alteraciones proteínicas, entre ellas la Hipergammaglobulinemia y la disminución de la concentración de seroalbúmina.

Se han descrito otras muchas manifestaciones que acompañan al Síndrome de Sjögren. Se ha observado en -- hemogramas : anemia persistente, eosinofilia ( más del 3% ), leucopenia ( menos de 4,000 leucocitos por  $\text{mm}^3$  ).

#### DATOS SIALOGRAFICOS :

Existe la presencia invariable de Sialectasia. Se puede presentar una arborización normal de los conductos o una ligera atrofia y adelgazamiento de estos, las -- Parótidas están más o menos afectadas y en ocasiones la glándula submaxilar puede presentar alteraciones parecidas. En -- casos poco avanzados existen escasos datos sialográficos.

Cuando existe Sialectasia, presenta cuatro -- periodos de intensidad creciente : Punteada, Globular, Cavitaria y Destructiva. ( en niños solo se encuentran tipos --

punteados y globulares ).

Sialectasia Punteada.- Existe acúmulo de la solución de contraste, se desconoce a que se debe esto pero se cree que está relacionado con la extravasación de líquido en el tejido conjuntivo periductal, debido a la debilidad y ruptura de la pared de los conductos. También se dice que se debe a la -- hiperplasia del epitelio de los conductos con estrechamiento de la luz. El conducto principal es normal pero se observa una manifiesta disminución del número de pequeños conductos radicales.

Sialectasia Globular.- El acúmulo de la solución de contraste será mayor que en la anterior, midiendo de 1 a 2 mm. de diámetro. También en este caso el conducto principal es normal, aunque a diferencia del tipo punteado, en éste existe ausencia completa de los pequeños conductos radicales. Al fusionarse los globulos se produce el tipo Cavitario.

Sialectasia Cavitaria.- Al unirse los glóbulos, las áreas se estancan y la solución opaca presenta tamaños irregulares, con disminución del número de glóbulos pero con aumento de su tamaño.

Sialectasia Destructiva.- Es el periodo final de la Sialec-

tasia. Se observan imágenes irregulares consecutivas a una infiltración linfocítica avanzada y a la atrofia de los conductos, con la solución opaca abriéndose camino en la glándula residual, debido a la pérdida y fragmentación de las paredes de dichos conductos.

Los tipos Globular y Destructivo son confundidos fácilmente con afecciones malignas de las glándulas salivales. Puede establecerse la diferenciación por el hecho de que en las sialectasias son varias las glándulas afectadas, mientras que los procesos neoplásicos casi siempre son uniglandulares.

#### PRONOSTICO :

El pronóstico para esta enfermedad es desfavorable, ya que el tratamiento tiene sus limitaciones. El tratamiento sintomático estimula la secreción salival; puede disminuirse la tumefacción, pero no erradicar completamente la lesión.

**TRATAMIENTO :**

El tratamiento suele ser sintomático y puede consistir en el estímulo salival, cateterismos del conducto, antibioticoterapia, masaje y sialografía terapéutica, aunque con estas medidas no se han obtenido resultados satisfactorios constantes. Por lo tanto, el tratamiento como ya se dijo es de resultados muy limitados.

La corticoterapia puede detener la tumefacción glandular, pero no se ha observado ningún caso de éxito respecto a la detención del proceso morbozo.

La irradiación también puede dominar la tumefacción, pero deben tomarse en cuenta sus inconvenientes, ya que pueden ocasionarse problemas mayores.

Con finalidad estética o cuando la glándula está sujeta a infecciones repetidas y graves, se han empleado métodos quirúrgicos conservadores, en forma de ligaduras del conducto u operaciones más radicales, como la extirpación completa de la glándula.



**CONCLUSIONES :**

En los pacientes que presentan Síndrome de -- Sjögren existen muchos cambios inmunológicos. En casi todos ellos se presenta la hipergammaglobulinemia debido al aumento de las tres clases mayores de inmunoglobulinas : IgG, -- IgA, IgM.

En casi todos los pacientes existe el factor reumatoide; en aproximadamente el 70% de ellos, se presentan anticuerpos antinucleares, y aproximadamente en el 25% - hay pruebas positivas de células L. E. A pesar de todas las anomalías inmunológicas extraordinarias, se desconoce aún el factor desencadenante de estas reacciones.

En el Síndrome de Sjögren se han identificado diversas anomalías renales que afectan principalmente la función tubular. Se dice que hay una disminución en la permeabilidad del agua en los túbulos distales y en los colectores. También se han descrito acidosis tubular renal, aminoaciduria y aumento en la depuración de fosfato y urato.

En etapas avanzadas del Síndrome de Sjögren - pueden aparecer linfomas diseminados, por lo que parece que la hiperactividad inmunológica y linfoide persistente puede con el tiempo originar un linfoma maligno.

Actualmente se publican en la literatura ca--  
sos de desarrollo de linfomas malignos y carcinomas en el --  
curso del Síndrome de Sjögren de larga duración. .

C A P I T U L O

VI

SINDROME DE MIKULICZ

### SINDROME DE MIKULICZ .

Se ha incluido el tema de Síndrome de Mikulicz, debido a que en un tiempo, a éste se le llamó también Enfermedad de Mikulicz. Además este síndrome presenta características similares a las dos patologías anteriores, por lo tanto, es necesario mencionar sus aspectos principales para no confundir una con la otra, ya que la enfermedad de Mikulicz está considerada como una lesión benigna, mientras que al Síndrome de Mikulicz se le considera una patología de tipo neoplásico maligno.

A la combinación del ataque inflamatorio de glándulas lagrimales y salivales en una ocasión se le llamó Enfermedad de Mikulicz ( Morgan-Castleman, 1953 ). Actualmente a dicha enfermedad se le conoce con el nombre de Síndrome de Mikulicz, que se ha empleado para determinar el aumento de volumen de las glándulas salivales y lagrimales, sea cual sea su causa.

En los pacientes que presentan el Síndrome de Mikulicz, también existen numerosos cambios inmunológicos como en el Síndrome de Sjögren.

El término de Síndrome de Mikulicz se utiliza para indicar el aumento de volumen de las glándulas saliva--

les y lagrimales, por lo tanto puede observarse en el Síndrome de Sjögren; se encuentra asociado a una enfermedad generalizada y está ligado constantemente a un proceso neoplásico maligno como : Leucemia, Linfosarcoma, Tuberculosis, Sarcoidosis, etc. Puede estar causado también por la Enfermedad de Mikulicz de las glándulas salivales, por este motivo, la Enfermedad de Mikulicz es mejor denominarla Lesión linfopitelial benigna.

El Síndrome y la Enfermedad de Mikulicz no deben confundirse, ya que esta última, como se mencionó, es -- fundamentalmente una enfermedad benigna, mientras que el síndrome va ligado a un proceso neoplásico maligno.

#### ETIOLOGIA :

Se desconoce el proceso etiológico del Síndrome, pero se asocia a la infiltración linfocítica intraglandular, de un proceso inflamatorio maligno. Aparece con mayor frecuencia en mujeres de edad avanzada.

**SIGNOS Y SINTOMAS :**

Existe aumento de tamaño de las glándulas salivales y lagrimales que se observa con diversas combinaciones, esto se debe a la intensa infiltración linfocítica intraglandular. Existe también linfadenopatía periférica que contribuye y acentúa la tumefacción. Son signos característicos los párpados hinchados y las glándulas salivales prominentes, especialmente las parótidas.

Se presenta una manifiesta disminución de la secreción salival, la cual es consecutiva y se puede precisar cuantitativamente mediante el estudio del flujo salival.

Pueden presentarse también síntomas subjetivos de sequedad y ardor en la boca, y no es raro observar manifestaciones de infección secundaria, por ejemplo : Moniliasis.

**HISTOLOGIA :**

Histologicamente el Síndrome de Mikulicz aparece en lo fundamental como un proceso neoplásico maligno de

evolución rápida y progresiva.

Al ir progresando la infiltración linfocitaria, el parénquima secretor es destruido y reemplazado; a esto se deberá la disminución de la saliva, aunado al aumento de volumen que inicialmente presenta la glándula.

#### DATOS SIALOGRAFICOS :

La sialografía demuestra la disminución del número de conductos, debida a la destrucción ocasionada por la infiltración linfocitaria del parénquima glandular.

Algunas ocasiones el sistema canalicular está desplazado lateralmente por una linfadenopatía concomitante. En periodos terminales se observan manifestaciones de obstrucción canalicular.

**PRONOSTICO :**

El pronóstico del Síndrome de Mikulicz, es -- aún más desfavorable que el del Síndrome de Sjögren. La enfermedad acarrea lesiones graves que generalmente siguen un curso rápidamente fatal.

**TRATAMIENTO :**

El tratamiento será sintomático. Empleando - quinioterápicos específicos se puede disminuir un poco el -- proceso evolutivo de la lesión, así como la tumefacción.

Como último recurso se efectúa la cirugía de la glándula, o se trata por medio de radiaciones, según sea el caso y tomando en cuenta sus inconvenientes.



## CONCLUSIONES

**CONCLUSIONES :**

Para terminar y resumiendo el contenido de este trabajo, podemos decir que :

Tanto el Síndrome de Sjögren como el de Mikulicz son enfermedades cuya etiología es atribuida a alteraciones de tipo inmunológico, aunque el primero está considerado como una lesión benigna, y el segundo está claramente clasificado como un proceso maligno de pronóstico fatal.

Ambos síndromes son enfermedades que presentan lesiones a nivel de glándulas, tanto salivales como lagrimales; además están consideradas como enfermedades de tipo generalizado, ya que involucran dentro de su proceso de evolución, problemas sistémicos, que se han mencionado en cada capítulo en especial.

También se ha incluido el tema de la Enfermedad de Mikulicz pues ésta presenta características clínicas muy semejantes a las del Síndrome de Sjögren, siendo la primera una enfermedad poco grave de las glándulas salivales y lagrimales que incluso puede desaparecer espontáneamente.

Al referirnos a la Enfermedad de Mikulicz, --

también tratamos de establecer una diferenciación entre ésta y los dos síndromes que, aunque presentan características -- clínicas similares como ya se mencionó, tienen algunos puntos que las hacen independientes una de las otras.

Para poder ubicar bien la diferenciación entre estas tres enfermedades, es recomendable hacer una amplia Historia clínica, estudio radiográfico, sialografía, -- sialometría, etc.; además de saber reconocer perfectamente las características de cada lesión, por ejemplo recordando la triada de síntomas característicos del Síndrome de Sjögren, que son : Artritis reumatoide, Queratoconjuntivitis seca y Xerostomía. Se ha mencionado la sialografía, pues ésta es considerada como el método más importante como auxiliar en el diagnóstico de las lesiones a nivel de glándulas salivales. Con ella podemos visualizar la presencia de alteraciones en las glándulas salivales propiamente dichas, en los conductos de las mismas, y además determinar las lesiones extrínsecas que nos hacen pensar en alteraciones de las glándulas.

El tratamiento de los trastornos inmunológicos suele ser sintomático y su pronóstico es desfavorable.

El Síndrome de Sjögren y el de Mikulicz afectan principalmente las glándulas parótidas. Las lesiones que afectan dichas glándulas y que requieren tratamiento quirúrgico, constituyen un elevado riesgo en función de su proximidad a elementos anatómicos importantes como son el músculo masetero, buccinador y el nervio facial.

Doy por terminado el trabajo de glándulas salivales, satisfecha por los conocimientos obtenidos durante la realización del mismo, y esperando que los datos recopilados sirvan de consulta para las personas que necesiten información sobre el Síndrome de Sjögren y el de Mikulicz.

La Sustentante .

**BIBLIOGRAFIA .**

**BIBLIOGRAFIA :**

- 1.- BHASKAR, S. N.  
PATOLOGIA BUCAL  
Edit. "El Ateneo"  
2a. Edic. 1957  
Cap. XVII
  
- 2.- EGUIARTE, CRISTINA  
APUNTES DE ESTOMATOLOGIA  
ENEP UNAM IZTACALA  
- 1981 -
  
- 3.- FORT, J. A.  
COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIPTIVA  
Edit. Gustavo Gili, S. A.  
9a. Edic. 1953  
Cap. XXXI
  
- 4.- GONZALEZ GALLEGOS, MA. ESTHER  
APUNTES DE PATOLOGIA BUCAL  
ENEP UNAM IZTACALA  
- 1980 -
  
- 5.- GRINSPAN, DAVID  
ENFERMEDADES DE LA BOCA  
Edit. Mundi  
1a. Edic. 1970  
Cap. IV, VI
  
- 6.- GURALNICK, WALTER C.  
TRATADO DE CIRUGIA ORAL  
Salvat Editores, S. A.  
- 1971 -  
Cap. XXV

- 7.- GUTIERREZ D., MARGARITO V.  
APUNTES DE MICROBIOLOGIA  
ENEP UNAM IZTACALA  
- 1979 -
- 8.- KARL, HANPL  
TRATADO GENERAL DE ODONTOESTOMATOLOGIA  
Edit. Alhambra, S. A.  
Tomo I 1958  
Pag. 853
- 9.- KEIDEL, W. D.  
FISIOLOGIA  
Edit. Salvat  
1a. Edic. 1971  
Cap. VII
- 10.- KRUGER, GUSTAVO O.  
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL  
Edit. Interamericana  
2a. Edic. 1978  
Cap. XXV
- 11.- MAUREL, GERARD  
CLINICA Y CIRUGIA MAXILOFACIAL  
Edit. Alfa Tomo I  
3a. Edic. 1959  
Cap. E
- 12.- FICHLER, HANS  
CIRUGIA BUCAL DE LOS MAXILARES  
Edit. Labor  
3a. Edic. 1953  
Pag. 133 a 147
- 13.- RIES CENTENO, GUILLERMO A.  
CIRUGIA BUCAL  
Edit. "El Ateneo"  
3a. Edic. 1979  
Cap. XXXI

- 14.- ROBBINS STANLEY, L.  
PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL  
Edit. Interamericana  
1a. Edic. 1975  
Cap. VII
- 15.- SHAFER, WILLIAM G.  
PATOLOGIA BUCAL  
Edit. Mundi  
- 1977 -  
Cap. III Sección I
- 16.- KURT, THOMA  
PATOLOGIA BUCAL  
Edit. Mundi  
1a. Edic. Tomo II 1979  
Cap. XLV, XLVI
- 17.- TIECKE, RICHARD W.  
FISIOPATOLOGIA BUCAL  
Edit. Interamericana  
1a. Edic. 1960  
Cap. XV
- 18.- ZEGARELLI, EDWARD W.  
DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL  
Salvat Editores, S. A.  
1a. Edic. 1981  
Cap. XIII