

108



Universidad Nacional Autónoma de México

E. N. E. P. ZARAGOZA

**MEDIDAS TERAPEUTICAS EN LAS ALTERACIONES
DE LAS GLANDULAS SALIVALES**

T E S I S
Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
MARIA EUGENIA LIRA MARIN

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Título.	1
Area específica.	1
Fundamentación de la elección del Tema. ...	2
Planteamiento del Problema.	3
Objetivos.	4
Hipótesis.	5
Material y Método.	6

CAPITULO I

EMBRIOLOGIA E HISTOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Embriología (Parótida, Submaxilar y Sublingual).	7
Histología.	7
Tipo Celular.	8

CAPITULO II

ANATOMIA DESCRIPTIVA

Glándula Parótida.	9
Glándula Sublingual.	10
Glándula Submaxilar.	10

CAPITULO III

FISIOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Composición electrolítica.	12
Tipo de secreción.	12
Función.	12

CAPITULO IV
DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA GLANDULAR
PROPEDEUTICA CLINICA, RAYOS X,
CITOLOGIA Y BIOPSIA

Historia.	13
Propedeútica clínica.	14
Rayos X.	16
Sialograffa.	17
Citología Exfoliativa.	18
Biopsia.	19
Importancia.	20
Contraindicaciones.	21

CAPITULO V
PATOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Anomalias de desarrollo.	22
Hipo e Hiperfunción.	24
Procesos inflamatorios y obstructivos.	25
Sialoadenosis.	28

CAPITULO VI
TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS
DE LAS GLANDULAS SALIVALES

A. Sialoadenomas.	30
Adenoma pleomorfo.	32
Sialocarcinoma.	34
Carcinoma adenolde quístico.	35
Carcinoma de células acinares.	36
Carcinoma adenopapilar productor de moco trabecular.	37

Formas raras de adenocarcinoma.	38
Carcinoma anaplasico.	38
Carcinoma de células escamosas.	38
Carcinoma de células sebaceas.	39
B. Sinsialadenoma.	39
Neurinoma y Neurifibroma.	40
Anguioima.	40
Hemangioma.	40
Linfoanguioima.	42
Lipoma.	43
Linfoma.	43
Sarcoma.	43
Tumores malignos miscelaneos.	44
C. Parasialadenoma.	44

CAPITULO VII
 TERAPIA (FARMACOLOGIA Y TRATAMIENTO
 QUIRURGICO)

Anomalías de desarrollo.	46
Hipo e Hiperfunción.	46
Procesos inflamatorios y obstructivos.	48
Sialadenosis.	49
Tumores de las glandulas salivales.	49
Rol de la terapia de radiación.	52

CAPITULO VIII

Resultados.	56
Conclusiones.	57
Propuestas y/o recomendaciones.	58

a) Título del Proyecto: MEDIDAS TERAPEUTICAS EN LAS ALTERACIONES
DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

b) Area Específica del Proyecto: BICLOGIA HUMANA

c) Personas que participan: Alumna: MARIA EUGENIA LIRA MARIN
Asesor: C.M. JAVIER GIL DE LA -
PUENTE CASTILLO.

d) **Fundamentación de la Elección del Tema:** Nosotros como integrantes de esta sociedad, formamos parte de la estructura y somos los Cirujanos Dentistas los indicados para el diagnóstico y tratamiento de las afecciones de la cavidad oral propiamente dichas, debemos estar concientes que es responsabilidad nuestra estar preparados para ello. En este tema hablaremos sobre las glándulas salivales dada la importancia y falta de conocimientos acerca de su patología y terapéutica adecuada. Cualquier alteración en las glándulas salivales, ocasiona un desequilibrio en el organismo, repercutiendo éste en el estado físico y emocional del paciente. Pretendemos hacer un material con recopilación de datos bibliográficos actualizados que logren despertar en los interesados motivación a la investigación en el tema con la finalidad de que cada día se logren nuevas técnicas terapéuticas para el bien de nuestros pacientes.

e) Planteamiento del Problema: La terapia utilizada en el tratamiento de las diversas patologías de las glándulas salivales ha sido la correcta?

Si el estatus social se encuentra ligado a la salud y siendo la población con menos recursos económicos la más frecuentemente afectada, ésta acude al Cirujano Dentista cuando las lesiones ocasionan mayores molestias o por otro motivo, sin saber que las glándulas salivales ya se encuentran afectadas. El Odontólogo debe estar preparado para dar el diagnóstico y tratamiento adecuado de las afecciones de mayor incidencia, evitar el ir y venir del paciente de un consultorio a otro, repercutiendo sistémica, física, moral y económicamente en el paciente. Ya sea en la práctica privada o institucional y ante cualquier tipo de población, debemos tener conocimientos acertados de los padecimientos y terapéutica de las glándulas salivales y en caso necesario canalizar a nuestro paciente adecuadamente con el especialista para reintegrar su salud.

Por lo antes mencionado aportare información bibliográfica actualizada que contribuya con la formación profesional de Estudiantes y Odontólogos de practica general.

- f) **Objetivos:** Analizar la correlación de estructuras y procedimientos que conduzcan al Diagnóstico precoz y oportuno de las afecciones de las glándulas salivales, haciendo hincapié en las Medidas Terapéuticas de mayor utilización en los últimos años y su aplicación en la Clínica Odontológica.
- a) Determinar la localización anatómica de las glándulas salivales.
 - b) Saber la técnica para la exploración de las glándulas salivales.
 - c) Conocer las ventajas que proporciona la Siagrafia.
 - d) Tener conocimiento del rol de la Radioterapia en las afecciones tumorales de las glándulas salivales.

g) Hipótesis: La terapéutica utilizada para tratar las patologías de las glándulas salivales ha sido la correcta.

h) **Material:** Se cuenta con material bibliográfico de los últimos años: libros básicos de texto, material de apoyo de la - ENEP Zaragoza, Citas bibliográficas del CENIDS, Técnica para Sialografía del Hospital General de México de la S.S.A.; en cuanto a tratamiento de más uso en la Clínica Odontológica.

Método Inductivo.

- Recopilación de artículos en inglés.
- Revisión de los textos básicos y material de apoyo requerido.
- Investigación del procedimiento radiográfico para Sialografía.
- Traducción de artículos en Inglés al Español.
- Selección de la información más relevante sobre la terapia de las glándulas salivales y la elaboración de éste trabajo.

CAPITULO I

EMBRIOLOGIA E HISTOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Además de las pequeñas glándulas diseminadas en la mucosa de las paredes de la boca, existen otras bien diferenciadas que son Parótida, Submaxilar y Sublingual.

Durante la vida fetal las glándulas salivales se forman en una localización específica de la cavidad bucal primitiva,-- durante la 6a. y 7a. semana. (14)

1. Parótida: Se desarrolla a partir de yemas de la cubierta ectodérmica del estomodeo, estas se ramifican para formar conductos sólidos con extremos redondeados y se diferencian hasta llegar a acini. La Cápsula de tejido conectivo se desarrolla a partir del mesénquima circulante.
2. Submaxilar: Se desarrolla a partir del endodermo, en el piso de la boca, crece hacia atrás una saliente celular--sólida por un lado de la lengua, más adelante se ramifica y diferencia como la glándula parótida, se forma en posición lateral para formar el conducto de Wharton.
3. Sublingual: Aparece un poco más tarde que las otras dos glándulas y se desarrolla como yemas múltiples del endodermo en el surco paralingual. (19)

HISTOLOGIA.- Las glándulas salivales corresponden al grupo de glándulas exocrinas, pues están provistas de conductos que vierten su secreción hacia el exterior de la superficie de donde se originaron. Están formadas por tres elementos; (2)

- a) Tejido conectivo.- Se prolonga como tabiques o bandas hacia la glándula, dividiéndola en lóbulos y subsecuentemente en lobulillos.

- b) Conductos.- En el tejido conjuntivo de la glándula los conductos más grandes se dividen en conductos de calibre progresivamente menor, comunicados entre si.
- c) Células.- Están localizadas en las porciones terminales que a su vez se encuentran dentro de los lobulillos de la glándula,

-Células Mucosas.- Cuando se estudian en fresco se ve que tienen unas gotitas de musigeno, sus núcleos no se observan en fresco, son núcleos angulosos y están situados en la base de la célula, están rodeadas de un pequeño acumulo de citoplasma, las células no están asociadas con la porción de los capilares secretorios terminales, que es más ancha que la serosa en su luz, esto es en estado de reposo, pero su aspecto cambia cuando se encuentran en actividad.

-Células Serosas.- Una sola capa de células epiteliales cuboideas bajas.

-Conducto Estriado.- Una sola capa de células epiteliales cilíndricas altas.

-Células Mioepiteliales.- Se encuentran entre la membrana basal y el epitelio glandular. Es muy probable que las células mioepiteliales sean de naturaleza epitelial. Se cree que son contráctiles y mediante su contracción facilitan el movimiento de la secreción. (19)

CAPITULO 11

ANATOMIA DESCRIPTIVA

GLANDULA PAROTIDA: Es la más voluminosa, lobulada y de forma semejante al de una cuña, presenta tres caras que a continuación se describen:

- 1.- Cara Externa.- De forma aproximadamente triangular, se superpone al esternocleidomastoideo hacia atrás, se extiende -- hacia adelante debajo del arco cigomático y se adelgaza hacia la porción posterior del masetero y se agudiza en su -- porción inferior.
- 2.- Cara Anterointerna.- Se modela sobre el -- masetero, el borde posterior de la rama mandibular, incluyendo la articulación temporomandibular y el pterigoideo interno.
- 3.- Cara Posterointerna.- Está modelada sobre el esternocleidomastoideo, la apófisis mastoides, el conducto auditivo externo y el vientre posterior del di-- gástrico y la apófisis estiloides.

Conducto de Stenon.- Nace en la parte antero superior en el espesor de la glándula, se dirige hacia adelante, cruza la cara externa -- masetero por debajo de la arteria transversa de la cara, alcanza la cara externa del bucinador hacia adelante y adentro para abrirse en la mucosa del vestíbulo a nivel del cuello del segundo molar superior. (4)

Irrigación.- Ramas directas de la carótida -- externa, ramas de la aurícula.

Inervación.- Parasimpática del lingual (no -- ma terminal mandibular del trigémino.

Linfáticos.- Nacen en los acini, caminan por los intersticios glandulares y desembocan en los ganglios submaxilares y éstos a su vez - en los cervicales profundos. (10)

GLANDULA SUBLINGUAL.- De color amarillo, lobulada, del tamaño de una castaña y plegada entre sí misma.

Situada por delante y por abajo del piso de la boca, en la parte lateral suprahióidea, - emite una prolongación anterior al borde posterior del milohióideo, que penetra en el piso de la boca y se inicia en la cara externa del hiogloso y el milohióideo, ésta prolongación se acompaña del conducto de Wharton. (4)

Conducto de Wharton.- Primero se encuentra - entre la prolongación anterior de la glándula, corre hacia afuera entre la sublingual, - cruza la curva del nervio lingual para ir -- hacia adelante del mismo y toma una dirección francamente ascendente, abriéndose al lado - del frenillo lingual, a nivel del ostium sublingual.

Irrigación.- Está dada por arterias procedentes de la sublingual y submentoneana (facial).

Inervación.- Está dada por el auriculotemporal del plexo cervical, rama bucal superficial rama cervicofacial y por ramas simpáticas que acompañan a las arterias parotídeas.

Linfáticos.- Nacen de los acini, caminan por el tejido conjuntivo intersticial y van a desembocar en los ganglios parotídeos, de donde parten troncos afluentes a los ganglios yugulares externos y cervicales profundos. (10)

GLANDULA SUBMAXILAR.- Es la más pequeña de las glándulas mayores de forma almendrada, alargada en su -- porción anteroposterior.

Situada debajo de la mucosa, por dentro del cuerpo de la mandíbula, su cara superior eleva la mucosa en la eminencia sublingual, su cara interna se aplica con el geniogloso ---- hacia adelante se pone en contacto con el tabique mediano y su extremo posterior alcanza la prolongación anterior de la arteria submaxilar. (4)

Conducto de Bartolini o Rivinous.- Nace en la parte posterior de la glándula, se dirige --- hacia adelante y adentro al lado del Conducto de Wharton para abrirse por afuera de él, este es el más voluminoso.

Irrigación.- De la sublingual (rama de la lingual) y submentoneana rama de la facial, suscapilares forman venas que van a la ranina.

Inervación.- Recibe inervación parasimpática del lingual y de las ramas de cuerda del tímpano; ambas ramas mandibulares del trigémino.

Linfáticos.- Terminan en los ganglios submaxilares. (10)

CAPITULO III

FISIOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Además del gran número de glándulas pequeñas, las glándulas parótidas submaxilares y sublinguales se ocupan de la producción diaria de saliva que oscila entre un litro y litro y medio.

Su composición electrolítica es la siguiente:

Na	26 mEq/l	(± 10)
K	20 mEq/l	(± 4)
Cl	29 mEq/l	(± 8) (9)

La saliva consta de dos tipos de secreción, serosa y mucosa.

La porción serosa está dada por las glándulas parótidas, las glándulas submaxilares tienen una producción mixta, pues se cretan fracción serosa pero también gran cantidad de moco, - las glándulas sublinguales fabrican sobre todo moco; las más pequeñas o bucales, moco nada más. El PH de la saliva se encuentra entre 6.0 y 7.0, margen que permite acción óptima de la ptialina.(1)

Desde el punto de vista digestivo, la saliva juega un papel muy importante por contener la amilasa salival o ptialina, - enzima que hidroliza diversos polisacaridos, como los almidones, el glucógeno y las dextranas hasta formar el disacarido maltasa. La amilasa introduce una molécula de agua en las uniones glucosidas -1,4 ó sea que se detiene su actividad a nivel de las ramificaciones ya que están formadas por uniones 1,6, la amilasa requiere Cl como activador.(15)

Entre las funciones de la saliva se encuentran las de lubricar el bolo alimenticio, también se ocupa de mantener húmeda la cavidad oral, contribuye con la fonación, tiene una acción mecánica de limpieza. La saliva posee propiedades bacteriostáticas generales y contiene también enzimas bacteriolíticas generales además de inmunoglobulinas, IgA principalmente.(16)

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA GLANDULAR

(PROPEDEUTICA CLINICA, RAYOS X, CITOLOGIA Y BIOPSIA)

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

Duración.- Es un factor importante si la lesión es vieja y tiene una historia de remisión y - - exsacervación, probablemente es 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.

- a) **Forma de Iniciación.-** La forma de 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.
- b) **Rapidez de Crecimiento.-** Es un punto de diagnóstico importante que indica el grado de malignidad. Una lesión de crecimiento lento - pero continuo, es raras veces inflamatoria o de grado avanzado de malignidad. Una lesión de crecimiento rápido puede ser una u - otra; sin embargo, el dolor, el exudado, la - fiebre suelen acompañar a las lesiones inflamatorias. Se recuerda que los tumores no - son dolorosos hasta que invaden los tejidos - vecinos sensitivos o se infectan.
- c) **Estados Asociados.-** 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.

Las anestесias prolongadas, generalmente con empleo de antisialogogos son estados importantes al igual que cualquier otro estado caquético o de deshidratación. (12)

PROPEDEUTICA CLINICA.- Observación global del paciente. El proceso del diagnóstico comienza cuando se ve por primera vez al paciente, tanto exploración global como la exploración física y exámenes complementarios.

Técnica de Observación.- Aunque la observación sólo sea ver las cosas, hay circunstancias que las facilitan:

- a) Localización.
- b) Identificación.
- c) Equipo.

Aspectos específicos de la Inspección.- El examinador debe buscar las grandes evidencias:

- a) Ulceración.
- b) Uso de prótesis.
- c) Cambios de color en piel y mucosa.
- d) Asimetría.- Puesto que un lado de la cara no es 100% simétrico con respecto al otro, las anomalías que dan una asimetría deberán ser grados extremos, puede obedecer a parálisis o traumatismos, o procesos inflamatorios agudos.
- e) Parálisis.- De un lado de la cara puede demostrarse pidiéndole al paciente que sonría o -- que silbo, puede ser parcial cuando involucra la mejilla y boca, o compleja, cuando también afecta al parpado y frente. (27)

Exploración de Glándula Parótida.- Esta no puede palparse por impedirlo el tejido que la rodea. -

Cerca del seno maxilar, frente al segundo molar superior se observa una pequeña papila que corresponde al conducto de Stenon, sale de la glándula parótida del mismo lado. Mientras puede visualizarse el conducto, se aplica una presión sobre la zona parotídea provocando el flujo de secreción hacia la boca. La glándula parótida debe palpase cuidadosamente en busca de edema, zonas quísticas o duras.

Exploración de la Glándula Submaxilar.- Se localiza por debajo de la lengua y puede palpase introduciendo el dedo índice en el suelo de la boca y los otros dedos por debajo del cuerpo de la mandíbula. Puede apreciarse a nivel de la carúncula sublingual, dos pequeñas eminencias que corresponden al conducto escretor de la glándula. Con una pequeña torunda sobre las pinzas de curación, seque se dicha zona y observese la secreción posteriormente al estímulo.

Examen Físico.- Practicado adecuadamente, es el factor individual más importante en el diagnóstico diferencial de cualquier transtorno.

Es necesario el examen bimanual de las lesiones de las glándulas salivales, pudiendo recoger mucha información con el dedo examinador como ya se mencionó. La manipulación cuidadosa de ambas manos puede proporcionar datos muy importantes:(8)

a) Localización de la lesión.- Las lesiones de los conductos se palpan mejor por dentro de la boca cuando la afección se encuentra en el conducto submaxilar o en el tercio anterior del conducto parotídeo, la mayoría de los cálculos salivales corresponden a esta categoría.

Tanto las glándulas submaxilares como las parotídeas tienen ganglios linfáticos adyacentes y dentro de la estructura glandular misma. Las infecciones adyacentes o tumores situados en las áreas de drenaje de estos ganglios, ocasionan con frecuencia aumento de volumen que pare-

ce ser primario de las glándulas. Los ganglios y tumores pueden sujetarse e identificarse. -- Exprimir la glándula y el conducto bimanualmente permite estimular la naturaleza de la secreción y por lo tanto su ubicación.

b) Consistencia de la Lesión.- Las lesiones circunstanciales tales como los tumores mixtos, ganglios con aumento de volumen se mueven y pueden desplazarse fácilmente. Áreas inflamadas en forma aguda, abscesos, tumores malignos invasores o sus extensiones linfáticas no se mueven fácilmente.

Las lesiones duras tienen peor pronóstico aunque el signo diferencial primario entre una lesión maligna y una inflamatoria leñosa 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 signo grave, especialmente si faltan los signos cardinales de infección. La induración es típica de las lesiones invasoras malignas y este debe considerarse hasta que no sea corroborado. (12)

RAYOS X.- Dentro de los estudios radiológicos utilizados para el diagnóstico de patología glandular encontramos la sialografía, que es un estudio realizado para visualizar las glándulas salivales y sus conductos, opacificándolos mediante la inyección de un material metálico (Ispidol).

La visualización de los diversos órganos glandulares y sus conductos se designa con diferentes nombres según el secretor, la vía de acceso, momento o el conducto que se desea explorar; glándulas salivales:

Sialografía Parotídea.

Sialografía Submaxilar.

La sialografía de la glándula sublingual no se-

realiza debido a que ésta es muy pequeña. (26)

Material:

1. Paciente de cubito dorsal, cuello en hiperex tensión.
2. Cuatro campos.
3. Una jeringa de 20 cc.
4. Dos cánulas o sondas de alimentación, o agujas de forma roma con una angulación de 15°-20°, de calibre 18, 20 ó 21.
5. Dilatador de conducto lagrimal.
6. Una ampolleta de lipidol ultrafluido.
7. Limón.
8. Gasas.

Técnica.- Con el paciente en la posición señalada, y la boca abierta se le colocan topes de gasa del lado contrario al que se va a canalizar, se le ponen unas gotas de limón para dilatar el conducto, una vez introducida la sonda puede inyectarse el medio de contraste (lipidol) sin sacar la canalización y con la boca cerrada procedemos a tomar diferentes proyecciones.

1. Posteroanterior.
2. Lateral de cráneo.

Una vez realizado el estudio, la sonda puede retirarse y se instruye al paciente para que ayude a vaciar por masaje, la glándula.

La sialografía se utiliza para:

1. Descubrir cálculos obstructivos en el conducto de stemon o el de Wharton.
2. Alteraciones estructurales de los conductillos en el parenquima de la glándula enferma.
3. Sialangectasia o cambios neoplásicos.

4. Síndrome de Sjogren.

5. Tumor.(25)

CITOLOGIA EXFOLIATIVA.- En el diagnóstico del cáncer ha sido y sigue siendo un procedimiento controvertido después de la ola de entusiasmo de la década de 1960, cuando este método se usaba mucho, particularmente en los E.E.U.U., ahora ha entrado la tendencia contraria.

En 1972 Falsor y Cols hicieron en E.E.U.U. una nueva evolución del aspecto de la citología --- exfoliativa bucal, estos investigadores no sólo presentaron una reseña bibliográfica sino que --- también un estudio de tres años antes, realizado en instalaciones de Salud Pública sobre ---- 158,996 pacientes que participaron en el estudio. El 4% tubo una lesión clínicamente reconocible, todas las lesiones fueron sometidas a -- una citología exfoliativa y las que por su ---- aspecto clínico parecían malignas o sospechosas se biopsiaron. La biopsia arrojó una tasa de - 148 lesiones malignas, una tasa de resultados - negativos de 31%. Folsa y Cols en 1972 llegaron a la conclusión de que la citología se debe emplear como coadyuvante en la evaluación de -- las lesiones bucales visibles, pero no de preferencia ni como sustituto de la biopsia a menos que ésta se encuentre contraindicada por razones específicas.

Bánóczy (1976) expresó puntos de vista similares y destacó que la citología exfoliativa puede ser un importante auxiliar de cánceres bucales insipientes que tienen superficies ulceradas, mientras que las lesiones secas costrosas--- muy queratinizantes o necrosadas producen muestras malas y no se presta para el examen citológico Brlozis (1972).(21)

La técnica es relativamente simple, esencialmente consiste en limpiar la superficie de la lesión (bucal de residuos y mucina) con ácido acético al 5% (mucolítico), después rasparla ----

varias veces con una espátula metálica o un abanico húmedo y se extiende con rapidez y -- uniformidad el material obtenido sobre un portaobjeto. El fijador puede ser una preparación -- comercial o alcohol al 95%, se deja 30' para -- que seque. Es esencial que se prepare un segun -- do frotis ya que con frecuencia se emplean dife -- rentes técnicas de tinción y se envía al citólo -- go. (28)

El examen citológico fué realizado en 22 casos -- de tumores orales de origen glandular. Citoló -- gicamente, las células de adenoma pleomorfo be -- nigno y en adenolipoma fueron fácilmente identi -- ficados como de origen tumoral benigno, pero la -- determinación citológica de malignidad fue fá -- cil en 11 de 14 tumores malignos debido a care -- cer de factores de malignidad.

Un estudio comparativo y preciso de detalles de -- células tumorales monomórficas con hallazgos -- histológicos, sin embargo parecen sugerir una -- posibilidad de determinación del tipo histológi -- co igual en preparaciones de frotis. (13)

BIOPSIA. -- El término biopsia (del griego "bios vida y -- opsia visión") fue creado a fines del siglo pa -- sado por el dermatólogo francés Besnier, para -- designar la extracción de un ser vivo de una -- porción de tejido y órgano con el propósito de -- investigar la naturaleza de una lesión mediante -- el examen microscópico.

Si el tejido se basa en el estudio de grupos ce -- lulares la toma deberá ser:

1. Suficiente.

2. Adecuada.

Pueden ser utilizadas varios tipos de biopsias:

- a) **Incisional.**- Obtención de una parte de lesión mediante la incisión quirúrgica, se usa en lesiones superficiales y de fácil acceso.
- b) **Por Punción.**- Se efectúa mediante la introducción de una aguja variable de acuerdo con la estructura u órgano que se desee examinar. Se hace la introducción de agujas seguida de aspiración y por punción biopsia. La punción aspiratoria muchas veces sólo permite obtener material líquido o semilíquido.
- c) **Transoperatoria.**- Por congelación transoperatoria rápida se hace el diagnóstico durante el curso de la intervención quirúrgica, esta indicada cuando el diagnóstico microscópico puede modificar el plan de tratamiento, es particularmente útil en el diagnóstico de tumores malignos. Permite al cirujano ampliar la extensión de la resección en el mismo acto quirúrgico, del 5% al 10% no es posible un dictamen concluyente.
- d) **Excisional.**- La excisión total de una lesión pequeña para su estudio microscópico. Se prefiere la biopsia por excisión cuando el tamaño de la lesión es tal que puede ser retirada con un margen de tejido normal y cerrar la herida primaria. Se utiliza el tratamiento. (20)

Biopsia y su importancia en la práctica odontológica;

En la actualidad uno de los métodos de diagnósticos más utilizados en la detección temprana del cáncer bucal es la técnica de biopsia, ya que es un procedimiento fácil y -----

proporciona un (resultado) diagnóstico definitivo. Con ello se logran corroborar o descubrir histopatológicamente la naturaleza de las lesiones localizadas en la cavidad oral y tejidos adyacentes siendo de gran utilidad para detectar y tratar en forma inicial padecimientos malignos.

Contraindicaciones.- Tumores de las glándulas salivales principales las cuales deben extirparse intactas, generalmente con el lóbulo correspondiente de la glándula.(11)

CAPITULO V

PATOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES

- I. ANOMALIAS DE DESARROLLO.- Se tendrán en cuenta dos tipos de anomalías del desarrollo: 1) Las glándulas salivales aberrantes que son consecuencia de la separación de los botones germinales de celdas y lóbulos glandulares individuales, y 2) agenesia, hipoplasia o malformación total o parcial de la glándula o de su sistema excretor.

- I.1 Glándulas Aberrantes.- Las glándulas salivales son llamadas así, cuando el tejido glandular salival se desarrolla donde normalmente no se encuentra, si el tejido glandular está aislado y no tiene conducto excretor, estas son llamadas glándulas aberrantes o heterotópicas.

A menudo se descubren por casualidad durante intervenciones quirúrgicas de afecciones salivales. Es frecuente encontrar glándulas salivales en los ganglios linfáticos, se han encontrado tejido glandular salival en amígdalas de 0,21% a un 1% en pacientes, esta heterotopia intraganglionar linfática se haya en casi todos los recién nacidos, se ha señalado que los conductos excretores no siempre se encuentran desvinculados de la cavidad oral y que no siempre se trata de heterotopias sino glándulas salivales accesorias.

La mayoría de las glándulas aberrantes son parotídeas especialmente en la base del cuello, oído medio, articulaciones esternoclavicular, conducto tirogloso, mastoidea ósea y la hipófisis.

- I.2 Malformaciones.- Las glándulas salivales pueden ser hipoplásicas o hiperplásicas, raramente se ha observado la aplasia total de una o de todas las glándulas salivales. No se ha demostrado nunca que una hiperplasia se halla debido a un hiperdesarrollo, --

probablemente la mayoría de los casos represente sig l adenosis, lipomatosis, etc.

Hughes y Syrop descubrieron la agenesia familiar del conducto parotídeo entre nueve individuos de tres ge neraciones. Steggard observó una aplasia completa - de todas las glándulas salivales mayores. Scher y - Cols, han descrito casos en donde existe un doble nú mero de conductos.

- a) Conductos Excretorios Accesorios.- De 450 glándu-- las salivales, el 55%, se encontró un conducto pa rotídeo accesorio, localizado por encima del con-- ducto Stensen por delante del borde anterior del maxilar. En el 8% de las glándulas examinadas - se halló un conducto parotídeo accesorio por deba jo del conducto de Stensen. En un caso se habia-- desarrollado un conducto salival en el conducto - auditivo.
- b) Divertículos.- Son probablemente malformaciones - verdaderas cuando existen en el recién nacido, se hallan muy a menudo en el sistema excretor sali-- val de manera generalizada. Se considera que el Magestemon de los adultos es una manifestación ru dimentaria, el paciente suele consultar al médico por parotiditis recidivante y purulenta, en la -- sialografía se aprecian conductos de Stensen muy anchos. Casi siempre en ambos lados, con una di-- latación cilíndrica del conducto principal y de - los de primero y segundo orden.
- c) Fístulas.- A menudo implican una formación anor-- mal de los arcos branquiales. Las fístulas bran-- quiales congénitas faciales y cervicales, pueden-- ser completas o incompletas, según, si el conduc-- to es permeable o no. Estos conductos pueden --- atravesar las glándulas salivales, especialmente-- la parótida o estar en el conducto de ellas, con un orificio imperforado se aprecia la salivación-- tras un estímulo gustativo.(23)

II. HIPO E HIPERFUNCION:

II.1 Hipofunción de las glándulas salivales, disminución del flujo salival, asialorrea o xerotomía se pueden presentar o asociarse:

- a) En los ancianos y acompañada generalmente por -- disminución de otras secreciones corporales.
- b) Estímulos psíquicos y estados agudos de ansiedad o depresión.
- c) Deshidratación (acidosis diabética, etc.)
- d) Trastornos de los mecanismos de inervación de -- las glándulas salivales.
- e) Fármacos estimulantes de la función simpática - que disminuyen la actividad. Es queja en pacien- tes que reciben derivados de la rawolfia contra- la hipertensión, muchas veces la administración- de clorotropina produce boca seca con sensación de ardor y mal sabor de boca persistente. La -- sialorrea en grado variable es efecto colateral- de muchos fármacos de empleo común como la banti- na y los antihistamínicos. La belladona, atropi- na, afedrina y fármacos semejantes ejercen tam- -- bién un efecto depresor importante sobre la se- -- creción salival.
- f) La xerotomía puede deberse raramente a la falta- de desarrollo de las glándulas salivales, en - - algunos casos hay aplasia congénita de dichas - glándulas; desde la infancia estos pacientes --- muestran boca seca, aumentando la tendencia a la caries dental, también se observa sequedad de la cavidad oral si es destruida la sustancia glan- dular secretora por irradiación o enfermedad.

Manifestaciones Clínicas.- En la xerotomía el pa- -- ciente presenta varios síntomas. La mucosa de la - boca se vuelve seca, lustrosa y se irrita o lesiona con facilidad, pueden aparecer fistulas o pliegues-

dolorosos que sangren fácilmente por efecto de los traumatismos, suelen acompañarse de una alteración del sentido del gusto, en un principio la lengua muestra una capa superficial pero más tarde sobreviene atrofia completa de las papilas gustativas.

11.2 Hiperfunción de las glándulas salivales, aumento de la secreción salival, sialorrea.

- a) Es normal en la infancia y la niñez, particularmente al erupcionar los dientes como durante la espera de los alimentos.
- b) En variedades agudas de estomatitis, eritema multiforme, pénfigo, el exceso de saliva es un síntoma destacado de la enfermedad. Es común encontrar una secreción abundante en niños epilépticos y con retraso mental.
- c) Efectos farmacológicos que estimulan el sistema parasimpático. Se llaman sialogogos los fármacos susceptibles de estimular la secreción salival; el mejor conocido es la Pilocarpina también son sialogogos los yoduros, las sales de amonio y mercurio.
- d) Después de la colocación de prótesis en especial dentaduras completas. La mayoría de los pacientes se quejan durante algún tiempo de un aumento de secreción, esta respuesta se desarrolla progresivamente en una o dos semanas.(5)

III. PROCESOS INFLAMATORIOS Y OBSTRUCTIVOS:

III.1 Sialadenitis.- Abarca las afecciones inflamatorias de las glándulas salivales, la mayoría de las cuales son infecciosas pero las que se incluyen también son alérgicas.

La más conocida es la parotiditis epidémica "paperas", de naturaleza vírica.(9)

Etiopatogenia.- Afección vírica aguda y contagiosa, caracterizada por tumefacción de las glándulas-

salivales en particular la parótida, es más frecuente en niños entre los 4 y 14 años, el contagio se hace por gotas de saliva y objetos contaminados. El virus penetra probablemente por los canales salivales y pertenece al grupo de Paramyxovirus.

Manifestaciones Clínicas.- Período de incubación de dos a tres semanas, los síntomas generales incluyen irritabilidad, anorexia, cefalea, malestar, dolores musculares y en la región parotídea, a veces trastornos digestivos, elevación de la temperatura corporal. El edema de la glándula parótida va precedido de dolor local. Se encuentran afectadas las dos parótidas en casi el 70% de los pacientes siendo frecuente que una de ellas crezca y la otra algunos días después, pueden llegar a estar afectadas las glándulas submaxilares y casi nunca las sublinguales, el edema característico se presenta un poco por delante y por debajo de la oreja cuyo lóbulo lo suele estar desplazado hacia afuera molestando a la masticación, deglución y fonación.

Manifestaciones Bucales.- A la salida del conducto de Stenon se observa eritema al exprimir la glándula parótida, viéndose emanar gotas de pus y en la mayoría de los casos hay xerotomía.

Se trata de una enfermedad general más que local, pues a veces están afectados también los testículos, ovarios, el páncreas y el cerebro. (7)

III.1.2 Sialoadenitis Aguda.- En este caso nos referimos a las adenopatías agudas inespecíficas que no guardan relación con otras alteraciones.

Etiología.- Los frotis y cultivos para determinar el organismo predominante, revelan muy diversas bacterias; la mayoría de las cuales se encuentran en la cavidad bucal. Estreptococo salival, estreptococo verde, neumococo y estafilococos piógenos dorado y blanco, en ocasiones se encuentran levaduras.

Manifestaciones Clínicas.- La tumefacción suele ser un comienzo rápido o una fase aguda de un padecimiento crónico, la glándula se vuelve sensi-

ble y tensa generalmente un solo lado y puede -
apreciarse pus en el orificio del conducto, o -
bien se extra exprimiendo el sistema de conduc-
tos. La temperatura del paciente suele estar -
elevada. El cuadro sanguíneo revelará la toxi-
cidad de la infección.(12)

III.2 Sialolitiasis.- Obstrucción de un conducto por cál-
culos. La sucesión de fenómenos que conducen a --
alteraciones inflamatorias crónicas macroscópicas-
y microscópicas de las glándulas salivales no se -
ha delucidado cabalmente. Sin embargo, está com-
probado que uno de los factores más notables es la
producción de cálculo salival o sialolito. Esta -
teoría menciona que alrededor y dentro de tapones-
blandos de moco, bacterias o células epiteliales -
descamadas se acumulan sales minerales, ya que ---
algunos sialolitos son muy radiopacos y bien calci-
ficados, mientras que otros son blandos de consis-
tencia de caucho y no se aprecian radiográficamen-
te.

Síntomas.- La glándula afectada puede aumentar de-
volumen, especialmente después de los alimentos y
volverse tensa y dolorosa, la más frecuentemente -
afectada es la submaxilar, puede verse pus en la -
carúncula de la glándula, la cual puede estar infla-
mada, el cálculo puede manipularse bimanualmente;-
radiográficamente la dilatación en el sitio del --
cálculo y el sistema de conductos se harán eviden-
tes.

III.3 Quistes de Retención.- Resultan de la rotura de un
conducto dentro del parénquima de la glándula, se-
llena de secreción salival y eventualmente se ----
encapsula con tejido conectivo fibroso. Puede ---
haber un revestimiento epitelial completo o par---
cial, o no haberlo.(12)

- a) **Mucocele.**- Se presenta en las glándulas salivales menores y su localización más frecuente es el labio inferior. El quiste aparece como una vesícula submucosa a modo de cuenta de rosario de color azulado. El moco se extravasa en el tejido vecino y desarrolla una reacción inflamatoria periférica ligera. La secreción mucinosa contiene histiocitos distendidos y cargados de moco.
- b) **Ránula.**- Denota un quiste causado por obstrucción de una glándula en el suelo de la boca, se presenta como una eminencia redonda y lisa, de tinte azuloso que sobresale en el suelo de la boca y desplaza lateralmente la lengua.

Microscópicamente la ránula consiste en una pared distendida y revestida de epitelio, rodeada por una cápsula fibrosa delgada que presenta infiltración de leucocitos, el contenido de la ránula puede ser mucoso o seroso. (22)

IV. SIALOADENOSIS.- No son afecciones inflamatorias ni tumorales, algunas están en relación con alteraciones endocrinas, otras con carencias alimentarias, afecciones hepáticas y pancreáticas, o bien forman parte de síndromes oculosalivales, en los cuales la participación salival constituye sólo una manifestación más de una afección general. Revisaremos las más importantes.

Síndromes oculosalivales.- En ellos se interesan simultáneamente por razones apenas intuidas las glándulas salivales y lacrimales, por lo general existen además muchas otras manifestaciones procedentes de múltiples órganos y sistemas afectados, se distinguen las tres siguientes:

- a) **Síndrome de Sjogren o Disquetosis Mucosa.**- Es una xerotonfa compleja que evoluciona con queratoconjuntivitis (fotofobia) y faringitis seca, atrofia lingual, rágades bucales con atrofia de la mucosa oral, farin

gia y conjuntival; tumefacción parotídea y submaxilar con sus conductos ectaciados, disfagia, sequedad vaginal, artralgia y anemia hipo o hipercroma.- El examen descubre hipergamaglobulinemia.

- b) Síndrome Uveoparotídeo de Heerfordt.- Se le considera una forma más de sarcoidosis y queda individualizada por la coexistencia de manifestaciones oculares como iritis, iridociclitis o uveítis; tumefacción de las glándulas lagrimales y ambas parótidas, puede haber además parálisis facial y afección del estado general con astenia, anorexia y febrícula.
- c) Síndrome de Mikulicz.- Integrado por el infarto simultáneo indoloro y simétrico de las glándulas salivales y lagrimales, con frecuencia es sintomático de leucemia linfocítica crónica, linfoma linfocítico nodular o sarcoidosis.

En las carencias protéicas (kwashiorkor), cirróticos hepáticos y pacientes con pancreatitis alcohólica, no es rara la tumefacción parotídea de génesis mal conocida y en las que se cree la posible responsabilidad de la hipoalimentación, especialmente protéica.(9)

CAPITULO VI

TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

A) SIALOADENOMAS.

1. Adenoma Monomórfico.- El sialoadenoma puro, constituido principalmente por células monomorfas, constituye del 8% al 10% de todos los tumores de las glándulas salivales. Se producen principalmente en parótida, se diferencian del adenoma pleomorfo por una estructura celular regular y uniforme, una membrana basal y una notable estructura lobular.

Se clasifica según su crecimiento (sólido, acinar, quístico tubular o papilar) la proporción de elementos linfoides que contienen o el tipo principal de células. En algunos casos no es tan tajante la distinción.

- a) Adenoma de Células Basales.- Adenoma sólido, lobular, canicular o basófilo. Se ha considerado como una variedad del adenoma pleomorfo, sin embargo la falta de células mioepiteliales tan características merece ser considerado como una entidad aparte.

Kleinsasser y Klein indicaron que este tumor comprendía el 2% de 500 tumores de las glándulas salivales.

Tiene incidencia en individuos de más de 60 años, la gran mayoría se han observado en la glándula parótida, aunque también en glándulas salivales menores.

Es un tumor bien encapsulado compuesto por masas sólidas, tubulares o trabeculares, de células monomorfas que parecen células epiteliales basales.

- b) Adenoma Oxofílico.- Es una lesión benigna de crecimiento lento y la mayoría de los oncocitomas se hallan en la parótida.

Las mujeres la padecen más a menudo y son sensibles en edades de 66 a 70 años. Clínicamente el tumor es duro, bien delimitado y desplazable, encapsulado. Al corte sólido rojo grisáceo y está dividido en lóbulos por finas láminas de tejido conectivo fibroso.

Está compuesto por células que tienen un citoplasma acidófilo y un pequeño núcleo marginal como pignocitos, está compuesto por bandas de células epiteliales poligonales, sólidas o tubulares en un estroma escasamente vascularizado.

- c) Cistadenoma.- Los adenomas basófilos quísticos de células habitualmente columnares, se denominan cistadenomas. Si en el quiste existe epitelio papilar, se denomina cistadenoma papilar. Cuando se introduce en estos tumores papilares una proliferación de un conducto salival, se transforma en cistadenoma. Si esto ocurre en el tejido linfático la lesión se denomina cistadenolinfoma.
- d) Linfoma Sebáceo y Adenoma Sebáceo.- Existen bastantes células sebáceas en los conductos de las glándulas salivales mayores, especialmente en la parótida.

En los lugares donde existen oncocitos se hallan a menudo células sebáceas y por tanto éstas son frecuentes en el cistadenolinfoma papilar.

Hasta hoy sólo se ha descrito algunos linfadenomas sebáceos en las glándulas parótidas de pacientes de mediana edad o mayores. No se ha observado predilección sexual.

Los tumores han tenido un diámetro de varios centímetros. Han sido de consistencia dura, encapsulados y al corte de color gris amarillento, numerosos quistes pequeños.

Histológicamente el linfadenoma sebáceo tiene glándulas sebáceas y conductos dentro de un estroma linfóide que contiene a menudo folículos reactivos. A menudo los conductos se llenan de grasa que los

distiende. Se han encontrado quistes llenos de lípidos delimitados por epitelio escamoso poliestratificado.

- e) Adenolinfoma (cistadenoma papilar).- Es sólido, - - quístico o papilomatoso forma el 5% de los adenomas monomorfos.

Esta lesión es primeramente una neoplasia, si es -- que no una hiperplasia heterotópica, que al igual -- que otros tumores quísticos puede sufrir secundariamente una transformación neoplásica benigna o inclusive maligna.

Una peculiaridad de éste, es que se produce con frecuencia bilateralmente con un promedio de 85% en -- los pacientes. Con mayor frecuencia en varones -- 5.1, edad entre 2 1/2 y 92 años, con una media de - 60 años, crecimiento lento, los tumores bilaterales son frecuentes en parótida, se han llegado a presentar en seno maxilar, glándula submaxilar, glándulas salivales menores; suelen carecer de componentes -- linfocítico. En algunos casos se ha descrito ma-- lignización.

Histológicamente el componente epitelial está siempre rodeado de tejido reticular y linfático. Las - células epiteliales están dispuestas en dos hileras: la interna se encuentra formada por células alargadas con citoplasma acidófilo y núcleos picnóticos, - la externa está formada por células cuboides o poligonales y descansan sobre la membrana basal.

- 2.- Adenoma Pleomorfo.- Es el tumor más frecuente de las - glándulas salivales.

El carácter polimorfo de los componentes epiteliales y mesenquimatosos (fibrillas, substancia basal, cartilago y hueso) dan la impresión de un tumor mixto en el - que particularmente los tejidos epiteliales y mesenquimatosos participan en la misma proporción, pero se ha demostrado que su génesis es puramente epitelial.

El adenoma pleomorfo es un tumor esencialmente benigno, de crecimiento lento e intermitente que puede durar de 20 a 50 años, es frecuente que se observen adenomas pleomorfos desde la infancia, hasta la vejez, - pero se producen con mayor frecuencia en la 5a. década de la vida. Frecuentemente afectan la glándula parótida (de 4.245 casos el 92.5% fueron de glándulas salivales mayores, 84% en parótida, 8% submaxilar, 5% - en sublingual y el 6.5% glándulas salivales menores - de los aparatos digestivo y respiratorio.) Con predilección por el sexo femenino.

Características Clínicas.- Inicialmente no existe dolor, aunque en la mitad de los pacientes llega a haber sensación de presión, expresada como dolor al oído, con un diámetro promedio de 2 a 5 cm., pero puede alcanzar proporciones grandes.

Malignización.- Los signos clínicos de malignización: Aceleración brusca del crecimiento, que puede iniciarse al cabo de 10 a 30 años de duración, irregularidad de la superficie del tumor y su adherencia a la piel, alteraciones vasculares superficiales y el dolor es un signo importante, el ardor aparece precozmente a la parálisis del nervio facial, el adenoma pleomorfo de glándula parótida que sufre degeneración maligna, ocasiona dolor en más del 50% de los pacientes, y en las glándulas submaxilares se ha observado dolor en más del 75% de los pacientes. Aparecen metástasis regionales en cerca del 20% y metástasis a distancia en cerca del 30%.

Histológicamente.- El adenoma pleomorfo se caracteriza por gran variedad de imágenes, formadas por tejido glandular y conectivo. Células Epiteliales, pequeñas basales que se tiñen de oscuro, grandes epidermoides, células intermedias, ordenadas en disposición tubuloides, columnares o escamosas, pueden observarse también grupos celulares acinares, oncocíticos, o ameloblastoides. Estroma con gran variedad de disposición mucoides, mixomatosos, pseudocartilaginosos, hialinos y reticulares.

3. Sialocarcinoma.- La proporción de los tumores malignos en las glándulas salivales mayores, parótida, submaxilar y sublingual es de 40:10 : 1, la mayoría de los tumores de glándulas submaxilares causan metástasis y tienen un pronóstico infaustoso.

Edad y Sexo.- No existe predominio sexual, mientras que hay predominio de edad, después de la 5a. década de la vida, aunque se pueden encontrar carcinomas en niños.

Características Clínicas.- Rápido crecimiento, consistencia dura, mala delimitación, dolor precoz, parálisis facial, infiltración de tejidos circundantes, imágenes vasculares en piel suprayacente, ulceración y diseminación linfática y hematógena.

- a) Carcinoma Mucoepidermoide.- En una serie de 63 casos Jackson y Cols, refirieron que la tercera parte habfan sido considerados muy malignos (al microscopio presentan un crecimiento muy invasor).

El Carcinoma Mucoepidermoide habitualmente pequeño y blando, con un diámetro de aproximadamente 2 a 5 cm. a menudo se diagnostica como tumor mixto, es nueve veces más frecuente que en la submaxilar, raramente produce dolor, existe parálisis facial en aproximadamente el 15% de los pacientes. A la palpación el tumor es más duro por su crecimiento-infiltrativo a menudo se encuentra necrosis localizada.

Ambas formas crecen lentamente, transcurriendo más de 6 años desde la aparición de los primeros síntomas al diagnóstico microscópico.

Incidencia.- Representa entre el 3% y el 11% de los tumores de glándulas salivales. La parótida se afecta entre el 65% a 70% el paladar aproximadamente el 15% y las glándulas submaxilares al rededor del 10%. En climas cálidos son frecuentes los carcinomas mucoepidermoides de glándula submaxilar.

Sexo y Edad.- La forma muy maligna se da 65% a 70% en glándulas salivales mayores de mujeres. La forma muy maligna es igualmente frecuente en ambos sexos.

Histológicamente.- La mucosa menos maligna se caracteriza por un epitelio escamoso, cubierto por una capa celular mucocística. Existen tres principales tipos celulares: escamosas, secretorias de moco y células intermedias. Las células intermedias son menores que las epidermoides y columnares, su citoplasma claro y sus núcleos relativamente grandes.

En ocasiones se llega a descubrir mucina en células columnares. El tumor mucoepidermoide muy maligno, muestra claramente focos carcinomatosos en algunas células. Abundan las figuras de mitosis y ocasionalmente se observa crecimiento perineural e intraneural, en neoplasias muy malignas pueden encontrarse indicios de moco mucicarmin - positivo que confirme el diagnóstico.

1. Carcinoma Adenoide Quístico (cilindroma).- Constituye aproximadamente del 2% al 4% de todos los tumores de las glándulas salivales. Fue denominado cilindroma por Billroth, por que las células epiteliales están dispuestas alrededor de un material homogéneo que forma un cilindro. Se observó que este tumor originaba frecuentemente metástasis y Ewing lo llamó carcinoma adenoide quístico.

Características Clínicas.- Crecimiento lento, a la palpación más adherido que los tumores mixtos, es muy significativo el dolor precoz, que presentan más del 40% de los pacientes con tumor parotídeo, dos tercios cuando se encuentra afectada la glándula submaxilar, parálisis facial espontánea en aproximadamente la 3a. parte de los pacientes con tumor parotídeo, mide de 2 a 5 cm. de diámetro aproximadamente, presenta poca o ninguna capsulación.

Incidencia.- Se localiza donde hay glándulas mucosas, con menor frecuencia se produce a partir de glándulas serosas; pero su frecuencia en glándulas salivales menores y aparatos respiratorios y -----

digestivos es alta. Corresponde al 50%, 11% y - - 40% respectivamente de las glándulas palatinas, pa-
rótida y submaxilares.

Edad y Sexo.- El tumor de glándula submaxilar es -
más frecuente en mujeres, los palatinos y submaxi-
lares no representan predilección de sexo, el tu-
mor se da entre los 40 a 60 años, puede encontrar-
se en niños.

Histológicamente.- Se encuentra células pequeñas -
con citoplasma, núcleos pignóticos, apiñados alre-
dedor de un espacio cilíndrico, que contiene mucina,
de forma cilindromatosa o cribiformes. Gruesas
trabéculas, casi siempre atravesadas por moco,
pueden interrumpir la disposición de las células -
sólidas. La mucina es predominante mucicarmin-po-
sitivo.

2. Carcinoma de Células Acinares.- El carcinoma de cé-
lulas acinares fue considerado hasta 1953 tumor be-
nigno. Sin embargo la gran frecuencia de recidiva
de más del 50% y una mortalidad a los cinco años -
aproximadamente en el 10%, demostrando así su ma-
lignidad.

Características clínicas.- Crecimiento lento, se -
parece al adenoma pleomorfo, pues es pequeño, red-
ondo y encapsulado, habitualmente es duro, y sue-
le ser desplazable o estar firmemente adherido.

Se han producido recidivas locales en diversas se-
ries entre el 30% y 50% de casos, falleciendo ----
aproximadamente la mitad de los pacientes por cau-
sas del tumor, lo cual indica las graves consecuen-
cias locales de las recidivas.

Incidencia.- Esencialmente limitado a la glándula-
parótida, forma el 2% de los tumores de glándulas-
salivales. Ha sido observado bilateralmente, se -
ha llegado a encontrar en glándula sublingual.

Sexo y Edad.- Aproximadamente el 70% se encuentran
en mujeres la edad máxima de incidencia se encuen-
tra entre 50 y 60 años, este tumor no obstante se

ha observado en niños.

Histológicamente.- La mayoría de los carcinomas de células acinares, son circunscritos por una capsula fibrosa diferenciada por una capa de condensación de tejido circundante. Está constituido esencialmente por láminas epiteliales sólidas, estructuras glandulares en el 50% de los casos, escasa estroma conjuntiva, células habitualmente poligonales, citoplasma glandular, casi siempre basófilos, impresión errónea de que las células sean productoras de moco, sin embargo las células son mucicarmin negativo. La tensión (PASP) es casi siempre positiva.

3. Carcinoma Adenopapilar productor de moco trabecular: La designación de trabecular implica la falta de estructuras acinares. Se trata de tumores muy malignos, que crecen y dan lugar a metástasis rápidamente.

Características Clínicas.- Habitualmente transcurre menos de un año entre la aparición del tumor y su tratamiento, es frecuente la parálisis del nervio facial. Existen metástasis regionales o a distancia en más del 50% de los pacientes.

Sexo y Edad.- Tanto el carcinoma adenopapilar productor de moco como el adenocarcinoma trabecular afectan a hombres y mujeres con la misma frecuencia y se producen entre edades de 50 a 60 años.

Histológicamente.- El adenocarcinoma trabecular se caracteriza por células polimorfas con grandes núcleos centrales hipercromáticos con numerosas mitosis.

El carcinoma adenopapilar productor de moco, se caracteriza por la alteración de zonas sólidas y quísticas, así como estructuras adenopapilares, es característica la presencia de células cilíndricas productoras de moco.

4. Formas Raras de Adenocarcinomas.- El adenocarcinoma pseudoamantino que se infiltra rápidamente. Es un tumor de la gente de edad avanzada. Se ha observado en glándulas salivales menores.

5. Carcinoma Anaplásico.- El carcinoma anaplásico también llamado adenocarcinoma indiferenciado o sólido, constituye aproximadamente el 1% de los tumores salivales, es tan frecuente en las glándulas salivales mayores como menores.

Características Clínicas.- Más de la mitad de los pacientes padecen parálisis facial, la cual no se recupera con la radioterapia, como en la mayoría de los otros tumores salivales, las recidivas son comunes y producen con frecuencia metástasis a distancia, la supervivencia es a 5 años.

Edad y Sexo.- La edad máxima de incidencia se encuentra entre los 50 y 70 años, se da más a menudo entre varones que en mujeres.

Histológicamente.- Pequeñas células pleomorfas con grandes núcleos agrupados en bandas anchas o grupos redondos sin observar la pauta característica, densos cordones de tejido colágeno penetran en las masas malignas.

c) Carcinoma de Células Escamosas.- El Carcinoma de células escamosas es considerado como uno de los tumores más malignos, forma cerca del 2% de los tumores de glándulas salivales. En América forma cerca del 17% de todos los sialocarcinomas.

Características Clínicas.- Consistencia dura, intenso dolor, adherencia a la piel suprayacente y tejidos circundantes, frecuente ulceración, y rápidas metástasis.

Dos terceras partes se originan en la parótida y una tercera parte en la submaxilar.

Sexo y Edad.- Incidencia mayor en los varones. La --
Edad máxima entre los 60 y 70 años.

Comportamiento Clínico.- Existe un acuerdo unánime so
bre la notable malignidad de este tumor. 1 de 10 pa-
cientes con carcinoma de células escamosas submaxilar,
sobrevivió solo con extirpación radical. Según Auché
y Cols., más del 50% murieron en el primer año.

- d) Carcinoma de Células Sebáceas.- Cheek y Pitcock, des-
cribieron un tumor bastante peculiar, que contenía --
glándulas sebáceas en un hombre de 29 años de edad.

Las lesiones se interpretaron como una variante de --
carcinoma mucoepidermoide estaba compuesta por célu--
las sebáceas con un componente productor de moco de -
menor importancia. Silver y Goldstein describieron -
una lesión muy similar en glándula parótida de una mu
jer de 22 años de edad. Tskada y Cols. describieron--
un carcinoma de células sebáceas originado en un tu--
mor mixto en un hombre de 73 años de edad.(23)

B) SINSIALADENOMA (sinsialoma)

Los sinsialomas son tumores de glándulas salivales que
se originan a partir del tejido intercapsular, tales co-
mo los nervios las vainas de los nervios, vasos sanguf--
neos y linfáticos y el tejido conectivo circundante.

La mayoría de los sinsialadenomas puede acercarse al pa-
renquima de la glándula salival e incluso desplazarlo --
completamente.

La mayoría de los sinsialadenomas son benignos, especial
mente el neurinoma, linfagioma, y la mayoría de los lin-
fangiohemangiomas. Puesto que desde el punto de vista --
histológico no están definidos y son infiltrantes, el --
anatomopatólogo los clasifica malignos sin tener en cuen
ta su comportamiento clínico benigno. Pueden distinguir
se cinco grupos:

1. Neurinoma y Neurofibroma:

El neurinoma se da seis veces más que el neurofibroma en la glándula parótida. No es frecuente pero se han encontrado neurinomas en las glándulas submaxilares.

El neurinoma aparece habitualmente durante la infancia, pero es de crecimiento muy lento, la edad varía entre 12 y 70 años, no existe predominio sexual.

El tumor se origina comunmente e partir de una de las ramas principales del nervio facial. El nervio puede estar completamente recubierto por crecimiento tumoral, pero raramente se produce parálisis facial antes de que llegue a la intervención quirúrgica, en este momento debe efectuarse biopsia transoperatoria, pues en un 3% de los pacientes hay malignización.

Características Clínicas.- No permiten habitualmente el diagnóstico preoperatorio, hay discreta sensibilidad a la presión, pero este también se presenta en el adenoma pleomorfo y carcinoma adenoide quístico. No se observa recidivas, incluso en caso de que el extirpe hubiera sido incompleto.

Características Anatómicas.- A menudo se observa tejido conectivo hialinizado, especialmente en la proximidad de la cápsula densa del tejido conectivo, lo cual se dice que es típico del neurinoma facial y faríngeo.

2. Angiomas:

Los tumores de los vasos sanguíneos y linfáticos son la causa más frecuente de tumefacción parotídea en recién nacidos y niños de mayor edad y constituyen el grupo más abundante de sinusaladenomas. Campbell observó que el 90% de los tumores parotídeos de los niños menores de un año de edad eran hemangiomas.

Los angiomas son primordialmente hamartomas (malformaciones de vasos sanguíneos y linfáticos a partir de los cuales se desarrollan ulteriormente tumores).

a) Hemangioma:

Es un tumor benigno congénito que constituye aproximadamente el 1% de los tumores de glándulas salivales.

Aproximadamente el 75%, existen desde el nacimiento y el 90% se aparecían en el primer año de vida. Sólo cerca del 1.5% aparecen después de la edad de 10 años, alrededor del 80% se originan en la glándula parótida, el 18% en la submaxilar, 1% ó 2% en las glándulas salivales menores.

Patogenia.- Los hemangiomas no son primeramente sinsialadenomas, sino más bien parasialadenomas, se originan probablemente a partir de anomalías vasculares cutáneas (y con menor frecuencia musculares) y proliferan en el interior del subcutis y los órganos circundantes. Es frecuente la regresión espontánea durante los primeros 6 a 10 años.

Características Clínicas.- El hemangioma de parótida es casi siempre superficial, el tumor penetra más profundamente durante los seis primeros meses.

Se distinguen dos formas:

- Tipo capilar celular, que es habitualmente pequeño y circunscrito.
- Tipo cavernoso, que es quístico, blando y escasamente delimitado a la palpación, fluctuación o a la temperatura.

El hemangioma parotídeo aparece en la primera infancia, tiene predominio en las niñas (aproximadamente 80%), esclerosis espontánea de las cavernas, donde comúnmente se forman flebolitos y erróneamente son diagnosticados como cálculos salivales. Por ello es significativo que:

1. Se hallan varios flebolitos pero sólo uno o dos cálculos salivales.

2. Los flebolitos son habitualmente grandes y redondeados y mientras que los cálculos cuando son visibles, son pequeños, largos y puntiagudos.
3. A la sialograffa, el flebolito esta por fuera de los conductos salivales.
4. Un flebolito no produce dolor, pero un cálculo salival en parótida, es doloroso.
5. El análisis químico de la saliva en presencia de flebolitos no es significativo, pero si lo es cuando hay cálculos salivales.

Características Anatomopatológicas.- Estas hamartomas de vasos sanguíneos aparecen como angiomas racimosos en zonas terminales, a menudo mal delimitadas con respecto al tejido conectivo circundante. Durante los primeros cuatro a cinco meses, estas masas de células endoteliales, crecen rápidamente posteriormente su crecimiento es más lento por la dilatación de las circunvoluciones arteriales y la proliferación de los componentes venosos, algunas partes intermedias desaparecen formando cavernas (angioma cavernoso), los tejidos glandulares circundantes son desplazados por la malla proliferante de vasos y tejido reticular y colágeno.

Las formas malignas con mitosis son raras, aparecen como sarcoma hemorrágico o angiosarcoma.

b) Linfoangiomas:

Comparado con el hemangioma, el linfoma constituye sólo del 4% al 8% de los angiomas. Sus combinaciones con el hemangioma son más frecuentes, muchos casos de linfangioma de glándulas salivales descritos en la literatura son probablemente formas quísticas de cistadenolinfoma papilar, adenoma pleomorfo o quiste salival.

El linfoangioma es también una anomalía congénita y - habitualmente se anastomosa con una red vascular dilatada.

3. Lipoma:

El lipoma es un tumor de tejido conectivo muy raro en las glándulas salivales, abarca 0.7 de 717 tumores de glándulas salivales, es difícil diferenciarlo clínicamente del adenoma pleomorfo, el cistadenoma, o los quistes. Se produce en todas las edades. Alcanza el tamaño de una castaña pero algunos son de tamaño muy pequeño.

La pseudohipertrofia de la glándula parótida causada - por hiperlipomatosis de los intersticios debe ser claramente diferenciada de lipoma.

4. Linfoma:

La infiltración leucémica puede afectar a los tejidos linfocíticos del interior de las glándulas salivales y lagrimales, dando sus manifestaciones iniciales.

Se han descrito xantogranulomas plasmáticos de la --- glándula submaxilar, granulomas eosinófilos de ambas glándulas parótidas, linfomas foliculares gigantes y plasmocitomas, todos ellos extremadamente raros.

Los tumores metastásicos de las glándulas salivales no son tan raros. La propagación linfática a la glándula parótida se da con frecuencia en el carcinoma de - conducto auditivo y en los melanomas.

5. Sarcoma:

Según Kirkin y Cols., el 0.3% de los adenomas son sarcomas, se da principalmente en la infancia.

El fibrosarcoma crece rápida y voluminosamente, de -- consistencia predominantemente dura, piel suprayacente delgada y tensa, presentando muchas telangiectas---

cias. Precozmente metástasis a ganglios linfáticos regionales. El estado de los pacientes sigue siendo bueno durante un tiempo sorprendente. Mustard y Anderson refieren que el 9% de 74 pacientes no presentaban síntomas al cabo de 5 años de tratamiento.

6. Tumores Malignos Misceláneos:

Se dice que el melanoma aparece a veces como una neoplasia primaria o de la glándula parótida, pero la mayoría de ellos son metastásicos.

Raramente hay linfosarcomas primarios en la glándula parótida y reticulosarcomas con menor frecuencia.(23)

C. Parasialadenoma (parasialoma):

El parasialadenoma se encuentra en el exterior de las glándulas salivales pero debido a su situación topográfica, puede simular clínicamente un sialadenoma.

Se producen tumoraciones en la zona extrabucal y retromolar, por fuera de la glándula parótida y en la región laterofaríngea, éstos últimos son menos frecuentes y de difícil diagnóstico.

Frecuentemente se encuentran quistes epidermoides y linforreticulares, tumor glómico y adenopatías parasialadenales.

La hemangioma parasialadenal del músculo masetero, de tamaño variable durante la masticación y la compresión,

El glomo yugular puede ser difícil de diferenciar de los tumores glandulares parotídeos y submaxilares, puede confundirse con hipertrofia maseterica pseudotumoral con una parasialadenoma.

La nicotanamida es útil también en el tratamiento de sialorrea transitoria debido a variedades inespecíficas de parotiditis. Debe aplicarse 300 a 400 mg. de nicotinamida tres veces al día durante diez días. Si todavía persiste cierta función glandular, la producción de saliva puede estimularse administrándose clorhidrato o nitrato de pilocarpina antes de las comidas. El bromuro de neostigmina a razón de 7.5 mg. tres veces al día es un estimulante más eficaz del flujo salival pero da lugar a dolor abdominal por aumento de peristaltismo.

El yoduro de potasio es un sialogogo muy activo, pero es preciso descartar posibles contraindicaciones médicas. - El empleo prolongado del yoduro podría trastornar la función tiroidea. (Este tipo de terapéutica está contraindicado en caso de enfermedad pulmonar o cardíaca). El efecto máximo se consigue con 0.3 g. de yoduro de potasio tres veces al día.

Los líquidos a base de silicón proporcionan también una buena protección. Es útil colocar sobre los labios vaselina, aceite de almendras o crema de tipo colcream. Los pacientes que emplean prótesis completas pueden cubrir éstas con vaselina, o con diversas jaleas lubricantes o polvos adhesivos.

En los lactantes pequeños niños cuando la producción de saliva es menor; la deglución automática de la saliva sólo se normaliza al aparecer la primera dentición, antes de esta época gran parte de la saliva escapa tanto hacia el exterior como hacia el esófago.

Es común la sialorrea en cualquier tipo de estomatitis, cuando se encuentra asociada a pacientes epilépticos, con retraso mental, enfermedad de Parkinson, parálisis facial y otras. Deberá combatirse el problema etiológico.

Después de la colocación de prótesis en especial dentaduras completas; la mayor parte de los pacientes se quejan durante algún tiempo de un aumento de secreción salival. Esta respuesta cede progresivamente en una o dos semanas, si la prótesis está mal adaptada el problema puede continuar. (23)

CAPITULO VII

TERAPIA (FARMACOTERAPIA Y TRATAMIENTO QUIRURGICO)

I. ANOMALIAS DE DESARROLLO:

Las glándulas salivales aberrantes se descubren a menudo por casualidad en el curso de intervenciones quirúrgicas, en caso de quistes o tumores salivales, o por formación de una fistula salival, éstas deben ser extirpadas.(23)

En caso de malformaciones o raramente ausencia congénita de una o varias glándulas salivales, la disminución o desaparición de secreción salival produce caries dental; - cuando menos en animales de experimentación. Steggerda estudió un paciente con falta completa de glándulas salivales compuestas y sus conductos desde el punto de vista mecanismo de sed y metabolismo del agua. Aunque la sequedad de la boca obliga al enfermo a mojarse la boca -- con agua cada hora aproximadamente, la ingestión total de líquidos en 24 horas fue de 2783 ml., en comparación con 2615 ml., en un testigo.

La pérdida de una glándula salival ocasiona por atrofia o extirpación tiene poca importancia. La pérdida de varias glándulas salivales mayores produce xerostomía y no existe tratamiento una vez que se ha presentado la atrofia, este soco es paliativo.(5)

II. HIPO E HIPERFUNCION:

Es importante establecer si la sialorrea se debe a disfunción real de la glándula salival, o a una solución de continuidad de las vías nerviosas de que depende la salivación. Si se logra estimular el flujo salival con un sialogogo como la pilocarpina, que actúa sobre las terminaciones de los nervios secretores, pero no se logra con zumo de limón, es que existe un defecto en el botón gustativo o en el botón glandular del centro salival pero - que la capacidad de secreción de la glándula no está --- afectada.

La nicotanamida es útil también en el tratamiento de asia lorrea transitoria debido a variedades inespecíficas de parotiditis. Debe aplicarse 300 a 400 mg. de nicotinamida tres veces al día durante diez días. Si todavía persiste cierta función glandular, la producción de saliva puede estimularse administrándose clorhidrato o nitrato de pilocarpina antes de las comidas. El bromuro de neostigmina, a razón de 7.5 mg. tres veces al día es un estimulante abdominal por aumento de peristaltismo.

El yoduro de potasio es un sialogogo muy activo, pero es preciso descartar posibles contraindicaciones médicas. El empleo prolongado del yoduro podría trastornar la función tiroidea. (Este tipo de terapéutica está contraindicado en caso de enfermedad pulmonar o cardíaca). El efecto máximo se consigue con 0.3 de yoduro de potasio tres veces al día.

Los líquidos a base de silicón proporcionan también una buena protección. Es útil colocar sobre los labios vaselina, aceite de almendras o crema de tipo colcream. Los pacientes que emplean prótesis completas pueden cubrir estas con vaselina, o con diversas jaleas lubricantes o polvos adhesivos.

En los lactantes y pequeños niños cuando la producción de saliva es menor; la deglución automática de la saliva, solo se normaliza al aparecer la primera dentición, antes de esta época gran parte de la saliva escapa tanto el exterior como hacia el esófago.

Es común la sialorrea en cualquier tipo de estomatitis, cuando se encuentra asociada a pacientes epilépticos, con retraso mental, enfermedad de Parkinson, parálisis facial y otras. Deberá combatirse el problema etiológico.

Después de la colocación de prótesis, en especial dentaduras completas, la mayor parte de los pacientes se quejan durante algún tiempo de un aumento de secreción salival. Esta respuesta cede progresivamente en una o dos semanas, si la prótesis está mal adaptada, el problema puede continuar.(5)

III. PROCESOS INFLAMATORIOS Y OBSTRUCTIVOS:

III.1 Parotiditis epidémica.- El tratamiento de la parotiditis consiste en una terapéutica general de sostén. Los pacientes que nunca sufrieron parotiditis y están expuestos al contagio, pueden beneficiarse con globulina gamma hipertinimune contra la parotiditis.(5)

III.2 Sialadenitis.- Si no se tratan estas infecciones a veces se localizan debajo de la piel y requieren de incisión y drenaje. El tratamiento de estas infecciones es médico. Están indicados antibióticos, sulfonamidas para controlar la infección, el conducto puede dilatarse con una sonda roma para favorecer el drenaje. La hidratación adecuada del paciente es de gran importancia, así como el uso de sialogogos para aumentar el flujo salival.

Quando la sialadenitis se vuelve crónica, suele ser más frecuente detrás de una obstrucción que ha producido largos períodos de estasis y exacerbaciones, el tratamiento es conservador, consiste en eliminar la obstrucción, dilatar el conducto, desafortunadamente la recidiva es frecuente y puede necesitar la extirpación quirúrgica de la glándula.

III.3 Sialolitiasis.- En la formación de sialolitos o cálculos salivales, el tratamiento es quirúrgico, generalmente el cálculo puede extirparse por vía intrabucal, sin embargo la extirpación de la glándula puede estar indicada por daño extenso de la misma o por recidiva de la enfermedad después de la remoción intrabucal del cálculo.

III.4 Quistes de Retención.- La incisión y el drenaje generalmente dan por resultado una recidiva eventual, no debe pensarse en la exteriorización del quiste. La extirpación quirúrgica es el tratamiento el diagnóstico, brindando curación definitiva.(12)

IV. SIALADENOSIS:

- IV.1 En el síndrome de Sjogren o disqueratosis mucosorosas, el tratamiento es sintomático, de las manifestaciones, (sequedad) oculosalivales:
- a). Para aliviar la sequedad ocular, gotas de sonicur. (3 p-ansil 5,5 ditiaciclopenato 2 eno l-tina) o lagrimol; para la bucal, gotas de elesoidina que es un extracto de pulpo.
- IV.2 Síndrome de Mikuliez.- Carece de tratamiento, - la hipertrofia es lenta y el pronóstico vital casi siempre benigno, salvo en la hemoblastosis, - la secreción lagrimal y salival puede llegar a - desaparecer, entonces el síndrome es igual al de Sjogren.
- IV.3 Síndrome Uveparotídea Heerford.- El tratamiento que en los otros dos síndromes es médico. Utilizando pequeñas dosis de prednisona.(9)

V. TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES:

- V.1 Tumores Benignos.- Adenoma salival, este tumor - se considera biológicamente benigno, el diagnóstico diferencial no puede hacerse concluyentemen- te sin biopsia. Su tratamiento es quirúrgico. (12)

Adenoma Monomorfo de Glándulas Salivales Menores.- Una investigación de lesiones intrabucal- les en las cuales las biopsias fueron hechas en- un periodo de 5 años en la Universidad de Conco- titud se descubrieron 20 neoplasias benignas, de las cuales 9 fueron consideradas células básicas, basoides o de tipo canicular como no había una -

distinción histológica clara entre esos subtipos histológicos y las 3 muestran una notable predilección por el labio superior, se concluyó que - las tres son variantes de una entidad y no necesitan ser (o estar) separadas, se recomendó -- que el término de células básicas sea, de aquí - en adelante adaptado a descubrir todas las variantes.

El tratamiento consistió simplemente en cirugía del tumor encapsulado, usando anestesia local, - de todos los pacientes que regresaron para el siguiente examen médico, ninguno mostró cualquier evidencia de que el mal haya reaparecido. Sin - embargo el periodo postoperatorio se ha clasificado de 2 a 12 meses. (17)

V.2 Tumores Mixtos.- Al tratar tumores de glándulas salivales accesorias. El tratamiento es quirúrgico con biopsia por excisión total. No producen metástasis a menos que hayan sufrido metaplasia y se comporten como un verdadero tumor maligno, la disección del área que contiene los ganglios linfáticos parece ser excesivamente radical. Por su tendencia a recurrir, está indicada una técnica adecuada y amplia del área, tratando de preservar los tejidos importantes. (12)

V.3 Tumores Malignos.- Hace varios años se obtuvieron resultados paliativos importantes con la quimioterapia de cierto número de neoplasias y poco a poco iba apareciendo la esperanza de que el coriocarcinoma pudiera curar con tratamiento de Mexotroxato. Hoy en día es posible establecer una lista de por lo menos diez enfermedades neoplásicas que pueden evolucionar con una supervivencia de vida normal después del tratamiento medicamentoso sólo o en combinación con otras modalidades incluyendo el coriocarcinoma en la mujer, leucemia aguda, tumor de Wilms, Sarcoma de Ewing, Rhabdomyosarcoma y reticuloblastoma en niños; Enfermedad de Hodgkin, Linfosarcoma, -----

linfoma de Burkett, micosis fungoide y carcinoma testicular.

Toda la formación de células metaplásicas tienen que erradicarse para obtener estos resultados deseados. El concepto de muerte celular total se aplica en la terapéutica como se aplica en otros medios de tratamiento; es necesario la extirpación total del tumor para una curación quirúrgica y se requiere la destrucción completa de todas las células cancerosas para lograr la curación con radioterapia. (18)

Carcinoma Mucoepidermoide.- A veces la resección debe ser más radical que en los tumores mixtos, por la extensión del tumor. El tratamiento conservador del nervio facial no debe considerarse importante; por el contrario, el Cirujano debe quitarlo por la extensión en que la lesión ha invadido tejidos adyacentes. Esto no implica que el nervio deba ser sacrificado. Si el conservar el nervio facial pone en peligro la cura quirúrgica, la extirpación del nervio está indicada. Las disecciones radicales de cuello no suelen ser necesarias, a menos que existan signos de metástasis en ganglios regionales; sin embargo algunas escuelas consideran la disección profiláctica del cuello durante la operación original como el método de elección.

La irradiación puede ser beneficiosa para controlar la metástasis o como procedimiento paliativo, pero no se considera curativa ni indicada como método profiláctico postoperativo.

Carcinoma Epidermoide.- El tratamiento también es similar en todos los aspectos, con la disección radical del cuello como parte importante del mismo según la mayoría de los Cirujanos.

La irradiación tiene un efecto apreciable contra esta lesión y sus metástasis y en especial contra los tipos más anaplásicos alivio más que cura.

Adenocarcinoma.- Existen numerosas lesiones, a las cuales se les ha dado muchos nombres que pueden agruparse como adenocarcinomas. Se incluyen al carcinoma basocelular pseudoadenomatoso o tumor basoide adenoquistico o cilindroma, el oncocitoma maligno y al tumor mixto maligno. Debe entenderse que todas son malignas, todas requieren de alguna forma de cirugía o irradiación. Puede hacerse disección radical de cuello cuando esté indicada. La radiación suele reservarse para control como medio paliativo y en algunos casos, profiláctico y no como tratamiento primario. (12)

El rol de terapia de radiación fue usado con la limitación de ser paliativo para pacientes con enfermedad avanzada o recurrente.

Recientemente, la terapia de radiación ha sido experimentada para reducir las tasas de recurrencia local, y ésto verdaderamente reduce las tasas locales de recurrencia total.

Un total de 54 pacientes con tumor de glándulas salivales fueron tratados con radioterapia en la Universidad de Michigan, de 1955 a 1975. 15 tuvieron resección total y radiación. El control local proporcional fue diferente entre esos grupos: 86.7%, 59.8% y 29.9%. En pacientes con parálisis del nervio facial combinado con cirugía y radiación 65.3% control local 49.7% 5 años de sobrevivida fueron obtenidos. No hubo metástasis a nódulos cervicales regionales en 25.5% y metástasis a distancia -----

en 24%. El control local del tumor fue un factor importante en la sobrevida: 70.2% la sobrevida en pacientes con control local y 28.7% sin el. Los autores concluyeron que una combinación de cirugía radical y radiación postoperatoria pudiera mejorar el pronóstico en los pacientes con tumor de glándulas salivales mayores.

CONCLUSIONES:

- a) Los pacientes quienes tuvieron resección total del tumor y postoperatoriamente radiación, mejoraron en términos de control del tumor local, y sobrevida que aquellos quienes tuvieron resección parcial seguida por radiación, o aquellos quienes recibieron solamente radiación porque el tumor estaba avanzado para ser operado.
- b) La operabilidad de los tumores mayores recurrentes de glándulas salivales es funesta.
- c) En vista de esto la radioterapia postoperatoria debe darse en el inicio del manejo y no diferirse para las recurrencias.
- d) Con una combinación de cirugía radical y una dosis alta de radioterapia postoperatoria, un control local aceptable, se tendrá una sobrevida en pacientes quienes tuvieron parálisis del nervio facial (6)

La revisión de 93 tumores de glándulas salivales, de 1955 a 1973 de la Universidad de California, San Francisco, sugiere que estos tumores pueden ser más radiosensitivos de lo que se pensó. La radioterapia combinada con procedimientos quirúrgicos conservadores pudiera ser una posible terapia que a la vez de exitosa más racional que la sola cirugía y como paliativo en enfermedades avanzadas inoperables.

El acercamiento de los tumores malignos de las glándulas salivales es delineado de la siguiente manera:

- a) Remoción grande quirúrgica de los tumores operables - incluyendo mandibulectomía, resección de hueso temporal y sacrificio de los nervios craneales cuando es necesario, parotidectomía superficial o total sería suficiente para tumores pequeños parotídeos de histología favorable.
- b) Disección radical de cuello para metástasis de nódulos cervicales o determinados por palpación o por corte congelado (biopsia transoperatoria).
- c) La radioterapia postoperatoria es usada:
 - 1. Lesiones de T3 y T4;
 - 2. Después de la disección radical de cuello;
 - 3. Tumores con tipos desfavorables (Histológicos, carcinomas adenoidequístico, adenocarcinoma de grado mayor, carcinomas de células escamosas, carcinoma mucoepidermoide mediana y de alto grado de carcinomas indiferenciados).
 - 4. Gran enfermedad microscópica al borde de la cirugía;
 - 5. Después de la resección de tumores recurrentes; y
 - 6. En tumores parotídeos lóbulos profundos.
- d) Radioterapia sola es usada para:
 - 1. Tumores primarios inoperables y recurrentes,
 - 2. C.A. de glándulas salivales menores localizados en nasofaringe;
 - 3. Paliativo de metástasis a distancia; y
 - 4. Cuando el paciente rehusa la terapia quirúrgica.

CONCLUSIONES:

La combinación de radioterapia puede ser reconocida como un tratamiento primario para las lesiones T3 y T4. El problema de las metástasis a distancia y el triste pronóstico de las gran lesiones se debe conocerse y tener gran atención en el

futuro. Estudios prospectivos con quimioterapia y con inmunoterapia conjuntas serán las indicadas. (3)

Los resultados del tratamiento en un grupo de 70 pacientes con tumores de glándulas salivales fueron analizados. El pronóstico mostraba correlación del Estado clínico y la malignidad de los tumores. En pacientes la irradiación postoperatoria no radical de un rango más alto de 5 años de sobrevida fue realizado, como en pacientes después de la cirugía radical. Esto sugiere que los resultados mejoran con el tratamiento de radioterapia postoperatoria en pacientes con lesiones T₂ y T₃. En casos sin resección (T₄) en 13% a 5 años de sobrevida. En pacientes con cánceres altamente malignos una gran incidencia (41.9%) de metástasis a distancia fue observada durante los siguientes 5 años. (24)

CAPITULO VIII

RESULTADOS

La terapia de las glándulas salivales es muy variada. El tratamiento es Médico, del Especialista en Cabeza y Cuello o del Cirujano Maxilofacial.

- a) Las alteraciones de desarrollo una vez establecidas sólo recibirán tratamiento paliativo a menos de ser aberrantes y estén causando algún problema, el tratamiento será quirúrgico.
- b) Los procesos inflamatorios sólo reciben tratamientos de sostén ya especificado.
- c) Sialolitiasis (cálculos). El tratamiento es quirúrgico.
- d) Sialoadenosis. El tratamiento es médico, basado en terapéutica de Sostén, para la sequedad ocular lagrimal y el esofodina para la bucal y pequeñas dosis de prednisona.
- e) Sialoadenomas (tumores de glándulas salivales). En los tumores benignos el tratamiento es quirúrgico.

En las neoplasias malignas el tratamiento de elección es quirúrgico con radioterapia postoperatoria. Para los pacientes que rehusaron la cirugía o cuando el tumor está muy avanzado el tratamiento es la radioterapia. Estudios prospectivos con quimioterapia e inmunoterapia serán indicados.

CONCLUSIONES

Durante el desarrollo de este trabajo nos hemos dado cuenta de la importancia que juega el Cirujano Dentista en el diagnóstico precoz, adecuado y canalización del paciente por lo que se deduce -- que:

1. El Cirujano Dentista debe conocer la localización anatómica de las estructuras del aparato estomatognático y su correlación entre sí y con otras estructuras con la finalidad de -- diagnosticar adecuadamente las alteraciones de las diversas patologías.
2. La historia clínica es de suma importancia para el diagnóstico clínico y programar el plan terapéutico adecuado.
3. Los exámenes complementarios nos dan una visión más amplia, -- ya que nos arrojan datos evaluables tales como:
 - a) Sialografía. Medio por el cual podemos conocer el grado de obstrucción e invasión en la glándula parótida y submaxilar; en la primera la involucración del nervio facial. (se recuerda que no se efectúa sialografía en la -- glándula sublingual).
 - b) La Citología Exfoliativa brinda un diagnóstico presuntivo en base a una imagen histológica.
 - c) La Biopsia es la que permite llegar al diagnóstico definitivo de las alteraciones benignas y malignas, de aquí su gran importancia.
4. El tipo histológico y el grado de invasión son directamente proporcionales al tratamiento.
5. Los resultados de los exámenes anteriormente expuestos -- están en relación directa con el plan terapéutico a seguir.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta que la glándula parótida es una de las -- más frecuentemente afectadas, se sugiere que en el módulo - de Examen Clínico y Radiográfico se haga hincapié en la --- inspección de dicha glándula. Que se incluya la sialogra- ffa para que el estudiante de Odontología conozca, diagnos- tique e instale el tratamiento al existir patología de las mencionadas glándulas en base a:

- a) Método.
- b) Indicaciones.
- c) Contraindicaciones.
- d) Y datos que nos puede aportar.

Lo cual vendría a redituuar tanto en sus conocimientos esto- matológicos como en el ejercicio de la práctica profesional.

j) Cronología de Actividades:

I Embriología e Histología de las Glándulas Salivales.

II Anatomía Descriptiva.

III Fisiología de las Glándulas Salivales.

I SEMANA

IV Diagnóstico de Patología Glándular (Propedéutica-Clinica, Rayos X, Citología, Histopatología, etc)

II SEMANAS

V Patología de la Glándula Salival.

II SEMANAS

VI Tumores Benignos y Malignos de las Glándulas salivales.

III SEMANAS

VII Terapia (Farmacoterapia y Tratamiento Quirúrgico).

III SEMANAS

VIII Conclusiones.

I SEMANA

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

1. ARTHUR C. GUYTON.- Tratado de Fisiología Médica, Interamericana, 1976, 803.
2. ARTHUR W. HAM.- Tratado de Histología.- Interamericana, 1976, 181, 603-05.
3. DOLES R; RAMES J., LEOVIRS M., PUKK.- Malignant Tumors of Salivary a University Experience, Laryngoscope, 1980 may; 90 (50 Pt 1): 729-36.
4. BOUCHIET CUILLET.- Anatomía Descriptiva, Topográfica y Funcional, Cara, Cabeza y Organos de los Sentidos.- Panamericana.- 121-122.
5. BURKET.- Medicina Bucal. Dx. y Tratamiento.- Interamericana, 1977. 249-69.
6. BRUN YS; FAROS JU; KIM YH.- Magnagent Salivary Glands - Tumors. Laryngoscope, 1980 Jun; 90 (6 Pt 1): 1052-60.
7. DAVID CRISPAN.- Enfermedades de la Boca, Buenos Aires, 1976, Tomo III, 984.
8. DE MAJOR.- Propedéutica Médica.- Interamericana, 1977 - 101.
9. FARRERAS ROZMAN.- Medicina Interna. Marín; 1978, Tomo I, 10-12.
10. FERNANDO QUIROZ.- Anatomía Humana, Porrúa, 1979, Tomo III, 96-105.
11. FRANCISCO VILLALOBOS, R. DIANA HERNANDEZ.- Patología - Quirúrgica; Citología Exfoliativa, Enero-Mayo 1980, - Vol. 6, No. 1, 79.
12. GUSTAVO KRUGER.- Cirugía Bucal.- Interamericana, 1980 530-39.
13. KANASAKI T; KAMAMARU T; SHIGARI S; MIZUTANI H; NAKASIMA T.- Citología Study of Salivary Glands Tumors, Int. J. Oral Surg, 1980. Feb; 9 (1); 68-73.

14. KEITH L. MORE.- Embriología Clínica.- Interamericana, 1976. 147-48.
15. LAGUNA JOSE.- Bioquímica. Prensa Médica. 2da. Edición 184.
16. LAZARY EUGENIE P. Bioquímica Dental.- Interamericana - 1978. 175-77.
17. LEVINE J; KRUTCHKOF Ds; EISENBERG E.- Monomorphic Adenoma of Minor Salivary Glands: a reapraisal and report of nine new cases. J. Oral Surg. 1981, Feb. 39 (e); 101-7.
18. LOUIS GOODMAN; ALFRED WILLAM.- Bases Farmacológicas en la Terapéutica.- Interamericana, 1979. 1047.
19. ORBAN., Histología y Embriología Bucales, La Prensa -- Médica Mexicana, 1976. 336-37, 343-45, 348.
20. PELAYO CORREA.- Texto de Patología.- Panamericana, 1970 1187-88.
21. PINBORG.- Cáncer y Precáncer Bucal, Panamericana 1981, 138-39.
22. ROBBINS.- Patología Estructural y Funcional, Interamericana, 1975. 862-64.
23. ROBERT. J. GORLIN; HENRY H. GOMAN, THOMA, Patología -- Oral, Salvat. 1977. 1060-1140.
24. REINFUSSM; KORZENIWSKI S.- The role of Radiotherapy in Treatment of Malignant Tumors of the Salivary Glands Tumors, 1980. Aug. No. 1; 66 (4), 467-74.
25. Técnica empleada en el Hospital General de México, S.S.A.
26. TE PLICK HASKIN.- Diagnóstico Radiológico, Interamericana 3a. Edición; 1465.
27. W.B. BUCKINGHAM.- Propedéutica Clínica.- Fernando Aldape 1976, 2, 4, 6, 24, 27, 32, 263.
28. WILLIAMS G. SHAFER.- Tratado de Patología Bucal, Interamericana, 1977. 550.