

1984



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
"ZARAGOZA"

ODONTOLOGIA



Diagnóstico Clínico y Diferencial entre las
Infecciones de la Glándula Parótida de origen
Viral y no Viral.

T E S I S

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

YARMILLE FARIAS MUÑOZ

México, D. F.

2 Febrero de 1984.



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

	PAGS.
PROYECTO DE TESIS. -----	1
FUNDAMENTACION. -----	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. -----	3
OBJETIVOS. -----	4
HIPOTESIS, MATERIAL Y METODO. -----	8
CONSIDERACION PREVIA. -----	9
INTRODUCCION. -----	10
CAPITULO I- ANATOMIA DE LA GLANDULA PAROTIDA. -----	12
Obj. 1.- Describir la anatomia de la glándula - parótida y de las regiones anatómicas con las cuales tiene relación.	13
Obj. 1.1.- Describir las relaciones anatómicas de la glándula parótida. -----	13
Obj. 1.2.- Describir el trayecto anatómico del conducto parotideo o de Stenon. -----	15
Obj. 1.3.- Describir los órganos que atraviesa la glándula parótida. -----	16
Obj. 1.4.- Determinar los gánglios linfáticos.	17
Obj. 1.5.- Definir los gánglios linfáticos pa- rotideos. -----	18
Obj. 1.6.- Mencionar el control nervioso de la actividad secretora de la glándula pa rótida. -----	18

Anatomía de la glándula parótida.	
(Descripción-Fig.I). -----	19
CAPITULO II- HISTOLOGIA DE LA GLANDULA PAROTIDA. ---	21
Obj. 2.- Explicar la estructura histológica de la glándula parótida. -----	22
Obj. 2.I.- Clasificación de las glándulas. ---	22
Obj. 2.2.- Describir a la parótida como glándu- la exócrina. -----	23
Obj. 2.3.- Describir los epitelios glandulares y su clasificación. -----	25
CAPITULO III- FISIOLOGIA DE LA GLANDULA PAROTIDA. ---	28
Obj. 3.- Analizar y comprender la función de la glándula parótida en relación con la - cavidad oral. -----	29
Obj. 3.I.- Explicar la secreción de iones con - la saliva. -----	30
Obj. 3.2.- Explicar la función de la saliva pa- ra la higiene bucal. -----	30
CAPITULO IV- PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DE LA GLANDULA PAROTIDA.	32
Obj. 4.- Enumerar las diferentes manifestacio- nes patológicas que presenta la glándu la parótida. -----	33

Obj. 4.1.- Clasificación de las diferentes pato-	
logías de la glándula parótida. -----	34
Obj. 4.2.- Explicar la importancia de las diferen	
tes patologías virales de la glándula pa	
rótida. -----	35
VIRALES.- Parotiditis quirúrgica aguda. -----	35
- Parotiditis crónica o Sialectática. --	36
- Parotiditis epidémica (paperas). ----	37
- Parotiditis Nutricional. -----	39
NO VIRALES.- Sialolitiasis de la glándula paróti-	
 da. -----	39
- Características clínicas. -----	40
- Sialoangiectasia. -----	41
Obj.4.3.- Analizar las diferencias que existen en	
tre los tumores benignos y malignos. --	42
TUMORES BENIGNOS.-Tumor mixto o adenoma pleomorfo. ----	42
- Histogénesis. -----	44
- Características clínicas. -----	45
- Características histológicas. -----	46
- Lasión linfoepitelial benigna. -----	47
- Características clínicas. -----	48
- Características histológicas. -----	48
- Cistadenoma papilar linfomatoso. -----	50
- Histogénesis. -----	50
- Características clínicas. -----	50
- Características histológicas. -----	51

TUMORES MALIGNOS.- Adenoma pleomorfo maligno.	53
- Características clínicas.	53
- Características histológicas. -----	53
- Carcinoma mucoepidermoide.	54
- Características clínicas. -----	54
- Características histológicas. -----	55
- Carcinoma epidermoide. -----	56
CAPITULO V- DIAGNOSTICO DIFERENCIA DE LAS LESIONES DE LA GLANDULA PAROTIDA. -----	58
Obj. 5.- EL clinico deberá ser capaz de enfrentar y diferenciar las lesiones de la glándu- la parótida, por medio del estudio clíni- co para obtener el diagnóstico diferen- cial. -----	59
Obj. 5.1.- Explicar el estudio clinico por los -- métodos de evaluación propedéutica para las lesiones de la glándula parótida.	59
Obj. 5.2.- Explicar las partes que integran la - historia clínica en el estudio de la -- glándula parótida. -----	62
Obj. 5.3.- Explicar la aplicación del examen fi- sico en la glándula parótida. -----	63
Obj. 5.4.- Describir la valoración radiográfica para el diagnóstico diferencial de la glándula parótida. -----	66

Técnica de Sialograffa. -----	69
Obj. 5.5.- Explicar los procedimientos de laboratorio y como efectuarlos en las lesiones de la glándula parótida. -----	71
CAPITULO VI- TERAPEUTICA EN LA PATOLOGIA DE LA GLANDULA PAROTIDA. -----	77
Obj. 6.- Realizar el tratamiento clínico de las enfermedades que afectan la glándula parótida. -----	78
Obj. 6.1.- Explicar los tratamientos de las enfermedades, virales y no virales de la glándula parótida. -----	78
Parotidectomía. -----	78
No virales. -----	78
Obj. 6.2.- Descubrir el tratamiento de los tumores de la glándula parótida. -----	90
Obj. 6.2.1.- Realizar el tratamiento de los tumores benignos de la glándula parótida. --	91
Obj. 6.2.2.- Analizar el tratamiento de los tumores malignos de la glándula parótida. --	93
RESULTADOS Y DISCUSION. -----	96
CONCLUSIONES. -----	97
PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES. -----	97
BIBLIOGRAFIA. -----	98

A).- TITULO DEL PROYECTO.

Diagnóstico clínico y diferencial entre las infecciones de la glándula parótida de origen viral y no viral.

B).- AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO.

Patología.

C).- PERSONAS QUE PARTICIPAN.

Alumna: Farías Muñoz Yarmille.

Asesor: C.D. Graciela Granillo López.

D).- FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA.

El tema que se desarrolla, se fundamenta en una serie de manifestaciones clínico-patológicas que se presentan en la --- glándula parótida en su círculo viral, no viral y tumoral, ya que esta glándula se localiza en la región bucal, siendo esta el área de trabajo del Cirujano Dentista.

Ahora bien, los padecimientos que llegan a desencadenar serios trastornos en la salud de los individuos, desequilibrando su capacidad biopsicosocial, impiden que la función salival sufra consecuencias y éstas puedan llegar desde simples caries o infecciones, hasta tumores y obstrucciones de los -- conductos de las glándulas salivales principales. Sabiendo -- que la glándula parótida pertenece a este grupo de glándulas mayores y que ésta puede llegar a ser afectada, produciendo -- lesiones en la zona, lo que permite serias complicaciones pos

teriores, y con ello la alteración del funcionamiento de la --
misma.

Concluyendo, no se concibe que el Cirujano Dentista desconozca la estructuración del aparato estomatognático así como sus funciones; puesto que tal patología le podía provocar al paciente serios trastornos generales de la regulación de las funciones vitales, que en una forma secundaria estas infecciones atacarían al sistema vascular dilatando los conductos salivales e iniciando la formación de abscesos.

E).- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ Se desarrollan en igual forma las infecciones de origen viral y no viral de la glándula parótida ?

Las patologías más frecuentes de la glándulas parótida - no se desarrollan de igual forma, puesto que han planteado problemas diagnósticos de tipo viral, no viral y tumorales que -- pueden ocasionar diferentes cuadros clínicos. Por lo tanto, el diagnóstico clínico y diferencial es necesario para valorar la enfermedad de la región parotídea.

La amplitud del diagnóstico varía mucho; por ejemplo: El diagnóstico de un sialolito de la glándula parótida suele necesitar solamente una radiografía para confirmar la obstrucción - del conducto de Stenon, mientras que el diagnóstico de una ---afección tumoral puede requerir de una biopsia; por lo tanto, el desarrollo de cada una de estas patologías no se presentan de igual forma.

OBJETIVOS.

OBJETIVO I.- Describir la anatomía de la glándula parótida y de las regiones anatómicas con las cuales tiene relación.

Objetivo I.1.- Describir las relaciones anatómicas de la glándula parótida.

- a).- Cara externa.
- b).- Cara posterointerna.
- c).- Cara anterointerna.

Objetivo 1.2.- Describir el trayecto anatómico del conducto parotideo o de Stenon.

Objetivo 1.3.- Describir los órganos que atraviezan la glándula parótida.

Objetivo 1.4.- Determinar los ganglios linfáticos.

Objetivo 1.5.- Definir los ganglios linfáticos parotídeos.

Objetivo 1.6.- Mencionar el control nervioso de la actividad secretora de la glándula parótida.

OBJETIVO 2.- Explicar la estructura histológica de la glándula parótida.

Objetivo 2.1.- Clasificación de las glándulas.

- a).- Glándulas exócrinas.
- b).- Glándulas endócrinas.

Objetivo 2.2.- Describir a la parótida como glándula exócrina.

Objetivo 2.3.- Describir los epitelios glandulares y su clasificación.

OBJETIVO 3.- Analizar y comprender la función de la glándula - parótida en relación con la cavidad oral.

Objetivo 3.1.- Explicar la secreción de iones con la saliva.

Objetivo 3.2.- Explicar la función de la saliva para la higiene bucal.

OBJETIVO 4.- Enumerar las diferentes manifestaciones patológicas que presenta la glándula parótida.

Objetivo 4.1.- Clasificación de las diferentes patologías de la glándula parótida.

- Virales (no litiásicas)
- No virales (litiásicas)

Benignas.

-Tumorales

Malignas.

Objetivo 4.2.- Explicar la importancia de las diferentes patologías virales de la glándula parótida.

- Parotiditis quirúrgica aguda.
- Parotiditis crónica o sialectática.
- Parotiditis epidémica (paperas)
- Parotiditis nutricional.
- Sialolitiásis de la glándula parótida.

Virales

No virales

-Sialoangioectacia.

Objetivo 4.3.- Analizar las diferencias que existen entre los tumores benignos y malignos.

-Tumor mixto o adenoma pleomorfo.

Benignos

- Lesión linfoepitelial benigna.
- Cistadenoma papilar linfomatoso.

- Malignos.
- Adenoma pleomorfo maligno.
 - Carcinoma mucoepidermoide.
 - Carcinoma epidermoide o espinocelular.

OBJETIVO 5.- El clínico deberá ser capaz de enfrentar y diferenciar las lesiones de la glándula parótida, por medio del estudio clínico para obtener el diagnóstico diferencial.

Objetivo 5.1.- Efectuar el estudio clínico por los métodos de evaluación propedéutica para las lesiones de la glándula parótida.

- a).- Historia clínica.
- b).- Examen físico.
- c).- Valoración radiográfica.
- d).- Métodos de laboratorio.

Objetivo 5.2.- Explicar las partes que integran la Historia clínica en el estudio de la glándula parótida.

- Duración
- Forma de iniciación
- Rapidez de crecimiento.
- Estados asociados.

Objetivo 5.3.- Explicar la aplicación del examen físico en la glándula parótida.

- Localización de la lesión.
- Consistencia de la lesión
- Reacción subjetiva.

Objetivo 5.4.- Describir la valoración radiográfica para el diagnóstico diferencial de la glándula parótida.

- Sialografía
- Materiales.
- Método.

Objetivo 5.5.- Explicar los procedimientos de laboratorio y cómo efectuarlos en las lesiones de la glándula parótida.

- Biometría hemática.
- Biopsia
- Citología exfoliativa.
- Frotis, cultivos y pruebas de sensibilidad.

OBJETIVO 6.- Realizar el tratamiento clínico de las enfermedades que afectan a la glándula parótida.

Objetivo 6.1.- Explicar los tratamientos de las enfermedades virales y no virales de la glándula parótida.

Objetivo 6.2.- Describir el tratamiento de los tumores de la glándula parótida.

Objetivo 6.2.1.- Realizar el tratamiento de los tumores benignos de la glándula parótida.

Objetivo 6.2.2.- Analizar el tratamiento de los tumores malignos de la glándula parótida.

G).- HIPOTESIS.

Las infecciones de origen viral y no viral de la glándula parótida, no se desarrollan en igual forma.

H).- MATERIAL Y METODO.

El material está dado por libros, publicación de revistas recientes, dibujos empleados, fotocopias y publicaciones periodísticas, así como, la aportación de conocimientos proporcionados por algunos clínicos del área de la salud de diferentes hospitales y clínicas; y a la vez, aplicando el método científico, elaborando el trabajo, delimitando el material recopilado y seleccionando adecuadamente los datos obtenidos, organizando éstos en capítulos y por objetivos; coordinando a la vez, con idea clara y precisa la síntesis que en conjunto formará el trabajo. Valorar posteriormente los resultados obtenidos y así, elaborar conclusiones y emitir propuestas.

CONSIDERACION PREVIA

Ubicándonos en las manifestaciones más frecuentes de la glándula parótida, trataré de considerar clínicamente el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la misma, para el mejoramiento de los individuos que requieran de los servicios de salud, con lo cual, se realizarán los procedimientos adecuados y necesarios para el paciente, y la calidad del servicio de salud quedará a criterio del operador clínico, puesto que él mismo va a considerar la necesidad de realizar un tratamiento satisfactorio.

INTRODUCCION

Las enfermedades de la glándula parótida son importantes para el odontólogo, pues los trastornos locales significan casi siempre enfermedad general.

Uno de los aspectos del cuadro clínico es la salivación insuficiente para la lubricación de los tejidos, para una buena masticación y para la deglución; otro es la incapacidad de conservar las prótesis dentales y las caries por falta de la función salival.

Es importante un buen volumen de secreción salival, por su acción mecánica de limpieza. La saliva posee propiedades bacteriostáticas generales, contiene también enzimas bacteriostáticas además de inmunoglobulinas, principalmente IgA. Las propiedades infecciosas de la saliva fueron estudiadas por Appleton. Se vió que en el ratón, los extractos de las glándulas salivales, en particular de parótida, ejercían un efecto importante sobre los centros de crecimiento del fémur y de los incisivos. Al administrar a la rata esta sustancia, llamada parotina, se observó una mayor captación de fósforo inorgánico en fémures e incisivos; también fué mayor la función corticotrópica de la hipófisis.

Los estudios sialográficos son un aspecto importante del diagnóstico de las enfermedades de la glándula parótida. En la sialodoqueictasia obstructiva, las anomalías que se asientan -

en el conducto principal y los factores patógenos, son cálculos y constricciones. En la sialodoqueiectasia crónica no obstructiva, las anomalías se encuentran generalmente en los conductos periféricos. Los sialogramas en la enfermedad de Mickulicz, el Síndrome de Sjögren, y la parotiditis recurrente, en adultos y niños.

El hinchamiento de la glándula parótida constituye también un cuadro cuyo diagnóstico y terapéutica corresponden simultáneamente al odontólogo y al médico. El estudio clínico cuidadoso, con antecedentes detallados, exploración física e Historia Clínica, debe comprender estudios específicos de la glándula y de los productos de secreción en ciertos casos. Si se sospecha de algún tumor, puede estar indicada una biopsia de la glándula parótida. La sialografía secretoria, para la cual se inyecta en los conductos de la glándula un medio de contraste opaco a los rayos X, tras delatar los orificios de estos conductos para introducir una sonda, puede suministrar una información de gran importancia diagnóstica para varios problemas funcionales de xerostomía.

La sustentante.

C A P I T U L O . I

ANATOMIA DE LA GLANDULA PAROTIDA

OBJETIVO I.- Describir la anatomía de la glándula parótida y de las regiones anatómicas con las cuales tiene relación.

La glándula parótida, cuya secreción es serosa, es la -- glándula salival más voluminosa, amarilla, lobulada y de forma semejante a una cuña; está situada entre la rama ascendente -- del maxilar inferior y la tuba auditiva, se extiende desde el arco cigomático hasta el ángulo del maxilar. Presenta tres caras: Cara externa, cara posterointerna y cara anterointerna.

OBJETIVO I.I.- Describir las relaciones anatómicas de la glándula parótida.

La glándula parótida está dividida por tres caras:

- a).- Cara externa.
- b).- Cara posterointerna.
- c).- Cara anterointerna.

a).- Cara Externa.- Es de forma aproximadamente triangular, se superpone al externocleidomastoideo hacia atrás, se extiende hacia adelante debajo del arco cigomático, se adelgaza sobre la porción posterior del masetero y se aguza hasta el extremo inferior, aproximadamente en el ángulo del maxilar inferior, donde la glándula cubre el vientre posterior del digástrico y ésta se separa de la submaxilar, sólo por el ligamento estilomaxilar, engrosamiento de la fascia cervical que envuelve a la glándula.

b).- Cara posterointerna.- Está moldeada sobre el exter-

nucleidomastoideo, la apófisis mastoides, el conducto auditivo externo, el vientre posterior del digástrico y la apófisis estiloides, y los músculos que se insertan en ella; en plano más profundo guarda relación con la vena yugular interna, la arteria carótida interna y los cuatro últimos pares craneales; la vena está situada entre la glándula y las vértebras cervicales.

c).- Cara anterointerna.- Se modela sobre el masetero, - el borde posterior de la rama del maxilar inferior, incluyendo la articulación temporomandibular y el músculo pterigoideo interno; una pequeña prolongación de la glándula se introduce entre el maxilar inferior y el ligamento esfenomaxilar. Estas -- dos caras de la glándula se unen en el borde interno, que en -- ocasiones se prolonga hacia adentro por delante de la apófisis estiloides, en dirección de la faringe.

La glándula parótida está rodeada de una densa aponeurósis que hace difícil su palpación. Parte de esta glándula puede estar por fuera de la rama ascendente del maxilar inferior.

Hay una hoja de revestimiento que constituye un manguito completo en forma de collar que se fija en el ligamento nasal, se desdobra para incluir el trapecio y vuelve a unirse en una sola capa en el techo del triángulo supraclavicular, por el -- cual cruza el nervio espinal. Al llegar al esternocleidomastoi-- deo se divide en dos hojas y vuelve a constituir una sola en -- el techo del triángulo anterior. El borde superior se este co-

llar de revestimiento se fija en la protuberancia occipital externa, la línea curva superior del occipital y el hueso temporal, donde se separa en dos hojas superficial y profunda para recubrir la parótida y constituir lo que es la aponeurosis parotídea.

OBJETIVO I.2.- Describir el trayecto anatómico del conducto parotídeo o de Stenon.

El conducto parotídeo o de Stenon que transporta las excreciones de la glándula, puede palparse en su trayecto anterior sobre el masetero contraído. Se forma en el espesor de la parótida por dos tributarios principales y se dirige adelante atravesando el masetero inmediatamente por debajo del arco cigomático, del que está separado por los vasos transversales de la cara, se dirige hacia la mejilla y atraviesa el músculo buccionador y la bola adiposa de Bichat para abrirse en la boca y desembocar a la altura del segundo molar superior, donde puede verse una pequeña elevación, o bien la lengua palpa una depresión.

El orificio, que es la parte más estrecha, sólo permite la introducción de una cerda; el conducto solo tiene 3 mm. de diámetro, puede incluso ser reservorio de saliva, lo cual explica la precipitación de sólidos, que de cuando en cuando forman cálculos que fácilmente experimentan impacción en el orificio. El nervio facial, después de haber atravesado el agujero

estilomastoideo, penetra en su espesor en donde se bifurca en sus dos ramas terminales el temporofacial y el cervicofacial, los cuales originan ramas temporales, faciales, bucales, maxilares y cervicales. En las operaciones en el sujeto vivo, el conducto de Stenon se diferencia de los vasos transversales -- por su blancura y de las ramas del nervio facial por su mayor calibre; es difícil observar el orificio, a menos que haya secreción salival abundante.

OBJETIVO 1.3.- Describir los órganos que atraviezan la glándula parótida.

Anatomofisiológicamente, la carótida externa asciende profundamente en relación con la glándula, atravieza su cara posteroexterna y, aproximadamente a la altura del cuello del maxilar inferior, se bifurca en arteria maxilar interna, que se dirige hacia adelante desde la cara anteroexterna de la parótida, profundamente en relación con el maxilar y en arteria temporal superficial, que continua ascendiendo y sale por el ángulo posterosuperior para cruzar el arco cigomático; la vena facial posterior (retromandibular), superficial a la arteria se forma en el espesor de la glándula por la unión de las venas maxilar interna y temporal superficial y aparece en dos ramas; una por delante y otra por atrás del extremo inferior; los vasos transversales de la cara, rama de los temporales superficiales, salen y entran por el borde anterior, entre el conducto de Stenon y el arco cigomático.

El nervio facial entra en la cara posterointerna, se dirige hacia adelante superficialmente en relación con los vasos y se divide en sus ramas terminales, que salen por debajo del borde anterior. El nervio articulotemporal sigue su curso detras del cóndilo del maxilar inferior y sale del borde superior de la glándula hacia atras, inmediatamente por atras de la arteria temporal superficial. Los filetes del ramo anterior de la rama auricular del plexo cervical superficial, pueden estar entremezclados en el extremo inferior de la glándula y salen de la cara superficial para atribuirse en la piel supraducente. El nervio articulotemporal y la rama auricular del plexo cervical superficial se anastomosan en el parénquima de la parótida con ramas del nervio facial.

OBJETIVO I.4.- Determinar los gánglios linfáticos.

Los linfáticos que nacen en la boca van directamente a los gánglios cervicales profundos superiores; algunos que provienen de la porción anterior del suelo de la boca y de la punta de la lengua descienden a los gánglios submentonianos. Otros vasos provienen del resto del suelo de la boca, de las encías, de los dientes, la lengua y los carrillos, el vestibulo de la nariz, y pasan a los gánglios linfáticos submaxilares, a los cuales conducen la linfa (+) de los territorios mencionados.

(+)- Liquido fuera de los vasos sanguíneos que baña constantemente células y tejidos.

OBJETIVO 1.5.- Definir los gánглиos linfáticos parotí--
deos.

Están incluidos en la cápsula de la parótida; algunos --
son superficiales y otros profundos, reciben linfáticos de la
parótida, vasos profundos de la nariz, y vasos superficiales -
que provienen de la superficie lateral de la cara y del cuero
cabelludo. Diversan en los gánглиos linfáticos cervicales pro-
fundos superficiales.

OBJETIVO 1.6.- Mencionar el control nervioso de la acti-
vidad secretora de la glándula parótida.

Como la parótida es una glándula exócrina, el control -
nervioso de la actividad secretora es mediada por lo que se co-
noce como " División involuntaria del sistema nervioso ", y de
ordinaria función de manera automática, salvo que su funciona-
miento es afectado por los estados emocionales, lo que explica
por que el funcionamiento de ciertas glándulas se puede afec-
tar lo suficiente con las frustraciones para que se produzcan
síntomas.

A pesar de la influencia hormonal, la glándula está prin-
cipalmente controlada por su inervación parasimpática, habién-
dose evidenciado en ella terminaciones nerviosas de estos sis-
temas.

ANATOMIA DE LA GLANDULA PAROTIDA

(Descripción Fig.1/A, B, C, D.)

A.- Se observa el nervio facial después de extirpar parcialmente la porción superficial de la glándula parótida. Sale el agujero estilomastoideo en la superficie inferior del hueso temporal, entre las apófisis estiloides y mastoides, y penetra en la glándula parótida. El plano donde se haya el nervio facial marca la división entre las porciones superficial y profunda. En un punto de 2 a 2.5 cm. del agujero estilomastoideo, el tronco principal del nervio se divide en dos partes: el nervio temporocigomático (temporofacial), que inerva los músculos orbicular, temporal y otros que rigen la expresión de parte alta de la cara y frente, y el cervicomaxilar (cervicofacial), que inerva los músculos de los labios superiores e inferiores, y parte baja de cara y músculo cutáneo. La vena facial posterior y sus tributarias se hallan dentro de la glándula parótida. Esta vena está formada por la unión de la maxilar interna y la temporal superficial, y se halla inmediatamente por detrás del nervio facial y sus ramas. La vena facial recibe tributarias posteriores y anteriores; las posteriores forman la vena yugular externa después de unirse a la vena auricular posterior; la división anterior se transforma en la vena facial que se une luego a la tiroidea superior.

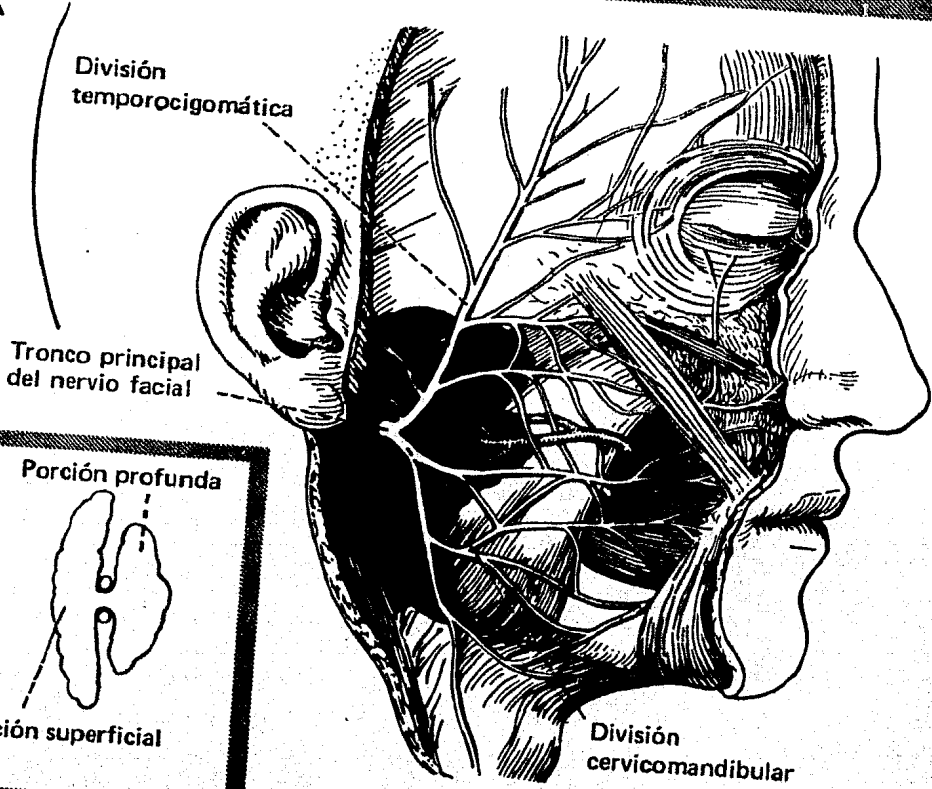
B.- Vista lateral de la glándula parótida, mostrando la porción superficial, mayor y la profunda, menor.

C.- Conducto parotídeo (de Stenon) Dibujo de un sialograma normal.

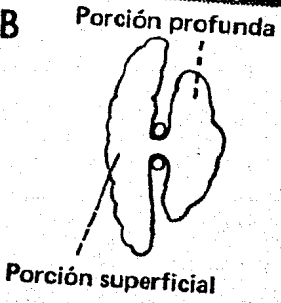
D.- El conducto parotídeo se abre en la cavidad bucal delante del segundo molar superior.

Fig. 1

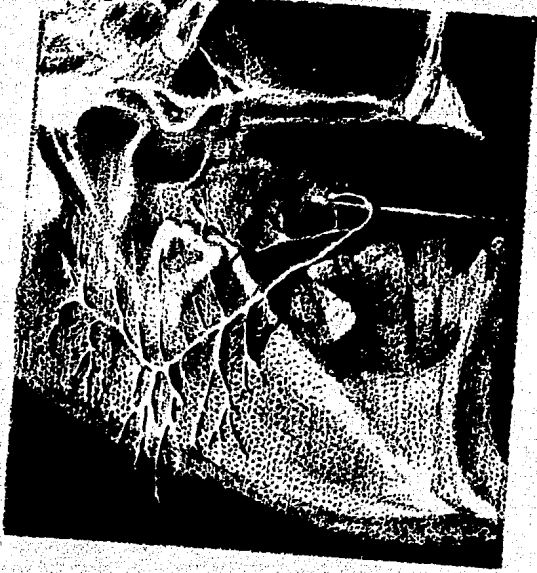
A



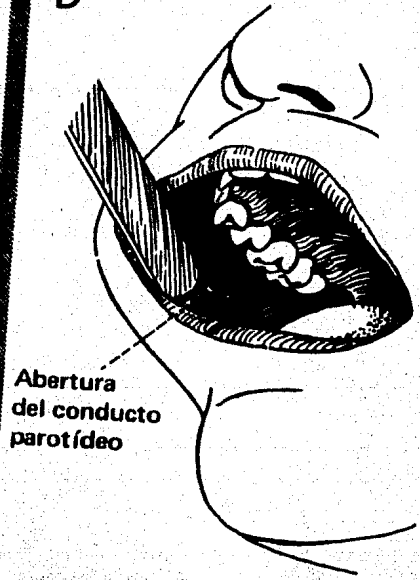
B



C



D



C A P I T U L O I I

HISTOLOGIA DE LA GLANDULA PAROTIDA

OBJETIVO 2.- Explicar la estructura histológica de la glándula parótida.

Microscópicamente, todas las glándulas tienen constitución semejante, están compuestas de acinos mucosos, serosos o combinaciones de ambos. La diferencia principal en determinado fragmento de tejido es el número relativo de acinos mucosos o serosos; la glándula parótida es casi por completo serosa.

Los sistemas de conductos de la glándula parótida están formados de una serie de conductos muy pequeños que drenan un solo acino y se unen para formar conductos de mayor calibre. Estos drenan en lóbulos y a su vez se unen al conducto excretorio principal en la boca.

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 cápsula de tejido conectivo.

OBJETIVO 2.1.- Clasificación de las glándulas.

Las glándulas se clasifican con muchas bases diferentes. Primero se dividen en dos grupos.

a).- Glándulas exócrinas.- Cuando están provistas de conductos que llevan su secreción hacia la superficie epitelial de la que se originaron, y hacia afuera de la substancia del cuerpo.

b).- Glándulas endócrinas.- Que no tienen conductos y -- por lo tanto secretan sus productos en la substancia corporal y se denominan glándulas sin conducto.

En esta ocasión cabe mencionar el grupo de las glándulas exócrinas, ya que a éste pertenece la glándula parótida que es el tema central de esta tesis.

OBJETIVO 2.2.- Describir a la parótida como glándula exócrina.

Generalmente se distinguen en dos partes: la porción secretora o adenómero, donde se localizan las células responsables de la síntesis del producto de secreción y los conductos excretores que transportan el producto de secreción exterior, es decir, cuando las glándulas que tienen un conducto único no ramificado son denominadas glándulas simples, en contraposición si el conducto se ramifica entonces la glándula es compuesta.

Por otra parte, la forma de la posición secretora permite separar las glándulas en acinosas o tubulares según tengan aspecto de racimos ~~de uva~~ o tubos alargados; cuando hay una de estos dos tipos se forman glándulas túbuloacinosas. En cuanto a la parte secretora, las glándulas pueden ser ramificadas o no.

Además, la glándula parótida por ser una glándula exócrina y presentar las características que pueden observarse en --

cualquier glándula de este tipo, se distingue especialmente -- por la presencia de varios conductos intralobulillares muy manifiestos, así como los acúmulos de células grasosas en los tabiques de tejido conectivo.

Como se menciona, la glándula parótida está compuesta -- por unidades morfofuncionales denominadas adenómeros; esta unidad glandular, está constituida por una porción secretora formada por células epiteliales glandulares y por conductos intercalares estriados y excretorios. En base de las células de la porción glandular y el conducto intercalar, se observan células mioepiteliales, cuya forma es estrellada, con núcleo central y largas prolongaciones citoplasmáticas que envuelven las porciones secretoras de las glándulas.

SEPTOS INTERLOBULARES.- La glándula parótida, no solo -- forma un conjunto de adenómeros, sino que presentan en su constitución otros componentes, entre los cuales se incluyen el tejido conectivo, vasos sanguíneos y linfáticos, y los nervios. Esta glándula está revestida por una cápsula de tejido conectivo rico en colágeno de donde parten septos- Los septos interlobulares.- que dividen la glándula en acúmulos menores de adenómeros: Lobulillos glandulares.

De estos septos interlobulillares parten fibras conjuntivas que terminan envolviendo cada adenómero; entre estas fibras y las células epiteliales se observa al microscopio elec-

trónico una nítida y continua membrana basal. Los vasos y nervios entran en las glándulas por una zona común denominada =hilio = y, a partir de este punto se ramifican gradualmente dirigiéndose a los lobulillos y adenómeros de la glándula.

Los conductos intercalares de la glándula parótida, están poco desarrollados, formados por un epitelio cúbico simple y se localizan entre los acinos y conductos estriados; los conductos estriados se hayan dentro de los lobulillos, y por ello reciben el nombre de conductos interlobulillares.

Estos están formados por un epitelio prismático simple, cuyas células tienen todas las características morfológicas de las células transportadoras de iones.

Los conductos estriados se reúnen formando conductos mayores como los conductos extralobulillares, interlobulillares o excretorios. A su vez, estos conductos se caracterizan por -- presentar un epitelio de revestimiento prismático estratificado que se transforma gradualmente en epitelio bucal (estratificado pavimentoso).

OBJETIVO 2.3.- Describir los epitelios glandulares y su clasificación.

Los epitelios glandulares están constituidos por células, que se presentan como actividad característica a la produc-- ción de secreciones líquidas, de composición diferente de la - del plasma sanguíneo o líquido de los tejidos. Estos productos

elaborados por las células glandulares se acumulan casi siempre dentro del citoplasma, bajo la forma de pequeñas partículas = glándulas de secreción =. Cabe mencionar que hay células que secretan proteínas (páncreas), lípidos (suprarrenal y glándulas sebáceas), o un complejo de hidratos de carbono y proteínas como glándulas salivales (parótida).

Clasificación de los epitelios glandulares.- Los epitelios glandulares forman las glándulas, pueden ser clasificados de acuerdo con varios criterios; cuando es solo una célula secretora se trata de una glándula unicelular, pero las glándulas, por lo general, son pluricelulares. Siempre se originan de los epitelios de revestimiento por la proliferación de las células con invasión de tejido conjuntivo subadyacente.

En las glándulas exócrinas el producto de secreción alcanza la superficie epitelial a través de estructuras epiteliales llamadas = conductos excretores =, sin embargo, en las glándulas endócrinas, el producto de secreción es vertido en vasos sanguíneos.

Las glándulas pluricelulares no son sólo conglomerados de células, sino órganos definidos con arquitectura ordenada. Están envueltas en una cápsula conjuntivo que forma septos dividiéndolos en lóbulos que en la mayoría pueden ser subdivididos en unidades menores. Así, el tejido conjuntivo separa los componentes glandulares pero mantiene la unidad glandular como

un todo. En las glándulas penetran vasos sanguíneos y nervios, los cuales suministran alimento y estímulo nervioso para sus funciones.

La glándula parótida es una glándula acinosa compuesta - cuya porción secretora está constituida solo por células seromucosas. Estas células contienen polisacáridos neutros (reacciones positivas), cantidad regular de RNA (comparada con el páncreas) y gránulos de secreción ricos en proteínas. El volumen de la parótida está constituido por células secretoras al 90%, el 5% por conductos estriados, y el 5% restante por conductos extracelulares, tejido conjuntivo, vasos y nervios.

C A P I T U L O I I I

FISILOGIA DE LA GLANDULA PAROTIDA

OBJETIVO 3.- Analizar y comprender la función de la glándula parótida en relación con la cavidad oral.

Una de las funciones principales de las glándulas salivales es secretar saliva, que humedece y lubrica la boca y los alimentos. Esta función es realizada por el agua y las glucoproteínas que entran en la composición de la saliva, tales substancias son sintetizadas principalmente por las células mucosas y, en menor cantidad, por las seromucosas. Se sabe que las parótidas, submaxilares y sublinguales constituyen respectivamente con el 25, 70 y 5% de la saliva total por el hombre; siendo éstas las principales glándulas salivales = mayores =, teniendo en cuenta que hay un gran número de glándulas bucales pequeñas = menores =. (2)(9)

Ahora bien, definiendo la palabra "saliva", se dice que es un líquido segregado por las células salivales.

La saliva consta de dos tipos de secreción:

- a).- Fracción serosa que contiene ptialina (una amilasa alfa), que constituye a la digestión de alimentos y,
- b).- Fracción mucosa que se encarga de la lubricación.

Las glándulas parótidas no secretan sino fracción serosa; las submaxilares secretan fracción seromucosa y, las sublinguales y bucales fabrican moco. El PH normal de la saliva se encuentra entre 6 y 7, margen que permite acción óptima de ptialina. (14)(15)

OBJETIVO 3.1.- Explicar la secreción de iones con la saliva.

La saliva contiene una cantidad particularmente elevada de potasio, y en ciertas condiciones también de iones de bicarbonato.

Durante la salivación máxima, las concentraciones iónicas de la saliva cambian mucho porque el ritmo de formación de secreción primaria por los acinos puede aumentar hasta veinte veces. Como resultado de este aumento, el flujo de esta secreción a través de los conductos aumenta tanto, que el recondicionamiento de la secreción dentro de los conductos disminuye mucho. (12)

OBJETIVO 3.2.- Explicar la función de la saliva para la higiene bucal.

En condiciones basales, secreta constantemente hasta 1 mm. por min. de la saliva, casi totalmente de tipo mucoso. Esta secreción desempeña un papel extraordinariamente importante para conservar sanos los tejidos de la boca. La boca está llena de bacterias patógenas que pueden destruir fácilmente los tejidos, y también originar caries dental. (9)(11)

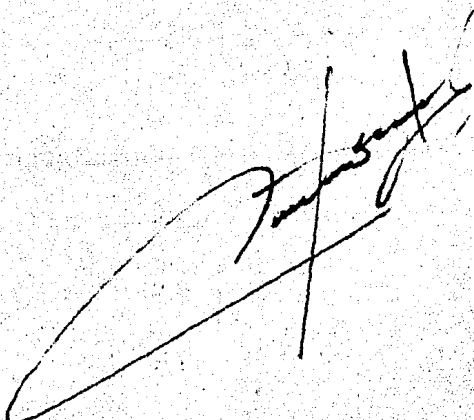
En primer lugar, el flujo salival ayuda a limpiar y alejar mecánicamente las bacterias patógenas; en segundo lugar, la saliva también contiene varios factores que en realidad des

truyen bacterias. Uno de ellos son los iones de triocinato, -- otro es una enzima que ataca las bacterias o que ayuda al ión de triocinato para penetrar en las bacterias; donde a su vez, se vuelve bactericida. (15)

Otra de las funciones importantes de la glándula en el - hombre, es iniciar la digestión de los glúcidos mediante la ac- ción enzimática de la amilasa salival. Se estima que el 70% -- del almidón ingerido es hidrolizado por la amilasa. Esta diges- tión se inicia en la boca, pero continua principalmente en el estómago antes que el bolo alimenticio haya sido acidificado - por el ácido clorhídrico, fenómeno que inhibe la actividad --- amiolítica. (14)(15)

CAPITULO IV

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DE LA
GLANDULA PAROTIDA.

A handwritten signature in black ink, slanted downwards from left to right. The signature is stylized and appears to be a name, possibly 'F. S. S.', with a large loop at the beginning and a vertical line extending downwards from the middle.

OBJETIVO 4.- Enumerar las diferentes manifestaciones patológicas que presenta la glándula parótida.

Las enfermedades de las glándulas salivales han planteado problemas diagnósticos, ya que reacciones de tipo infeccioso, inmune y hormonal pueden ocasionar cuadros clínicos similares. Por lo tanto, el examen físico, por sí solo, no basta para establecer un buen diagnóstico. En la mayor parte de casos es necesaria una valoración completa, incluyendo historia y -- pruebas de laboratorio.

Es muy importante saber que las lesiones pueden originarse no sólo en las glándulas salivales accesorias intrabucales difusas, sino que también es posible ver lesiones de las glándulas en el labio, paladar, lengua, mucosa vestibular, piso de la boca y zona retromolar. (30)

OBJETIVO 4.I.- Clasificación de las diferentes patologías de la glándula

- Parotiditis quirúrgica aguda.
 - Parotidítis crónica o sialectática.
 - Parotidítis epidémica (paperas).
 - Parotidftis nutricional.
- Virales (no litiásicas).**
- Sialolitiásis de la glándula parótida.
 - Sialoangiectacia
- No virales (litiásicas).**
- PATOLOGIAS DE LA GLANDULA PAROTIDA**
- Tumorales**
- Tumor mixto o adenoma pleomorfo.
 - Lesión linfoepitelial benigna.
 - Cistadenoma papilar linfomatoso.
- Benignos**
- Adenoma pleomorfo maligno.
 - Carcinoma mucoepidermoide.
 - Cardinoma epidermoide o espino-celular.
- Malignos**

OBJETIVO 4.2.- Explicar la importancia de las diferentes patologías virales de la glándula parótida.

VIRALES (No litiasicas).

Parotiditis quirúrgica aguda.- Esta parotiditis, post-quirúrgica, considerada como enfermedad pasajera desde que se descubrieron los antibióticos, está volviendo a crear problemas. La reaparición de esta complicación quirúrgica depende de la existencia de cepas de estafilococos resistentes a coagulasa-positivos en salas de hospital y quirófanos. El estafilococo era el germen que más frecuentemente se encontraba antes en las parotiditis quirúrgicas y sigue siendo el que se observa en mayor número de casos en pacientes que ahora sufren la enfermedad. La parotiditis aguda se observa sobre todo en pacientes con enfermedad debilitante, pero puede ocurrir después de cualquier intervención. Suele haber mala higiene bucal, boca y faringe secas y dientes cariados. La vía de infección suele ser ascendente, desde la boca por el conducto de Stenon, hasta los conductos menores y lobulillos parotídeos. La patología puede ser una celulitis difusa o localizada, un absceso localizado, o una supuración generalizada. Pueden estar afectadas ambas glándulas, empezando el proceso en una y apareciendo en la otra al cabo de dos o tres días. En ocasiones, el proceso se extiende a las glándulas submaxilares.

Típicamente, la glándula se hincha y es dolorosa al cabo

de cuatro a ocho días de una operación. El pulso y la temperatura están elevados y el paciente parece muy intoxicado. La glándula continua aumentando de volumen y la piel que la recubre se vuelve roja y edematosa. La palpación revela dolor íntimo a nivel de la parótida, y la abertura del conducto de Stenon puede estar agrandada, edematosa y vaciar material purulento. (33)

Parotiditis crónica o sialectática. - Esta inflamación parotídea crónica, denominada también parotiditis sialectática -- crónica se caracteriza por la hinchazón intermitente de una o -- ambas glándulas. El proceso tiene particular importancia quirúrgica porque a veces resulta difícil distinguirlo de un tumor. - Su etiología es desconocida. En ocasiones, hay obstrucción del conducto parotídeo por cálculos o estenosis de la ampolla, pero en muchos casos no puede demostrarse. Anatomopatológicamente -- hay dilatación de los conductos intralobulillares e infiltración linfoide intensa de los lobulillos.

Cuadro clínico.- Se observa hinchazón dura y dolorosa, de 4 a 8 cm. de diámetro, que se desarrolla en la glándula y después de unas semanas cede espontánea y gradualmente, para repetir con intervalos de varios meses o años. En ocasiones, la hinchazón persiste, se hace dolorosa e invalida. Los sialogramas -- suelen demostrar dilatación difusa o segmentaria de los conductos parotídeos y son útiles para el diagnóstico.

Si hay obstrucción manifiesta del conducto, debe suprimir

se. La estenosis de la ampolla se corregirá por dilatación o -
 meatotomía. Pueden darse antibióticos al mismo tiempo o por se-
 parado, durante varias semanas. Cuando la hinchazón persiste,
 o no puede establecerse diferenciación con un tumor, está indi-
 cada la parotidectomía subtotal conservando el nervio facial.

Se puede observar una sialitis crónica similar en la glán-
 dula submaxilar. En ésta, la obstrucción del conducto por cálcu-
 lo es causa más frecuente del trastorno que en la parótida. --
 Sin embargo, también se observa sialadenitis submaxilar intensa
 sin signo ninguno de obstrucción del conducto de Wharton. La --
 evolución es parecida a la de la parotiditis crónica. Si la hin-
 chazón persiste está indicado extirpar la glándula submaxilar.

(33)

Parotiditis epidémica (paperas)..- Son las paperas una en-
 fermedad epidémica determinada por un virus, que ataca princi-
 palmente a niños en edad escolar y jóvenes adultos. Su conta-
 giosidad es máxima durante la fase clínica inicial, pero es pro-
 bable que en numerosos individuos expuestos al contagio, el pro-
 ceso adopte un curso subclínico, por tal motivo no siempre es -
 evidente la transmisión entre los casos individuales. En escue-
 las, en cuarteles y otros lugares donde viven juntos los adul-
 tos jóvenes, la infección se extiende fácilmente, y se observa
 con frecuencia el desarrollo periódico de epidemias.

Cuadro clínico.- El período de incubación se prolonga de

18 a 24 días. Las manifestaciones precoces más frecuentes consisten en fiebre, escalofríos, malestar y rigidez de la mandíbula. Estos signos son menos notorios en los niños, y a veces se observa en ellos la tumefacción glandular antes de que sobrevengan las molestias; los adultos, en cambio, pueden presentar el cuadro de una enfermedad de regular importancia en los tres o cuatro días que preceden al desarrollo de los signos glandulares. Existen leucocitosis. La inflamación interesa a cualquiera de las glándulas, aunque afecta con mayor frecuencia a una o ambas parótidas que a las restantes glándulas salivales. Es característico que la tumefacción se localiza detrás de la oreja, llenando el espacio comprendido entre el ángulo de la mandíbula y la apófisis mastoidea; la inflamación glandular se asocia a edema y pastosidad considerables. Existe una frecuente rubicundez en torno del orificio del conducto parotídeo, pero este signo carece de importancia para el diagnóstico porque también se presenta en la parotiditis séptica.

El edema periglandular puede invadir todos los tejidos del cuello y, en casos excepcionales, se extiende hasta el esternón o determina edema de la glótis. En casos aislados, el proceso se localiza exclusivamente en las glándulas submaxilares. Se trata de una inflamación no purulenta.

Es indudable que el virus de la parotiditis se propague en forma selectiva a distintas regiones orgánicas; en el adulto, particularmente, invade zonas distintas y puede afectar de este

modo las glándulas sexuales, al páncreas o al sistema nervioso central. (4)

Parotiditis nutricional.- No se han identificado los factores de la alimentación que intervienen específicamente, pero las lesiones se dan con mayor frecuencia en pacientes con signos múltiples de deficiencia nutricional, como hipoproteíemia, anemia, queilosis angular, pigmentación melanoide de manos y cara, y peso inferior al normal. No se ha comprobado una relación con la deficiencia de vitamina A ó C.

La afección es progresiva, pero se desarrolla con relativa lentitud. Es algo más común en adultos jóvenes y edad mediana. Los estudios histológicos indican que la lesión de las glándulas es esencialmente no inflamatoria. El agrandamiento de éstas en la fase aguda se debe a la hipertrofia de las células acinares individuales pero, en la fase crónica, al reemplazo de parénquima granular por grasa. Hay poco entorpecimiento de la función granular normal. (30)

NO VIRALES (Litiásicas).

Sialolitiásis de la glándula parótida.- (Sialolito- es la piedra del conducto salival; cálculo del conducto salival). Es la presencia de concreciones cálcicas en conductos o en glándulas salivales. Se forma por el depósito de sales cálcicas en torno a un núcleo central, que puede componerse de células epiteliales descamadas, bacterias, cuerpos extraños o productos de

descomposición bacteriana. (1)(13)(16)(27)

Características clínicas.- Existe dolor moderadamente intenso, antes y después de las comidas, debido a la estimulación psíquica del flujo salival, junto con la hinchazón de la glándula salival (parótida). La glándula puede aumentar de volumen, puede obtenerse saliva turbia o pus por expresión de la glándula. La oclusión del conducto impide el libre flujo de saliva y este estancamiento o acumulación de saliva bajo presión produce dolor y tumefacción que puede repercutir en celulitis. (13)

En ocasiones, el cálculo no presenta síntomas notables en el conducto o en la glándula. En algunos casos existen grandes cantidades de pequeños cálculos. Los cálculos, particularmente en la porción más periférica del conducto, son palpables si tienen tamaño suficiente; puede observarse radiográficamente por medio de la sialografía. (1)(16)(17)

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

En realidad es muy poco lo que podemos decir sobre esta patología; pero el pronóstico para estas glándulas es malo, ya que su evolución natural es la de ataques repetitivos agudos -- que finalmente llegan a extirpar la glándula. (16)

OBJETIVO 4.3.- Analizar las diferencias que existen entre los tumores benignos y malignos.

Tumor.- Todo abultamiento anormal de un órgano, determinado por una proliferación patológica del tejido o de una parte de los tejidos que lo componen. (5)

TUMORES BENIGNOS.

Tumor Mixto o Adenoma Pleomorfo.- El denominado tumor mixto constituye la neoplasia benigna más frecuente de las glándulas salivales. Su nombre proviene de sus características histológicas, que demuestra la reunión de elementos epiteliales, mixomatoso y cartilagosos. Por eso el "Tumor mixto" benigno de las glándulas salivales, ha sido designado con una gran variedad de nombres a lo largo de los años por ejemplo: - enclávoma, branquioma, endotelioma, encondroma, pero el término "adenoma pleomorfo", caracteriza acertadamente el cuadro histológico poco común de la lesión. Sin embargo, estudios recientes han demostrado que los tumores mixtos son principalmente de origen epitelial, y que los demás elementos provienen de degeneración o metaplasia de las células epiteliales.

Los tumores ocurren con igual frecuencia en ambos sexos y se observan sobre todo en pacientes de 30 a 50 años. Sus dimensiones varían desde unos pocos milímetros hasta las de una masa considerable. El crecimiento es lento; frecuentemente un tumor mixto existe durante muchos años. (30)

Aunque el tumor mixto es una neoplasia completamente benigna, es notable por su capacidad de recidivar después de una extirpación inadecuada, ésta puede dar origen a una neoplasia maligna, el llamado "Tumor mixto maligno". Este cambio puede sospecharse cuando el paciente se presenta con un tumor que ha estado estacionario o cuyo crecimiento ha sido lento por mucho tiempo y recientemente ha crecido con rapidez. (25)

Los tumores mixtos de la parótida se hayan localizados típicamente en el tercio inferior de su porción superficial -- delante del lóbulo del oído, o por encima de la apófisis mas-- toides. En ocasiones se observan en la parte superior de la -- glándula delante del trago de la oreja, pero raramente están - en la periferia de la misma. Los tumores son esféricos u ova-- les, duros o de consistencia de caucho, no dolorosos. Con fre-- cuencia parecen situados inmediatamente por debajo de la piel, y muy movibles, cuando en realidad están fijados dentro del te-- jido parotideo. (30)(31)

Los tumores mixtos de la porción profunda de la parótida tienen especial interés, cuando se hayan a nivel del borde de la porción ascendente del maxilar, empujan la porción superfi-- cial hacia afuera, son palpables en el cuello y no pueden dis-- tinguirse clínicamente de los tumores de la porción superficial. A veces, sin embargo, hacen prominencia en la faringe y se pre-- sentan como una masa debajo de la mucosa de la pared faríngea -

lateral, desarrollándose hacia arriba dentro del paladar blando. Estos lóbulos profundos o tumores parotídeos retromandibulares no son palpables en el cuello; a veces pueden considerarse equivocadamente neoplasias faríngeas o amigdalinas, sin advertir su origen parotídeo.

Histogénesis.- Aunque se han elaborado muchas teorías para explicar la histogénesis de este caprichoso tumor, la evidencia indica que nace por crecimiento anormal del epitelio glandular adulto con transformación gradual en las diversas estructuras que caracterizan a esta lesión. Algunos investigadores opinan que las células neoplásicas se originan en epitelio inmaduro y no en el adulto. Ellos postulan un desarrollo anormal del esbozo glandular que normalmente hubiera evolucionado para formar parte del parénquima, pero en cambio, forma segmentos embrionarios separados. Aunque tal epitelio, indudablemente tendría propiedades proliferativas notables, no hay que inferir de ello que el epitelio adulto de las glándulas salivales carece de este poder. En realidad, este epitelio maduro tiene notable potencial reproductivo; en particular las células de los conductos.

La posibilidad del origen del tejido conectivo fue sugerida, principalmente, sobre la base del estroma desusado del adenoma pleomorfo. Esta teoría fué abandonada como también lo fué la teoría del enclavamiento, que ubica el origen de esta -

lesión en los restos embrionarios vestigiales enclavados, especialmente las del esbozo branquial, retenidos en la región de las glándulas salivales. (30)

Concluyendo, la mayoría de las investigaciones resaltan que este tumor se origina por transformación neoplásica del --epitelio glandular adulto, más probablemente el epitelio del --conducto.

Características clínicas. - Puede aparecer, no obstante, en cualquiera de las glándulas principales o en las accesorias distribuidas en toda la boca. Es más frecuente en mujeres que en hombres; la gran parte de las lesiones se dan en pacientes entre la cuarta y sexta década, pero también son relativamente comunes en adultos jóvenes, y se sabe que aparecen en niños.

El paciente suele relatar la aparición de un nódulo pequeño, indoloro e inactivo que en forma lenta comienza a aumentar de tamaño. El adenoma pleomorfo, particularmente el de la glándula parótida es, en forma típica, una lesión que no presenta fijación a los tejidos más profundos ni a la piel que lo cubre. Suele ser una lesión nodular irregular de consistencia firme, aunque a veces se palpan zonas de degeneración quística, cuando son superficiales. Es raro que la piel se ulcere pese a que estos tumores alcanzan un tamaño enorme, al punto que se han registrado lesiones de varias libras de peso.

El dolor no es un síntoma común del adenoma pleomorfo, - pero el malestar local es frecuente. La lesión del nervio facial manifestada por la parálisis facial es rara, como podría esperarse de un tumor benigno de la glándula parótida. Son raras las veces que se deja que el adenoma pleomorfo de las glándulas salivales accesorias alcance un tamaño mayor de 1 a 2 -- cm. de diámetro y, como este tumor dificulta la masticación, - la fonación y la respiración del paciente, se detecta y trata antes que los tumores de las glándulas principales. (3) (30)

Características histológicas. - Algunas zonas presentan - células cuboideas dispuestas en estructuras tubulares o ductiformes que tienen una notable semejanza con el epitelio normal del conducto. No es raro que estos espacios ductiformes contengan un coágulo eosinófilo. Suele haber proliferación epitelial en cordones o capas alrededor de estas estructuras tubulares. En otras zonas, las células tumorales adoptan una forma estrellada, poliédrica y pueden ser relativamente escasas. Las células epiteliales pavimentosas son bastante comunes y presentan típicos puentes intercelulares y a veces verdaderas perlas de queratina. El material mixoide laxo suele ser un rasgo predominante de la lesión, y son comunes los focos de tejido conectivo hialinizado, o material de aspecto cartilaginoso y hasta -- hueso.

Finalmente, es posible obtener, por zonas, un material -

mucoide originado en las células epiteliales. El tumor esta -- siempre encapsulado, aunque en la cápsula conectiva es frecuen -- te la presencia de células tumorales. Cuando el patrón pleomór -- fico del estroma no existe, y el tumor es muy celular, se le -- denomina "adenoma celular o monomórfico". Si hay grandes espa -- cios quísticos, la lesión lleva el nombre de "Cistadenoma". -- Cuando predomina la proliferación mioepitelial se suele hacer el diagnóstico de "Mioepitelioma". (30)(31)

Lesión Linfoepitelial benigna. - (Enfermedad de Mikulicz; adenoma linfomatoide). - Existe gran confusión al referirse a -- enfermedad y síndrome de Mikulicz. El último término, se utili -- za para describir la inflamación de una o más glándulas saliva -- les y lagrimales, lo cual pudo ocurrir en el curso de los lin -- fomas malignos o leucemia. La enfermedad de Mikulicz, en cam -- bio, se refiere a una entidad interesante, descrita perfecta -- mente como "Lesión linfoepitelial benigna".

Esta particular lesión de las glándulas salivales es bas -- tante rara, pero muy interesante en el sentido que presenta ca -- racterísticas inflamatorias benignas.

Este proceso, semejante a un tumor, se origina en la pa -- rótida y clínicamente puede presentarse como una masa bien cí -- cunscrita que afecta una o ambas parótidas. Esta lesión repre -- senta nada más la hiperplasia de los ganglios linfáticos, de -- origen infeccioso local, por lo menos en algunos casos que se

extiende y deforma la arquitectura normal de las glándulas salivales. (3)(30)

Características clínicas.- La lesión linfoepitelial benigna se manifiesta, en esencia, como un agrandamiento unilateral o bilateral de las glándulas parótidas, submaxilar y lagrimal, con malestar local, leve dolor, y xerostomía ocasional. - El comienzo de la lesión está, a veces, combinado con fiebre, infección bucal, extracción dental, infección de las vías respiratorias superiores o algún otro trastorno inflamatorio local. Con frecuencia, hay un agrandamiento difuso, de contorno irregular de las glándulas salivales, más que un nódulo tumoral circunscrito. El tamaño de los agrandamientos es variable pero por lo general tiene unos centímetros. La duración de la masa tumoral puede ser de algunos meses, o muchos años.

Los estudios de la lesión linfoepitelial benigna han indicado que es mucho más frecuente en las mujeres, particularmente en la mitad de la vida. (30)

Características histológicas.- Esta enfermedad se caracteriza por la infiltración linfocitaria ordenada del tejido de las glándulas salivales, con persistencia de células epiteliales, que probablemente son restos de conductos glandulares. -- Aunque el elemento linfoide suele ser difuso, a veces hay verdaderos centros germinales. El epitelio puede consistir en conductos que tienen proliferación celular y pérdida de la polari

dad o, cuando la enfermedad persiste, nidos o racimos compactos de células epiteliales mal definidas, que Morgan y Castleman denominaron. "Islas emioepiteliales". Parecen formar éstas, un sincitio (+). Estas islas se originan tanto como resultado de la proliferación de las células del conducto, como de las células mioepiteliales periféricas.

La diferencia de un tumor linfoepitelial benigno y un maligno de las glándulas salivales es que, en el segundo, las islas epimioepiteliales faltan, el elemento linfoide es atípico y hay infiltración de los tabiques interlobulillares con tejido linfoide. Por otra parte, las islas epiteliales pueden ser tomadas por un carcinoma metastático. (31)(30)

(+) Capa protoplásmica rica en núcleos que, por encima de la capa celular de Langhans, cubre las vellosidades placentarias. (5)

Cistadenoma papilar linfomatoso.- También llamado "Tumor de Warthin"; adenolinfoma. Tumor benigno de crecimiento lento, puede aparecer en cualquier parte dentro de la glándula parótida o cerca de ella, generalmente en la región del ángulo o de la rama ascendente de la mandíbula, o bien por debajo del lóbulo de la oreja.

Histogénesis.- Se han propuesto muchas teorías para explicar la peculiar naturaleza de este tumor, que fueron revisadas y se ha sugerido que se producen por: 1).- Proliferación del tejido salival glandular heterotípico de los ganglios linfáticos en la zona de la glándula parótida. 2).- Desarrollo heterotípico de la mucosa de la tuba auditiva. 3).- Restos de los arcos branquiales. 4).- Un esbozo endodérmico faríngeo heterotípico de los ganglios linfáticos en la vecindad de la glándula parótida. 5).- Endotelio linfático metaplásmico. 6).- Oncocitos (+) de los conductos de las glándulas salivales, y por último 7).- Inclusiones (†) orbitarias de las cuales derivan las glándulas salivales de algunos carnívoros. (30) (33) (31)

Características clínicas.- El cistadenoma papilar linfomatoso presenta una definida predilección por los varones. El tumor suele ser superficial, y se halla inmediatamente debajo

(+) Producción de tumores o infartos. Enfermedad debida a esta causa. (5)

(†) Estado de un órgano que está incluido en otro. (5)

de la cápsula parótida o protuye a través de ella. Rara vez es ta lesión alcanza un tamaño que exceda unos 3 ó 4 cm. de diámetro.

En general no es dolorosa, es firme a la palpación e indistinguible de otras lesiones benignas de la glándula parótida. (30)

Características histológicas.- Este tumor consta de dos componentes histológicos; epitelio y tejido linfático. Como lo indica su nombre, la lesión es, en esencia, un adenoma que presenta formación quística, con proyecciones papilares hacia los espacios quísticos y una matriz linfoidea que tiene centros germinales. Las células epiteliales que cubren las proyecciones papilares son columnares o cuboideas, dispuestas en dos hileras, aunque la capa interna puede tener varias células de espesor. Estas células son eosinófilas y contienen núcleos hiper cromáticos o picnóticos y abundante cantidad de mitocondrias. Es frecuente la presencia de un coágulo eosinófilo dentro de los espacios quísticos, que aparecen como un líquido de color achocolatado en las muestras macroscópicas. El componente linfoide es abundante, y la mayor parte de los investigadores lo consideran un elemento pasivo en el momento neoplásico, que representa simplemente el tejido linfoide normal del ganglio linfático dentro del cual está atrapado el tejido glandular salival que da origen a la neoplasia.

Aunque se ha comunicado que hay transformación maligna, no se estableció definitivamente si se produce en el componente epitelial o en el linfoide y es sumamente rara. (30) (31)

TUMORES MALIGNOS

Adenoma Pleomorfo Maligno.- Suele suceder que los tumores de las glándulas salivales tienen un cuadro histológico o benigno, pero dan metástasis a manera de una lesión primaria o, aunque se asemejen al adenoma pleomórfo benigno, presentan zonas citológicamente malignas. Estas lesiones, raras, han de ser clasificadas como adenomas pleomórfas malignos. (24)(30)

Características clínicas.- No hay diferencias clínicas obvias entre el adenoma pleomórfo benigno y el maligno, en muchos casos. Los tumores malignos pueden ser de mayor tamaño -- que los benignos, pero ésto carece de importancia en el diagnóstico diferencial porque el tamaño de las dos formas es muy variable. Es frecuente la fijación del tumor maligno a las estructuras subyacentes, así como a la piel o a la mucosa que lo cubre y este se cumple, por lo común, en las lesiones malignas de las glándulas salivales; también es variable la presencia -- de ulceración superficial. El dolor es un rasgo del adenoma -- pleomorfo maligno que el benigno. (30)(31)

Características histológicas.- En algunos adenomas pleomorfos malignos, el componente maligno prolifera mucho más que el benigno, de modo que resulta difícil observar zonas histológicamente benignas. En otras, el grueso de la lesión es benigno y es posible encontrar focos malignos solo después de una -- búsqueda diligente. Por esta razón, es necesario hacer el estu

dio cuidadoso de todos los tumores glandulares salivales supuestamente benignos, y el patólogo ha de poner especial atención en el examen de preparados pertenecientes a varias porciones de tejidos tomados de muchas zonas del tumor.

No han quedado totalmente establecidos los criterios específicos para reconocer un tumor "mixto" maligno. Sin embargo parecen incluir los cambios nucleares que habitualmente se consideran indicadores de malignidad (hipercromatismo y pleomorfismo nuclear, aumento o anormalidad de la mitosis y aumento de la región entre núcleo y citoplasma); invasión de vasos sanguíneos, linfáticos o nervios; necrosis focal; e infiltración periférica obvia y, destrucción del tejido normal.

El patrón celular maligno de transformación vira hacia el carcinoma epidermoide, y algunos tumores malignos presentan ambos tipos de células. (30)

Carcinoma mucoepidermoide.- Es un tipo común de tumor glandular salival, este tumor se compone de células secretorias de moco y células de tipo epidermoide en proporciones variables.

Características clínicas.- El carcinoma mucoepidermoide se origina en las glándulas salivales mayores, principalmente en la parótida, pero en ocasiones se pueden acentar en otras glándulas, especialmente las accesorias intrabucales. Se considera que este carcinoma pertenece al grupo de neoplasias malignas.

nas con grado variable de malignidad. Estos tumores son frecuentes en personas entre la tercera y sexta década, aunque es raro que se vea en niños.

El tumor de bajo grado de malignidad suele aparecer como una masa indolora de crecimiento lento que parece aún adenoma pleomorfo. (30)

A diferencia de éste, sin embargo, no es completamente encapsulado y suele contener quistes que pueden estar ocupados por un material mucoso viscoso, raras veces excede los 5 cm. de diámetro. La recidiva metastásica, luego de la extirpación quirúrgica, no es rara. Los tumores intrabucales de este tipo aparecen en zonas como el paladar, mucosa vestibular, lengua y sector retromolar. Llegan a semejar mucho al fenómeno de retención mucosa o mucocele, especialmente en la zona retromolar, debido a su tendencia a formar zonas quísticas.

Mientras que el tumor de alto grado de malignidad, crece con rapidez y produce dolor como sintoma temprano. La parálisis del nervio facial es frecuente en los tumores parotídeos. El carcinoma mucoepidermoide no es encapsulado, sino que tiende a infiltrarse en los tejidos vecinos y metastatizar a los ganglios linfáticos regionales. En ocasiones la metástasis llega a pulmones, huesos y tejidos subcutáneos. (30)

Características histológicas.— El carcinoma mucoepidermoide es un tumor pleomorfo compuesto de células secretorias —

de moco, células de tipo epidermoide y células intermedias. En los tumores de bajo grado, están presentes los tres tipos de células, aunque predominan las secretorias de moco.

Estos tumores presentan capas de células epidermoides y nidos similares de células mucosas, dispuestas en estructura glandular y a veces con microquistes. Estos quistes pueden romperse y liberar moco que puede acumularse en el tejido conectivo y provocar una reacción inflamatoria. En los tumores de grado más alto, el elemento celular mucoso puede ser tan insignificante y las células epidermoides ser tan sobresalientes que sea posible hacer el diagnóstico equivocado de carcinoma epidermoide. (3)(30)

Carcinoma epidermoide (carcinoma espinocelular).- Este tipo de neoplasia se origina en las glándulas salivales mayores, en particular en la parótida, tiene mal pronóstico, puesto que los tumores poseen propiedades infiltrativas, dan metástasis y recidiva con facilidad, puede darse también en el caso de las glándulas salivales accesorias.

Es más probable que se originen en el conducto, parotideo porque los conductos pueden experimentar con facilidad metaplasia escamosa. La metaplasia escamosa de los conductos de las glándulas salivales accesorias también suele ser el resultado de una sialadenitis crónica o un fenómeno de obstrucción del conducto. Esto puede presentarse clínicamente como una pequeña masa nodular, por lo común en el paladar, pero también -

en otros sectores y puede ser mal diagnosticado desde el punto de vista histológico como carcinoma epidermoide. (25) (30)

CAPITULO V

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS
LESIONES DE LA GLANDULA PAROTIDA.

OBJETIVO 5.- El clínico deberá ser capaz de enfrentar y diferenciar las lesiones de la glándula parótida, por medio del estudio clínico para obtener el diagnóstico diferencial.

Principalmente uno de los problemas relacionados con el tratamiento de las lesiones de las glándulas salivales es la decisión del clínico, respecto al tipo de lesión que se está tratando y a su localización automática en las diversas estructuras. El examen citológico se está volviendo cada vez más importante al formular un diagnóstico, debido a las mejoras de las técnicas y comprensión de los ejemplares obtenidos. La validez de este examen y de la biopsia con aguja depende en gran parte de la exactitud de técnica con que se obtuvieron las muestras de los tejidos, así como del entrenamiento y capacidad del patólogo responsable de analizar éstos. (26)

OBJETIVO 5.1.- Efectuar el estudio clínico por los métodos de evaluación propedéutica para las lesiones de la glándula parótida.

Teniendo en cuenta que la propedéutica nos enseña a obtener datos de información y nos ayuda a interpretarlas, a apreciarlos aplicando estos métodos necesarios para obtener signos y síntomas de las enfermedades de la glándula parótida como son:

a).- Historia clínica.

b).- Examen físico.

c).- Valoración radiográfica.

d).- Métodos de laboratorio. (16)(27)

a).- Historia Clínica.- Es la forma donde registramos -- los datos que vamos obteniendo en el estudio clínico y los resultados que tienen las medidas propedéuticas que se aplican. Puede ser ubicada como forma de registro.

El propósito de la historia clínica es tener una fuente más fidedigna, confiable y permanente de información que la memoria humana, a la cual puedan tener acceso diversas personas en el transcurso del tiempo.

La historia clínica de la lesión, en este caso de la -- glándula parótida, ayuda a definir su naturaleza, y para ello requerimos de los siguientes pasos:

- Duración
- Forma de iniciación
- Rapidez de crecimiento
- Estados asociados (7)(16)(26)

b).- Examen Físico.- La exploración física es la inspección general del enfermo que consiste en observar todos aquellos datos que pueden apreciarse a simple vista sin ejecutar ninguna maniobra. El conjunto de datos que suministra la inspección general es la que se llama: "El aspecto del enfermo" o también "hábitos exteriores".

Es recomendable llevar el orden como sigue:

- Localización de la lesión
- Consistencia de la lesión
- Reacción subjetiva. (16)

c).- Valoración radiográfica.- El examen radiográfico -- nos facilitará gradualmente la interpretación de nuestro estudio en orden y la altura en que son atravesados por los rayos, las diferentes estructuras anatómicas. Es necesario que observemos los siguientes puntos:

- Materiales
- Métodos. (16)

d).- Métodos de laboratorio.- Existen varios métodos de laboratorio porque muchas veces resulta difícil, casi imposible, establecer un diagnóstico sin la ayuda del laboratorio. - Una muestra enviada al analista que los someterá a complejos análisis físico-químicos o microscópicos para determinar exactamente su composición, sus propiedades o la existencia de un compuesto anormal, como son:

- Biometría hemática
- Biopsia
- Citología
- Frotis, cultivos y prueba de sensibilidad a los antibióticos (antibiograma). (16)(23).

OBJETIVO 5.2.- Explicar las partes que integran la historia clínica en el estudio de la glándula parótida.

La historia clínica que debe realizarse para la lesión de la glándula parótida y que ayuda a definir la naturaleza de esta recurre a cuatro puntos muy importantes que son los que se mencionan en el objetivo 5.1 (a) (16)

-Duración.- La duración de la lesión es un factor muy importante. Si la lesión es vieja y tiene una historia de remisiones y exacerbaciones, es probablemente de naturaleza inflamatoria. Si es vieja y tiene historia de crecimiento lento y continuo, generalmente es un tumor benigno o de escasa malignidad. Si es una lesión nueva con síntomas agudos, sugiere inflamación. Pero una lesión nueva con aumento de volumen indoloro sugiere malignidad desde el principio. (16)

-Forma de iniciación.- La forma del comienzo de la lesión parotidea es esencial. Si el comienzo es gradual e indoloro, pero continuo, sugiere tumor. Si es repentino y doloroso, el diagnóstico de inflamación es más adecuado aunque no puede descartarse el tumor de crecimiento rápido con infección agregada.

-Rapidez de crecimiento.- La rapidez de crecimiento es un punto de diagnóstico primordial que indica el grado de malignidad. Una lesión de crecimiento lento pero continuo es raras veces inflamatoria o de un grado avanzado de malignidad. -

Mientras que una lesión de crecimiento rápido, puede ser inflamatoria o bién maligna; sin embargo, el dolor, el exudado, la fiebre o las alteraciones hemocitológicas con tendencia a la - inmadurez suelen acompañar a las inflamaciones. Ahora que se - debe recordar que los tumores no son dolorosos, hasta que invaden los tejidos vecinos sensitivos o se infectan.

-Estados asociados.- La historia de otros estados asociados al sintoma actual ofrece una explicación del problema. Por ejemplo, la historia de neumonia por neumococo u otra enfermedad febril aguda puede señalar el comienzo de una sialadenitis crónica, especialmente de la glándula parótida.

Las anestias generales prolongadas, generalmente con empleo de antisialogogos (+), son datos importantes, al igual que otro estado de deshidratación (16)

OBJETIVO 5.3.- Explicar la aplicación del examen físico en la glándula parótida.

Un examen físico adecuado es el factor individual esen-- cial en el diagnóstico diferencial de cualquier transtorno. -- Además del examen físico general para determinar los factores generales que puedan intervenir, debe llevarse a cabo un exa-- men cuidadoso de la glándula.

(+).- Que provoca o activa la secreción de la saliva. (5)

Es importante la inspección de los ganglios linfáticos - ya que éstos ocasionan con frecuencia aumento de volumen que - parecen ser primarios de las glándulas. Ejemplos típicos de és - tos son las infecciones oculares que producen aumento de los - ganglios parotídeos.

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

-Localización de la lesión- Las lesiones de los conductos se - palpan mejor por dentro de la boca cuando la lesión se encuen - tra en el conducto (tercio anterior del conducto parotídeo). - Los ganglios y los tumores pueden sujetarse y también identifi - carse. Exprimir la glándula y el conducto bimanualmente permi - te estimar la naturaleza de la secreción y, por lo tanto, de - la localización de la lesión. Las lesiones situadas fuera de - los conductos rara vez producen pus dentro del sistema canali - cular a menos que estén tan avanzados que los ocluyan por pre - sión. (16)(23)

-Consistencia de la lesión- En las lesiones circunscritas como - los tumores mixtos, ganglios inflamatorios aumentados pueden - desplazarse fácilmente. Concluyéndose que la lesión no ha inva

dido los tejidos vecinos y no está rodeada de exudado inflamatorio difuso. Por ejemplo, las áreas inflamadas en forma aguda, abscesos, tumores malignos invasores o sus extensiones linfáticas no se mueven fácilmente, por haber infiltrado la enfermedad a los tejidos circundantes. Una excepción es el ganglio linfático invadido por metástasis tempranas y que todavía no ha perdido su integridad capsular.

Las lesiones duras tienen peor pronóstico, la induración (+) es típica de las lesiones invasoras malignas y este signo debe considerarse como diagnóstico hasta que no se pruebe lo contrario. La consistencia del resto de la glándula es muy importante. Las lesiones malignas rara vez abarcan la totalidad de la glándula a menos que estén infectadas o muy avanzadas. Por lo tanto, una porción de la glándula aparece normal a la mano examinadora. Las infecciones por el contrario, generalmente producen tensión en toda la glándula, lo mismo que la obstrucción de los conductos.

Ahora que la separación de la glándula de las lesiones que en realidad no la afectan es también muy importante. En ocasiones la tumefacción corresponde aparentemente a la glándula, pero la palpación y la sujeción digital de la glándula o de la lesión demuestran que ésta sólo tiene una relación anatómica (+). - Espesamiento con endurecimiento o esclerosis (endurecimiento de las venas) más o menos marcado de un órgano. (5)

mica y no histológica con la glándula (quiste branquial y dermoide); en estos casos la consistencia de la glándula no afectada es normal. (16)(23)

Los abscesos son de consistencia típica, los cálculos -- son duros y pueden ser estrellados; la glándula infectada u -- obstruida generalmente es firme y tensa. Es obvio que la consistencia de la lesión es un signo diferencial importante.

-Reacción subjetiva.- Estas reacciones subjetivas del paciente varían con frecuencia, según la naturaleza de la enfermedad, sabiendo que los estados inflamatorios por lo general se acompañan de dolor, que aumenta con la manipulación. Los tumores que han infectado o que han invadido estructuras sensoriales pueden también ser dolorosos, generalmente ese dolor es un signo de malignidad tardío y no temprano.

Los tumores benignos, los de poca malignidad y los tumores malignos que comienzan, rara vez son dolorosos. Por otro lado, los tejidos que recubren un cálculo salival, casi siempre son sensibles a la palpación debido a la incomprensibilidad del cálculo, a los procesos agudos algunas veces presentes y a la inflamación de los conductos vecinos. (16)

OBJETIVO 5.4.- Describir la valoración radiográfica para el diagnóstico diferencial de la glándula parótida.

Las radiografías comunes son de poco valor para diagnos-

ticar diferencialmente las lesiones de la glándula parótida, - excepto en presencia de un cálculo calcificado o de invasión avanzada de las estructuras óseas vecinas.

Cuando se sospecha de un cálculo salival, las placas --- oclusales y lateral oblicua de la mandíbula son de gran valor para localizar los cálculos submaxilares. Las radiografías pos^uteroanterior y lateral de la cara, con placa oclusal colocada en las paredes bucales y con exposición muy breve (medio a -- tres cuartos de segundo-tiempo del rayo) pueden ser de valor - para localizar cálculos de la parótida.

La sialografía, es la visualización radiográfica de las ramificaciones de los conductos de las glándulas parótidas o - submaxilares mediante la inyección intraductal de una solución radiopaca. Aunque este método ha llegado a ser un valioso factor en el diagnóstico de las enfermedades de las glándulas salivales, sólo es uno de los elementos de que dispone el investigador. Para determinar la naturaleza de un proceso patológico, se requiere la valoración de todos los datos disponibles.- (FIG.2).

El sialograma da más información diagnóstica.- Este estudio especial se realiza inyectando aceite radiopaco en el sistema de conductos de la glándula y tomando las radiografías -- que están indicadas. Se han descrito técnicas y equipos como - son:

Materiales

- 1.- Tubos de polietileno de diferentes calibres (46 cm. de -- largo, con un extremo de bisel agudo).
- 2.- Un corrector Luer-Lok- utilizado para la anestesia raqui-- dea continua.
- 3.- Una jeringa con mango de anillos tipo Luer-luk de tres -- cm. cúbicos.
- 4.- Un explorador roto, cuyo extremo se ha redondeado y pulido para usarlo como dilatador.
- 5.- Cualquier aceite radiopaco como medio de contraste. (16)

(30)

TECNICA DE SIALOGRAFIA

(FIG. 2)

A.- Se empieza por dilatar el conducto de Wharton, utilizando el dilatador menor de conducto lagrimal. A veces el meato es tan estrecho, que se necesita un estileto de aguja calibre 20 para empezar la dilatación. Luego se inserta en el conducto una pequeña sonda uretral, unida mediante una aguja a una jeringa que contiene solución (Hypaque). Se inyectan de 1.5 a 2 cm³. de solución en el conducto, mientras se toman las radiografías oblicuas y laterales. La sonda se mantiene en el conducto mientras se toman las radiografías para evitar escape de la solución, que sale del conducto después de quitar la sonda y jeringa.

B.- Sialograma normal que muestra la posición y el diámetro usuales del conducto.

C.- Este sialograma muestra dilatación del conducto parotideo en una paciente que sufría hinchazón crónica dura de la glándula. La radiografía ayudó a establecer el diagnóstico de parotiditis crónica en lugar de tumor.

D.- Sialograma que demuestra desplazamiento inferior del conducto por un tumor mixto de la glándula parótida. (33)

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

Se quita la jeringa y el conducto en cuestión se canaliza. Si se produce dolor, se aplican unas gotas de anestesia local alrededor de la cánula. Si la colocación de la cánula se dificulta puede introducirse el explorador para dilatar la abertura del conducto.

El tubo se inserta bien dentro del conducto. En el conducto de la parótida, generalmente se encuentra un obstáculo en el punto en que el conducto se dobla alrededor del borde del músculo masetero.

Se pide al paciente que cierre la boca, y el tubo puede mantenerse en su lugar con cualquier fijación sin comprimirlo. Vuelve a conectarse la jeringa y se instruye al paciente que lo sostenga contra su pecho. Cuando el radiólogo ha colocado al paciente satisfactoriamente, se inicia la inyección del medio de contraste, siendo que el paciente da señal al sentir presión y dolor. Las cantidades de solución están sujetas a variación individual en cantidades determinadas.

Se mantiene la presión por diez segundos después de aparecer el dolor, es así como se toma entonces el sialograma.

Después de tomarse todas las radiografías necesarias, el

tubo puede retirarse y se instruye al paciente para que ayude a vaciar la glándula por masaje.

No todas las lesiones tienen datos sialográficos típicos y en muchos casos el diagnóstico final depende de la biopsia.
(16)(23)(27)

OBJETIVO 5.5.- Explicar los procedimientos de laboratorio y como efectuarlos en las lesiones de la glándula parótida.

Existen varios procedimientos de laboratorio útiles en el diagnóstico diferencial de las lesiones de la glándula parótida. Las paperas y la sialadenitis aguda, que tienden a semejar en sus primeras etapas, pueden diferenciarse por el examen de sangre y del plasma. La sialadenitis, si es aguda, puede revelar aumento de leucocitos polimorfonucleares inmaduros en sangre. (16) (30)

La mayoría de los patólogos estiman que no puede dependerse de los frotis de Papanicolaou para diferenciar las lesiones de las glándulas salivales. Es necesario seguir los siguientes puntos:

Biometría Hemática

1.- Determinación de la hemoglobina; procedimiento técnico:
Existen varios métodos, usándose una medida comparativa de la sangre diluida con una solución standar.

Importancia diagnóstica.- Las cifras bajas de hemoglobina indican la presencia de una anemia, generalmente por falta de hierro.

Valores normales- 14-16 gramos por 100 c.c. de sangre.

II.- Recuento de glóbulos rojos: (eritrocitos)-

Importancia diagnóstica.- Los eritrocitos o glóbulos rojos -- transportan hemoglobina a la circulación. Son discos bicóncavos, elaborados en la médula ósea y sobreviven en la circulación 120 días en promedio. El promedio normal de la cuenta de eritrocitos es de 5.4 millones por cm^3 , y de 4.8 millones por cm^3 en hombres y mujeres. Cada eritrocito humano tiene cerca de 7 milimicras de diámetro y 2 milimicras de espesor. (22) (23) (27)

Las cifras bajas de hematíes indican la presencia de anemia, ésta puede ser de diversa etiología.

III.- Recuento de glóbulos blancos.- (leucocitos):

Importancia diagnóstica- Las cifras altas indican la presencia de una infección generalmente bacteriana. Las cifras bajas aparecen en ciertas enfermedades infecciosas (tifoidea) y algunas virosis.

Valores normales- 5000 a 8000 por milímetro cúbico de -- sangre.

IV.- Fórmula leucocitaria:

Importancia diagnóstica- La proporción porcentual de las dife-

rentes tipos de leucocitos se altera con muchos procesos (infecciones, alergias, etc...)

Valores normales- neutrófilos 60-70%, eosinófilos 1-3%,
linfocitos 20-30%, monocitos 3-6%, basófilos 0-0.5%. (22)(23)
(27)

V.- Tiempo de coagulación:

Importancia diagnóstica- Muy importante para diagnosticar las diatésis(+) hemorrágicas (hemofilia).

Valores normales- 5 a 8 minutos.

VI.- Tiempo de hemorragias:

Importancia diagnóstica: También es importante para diagnosticar las diatésis hemorrágicas.

Valores normales- 1a3 minutos. (22)(23)(27)

VII.- Tiempo de protrombina:

Importancia diagnóstica- De importancia como guía de coagulación de la sangre en el interior vascular. Imposible durante los tratamientos con anticoagulantes para prevención de trombosis.

Valores normales- 10 a 14 segundos, igual 100 por 100. Durante el tratamiento con anticoagulantes interesa bajar estas cifras al 70 por 100, o menos.

(+)- Disposición. (5)

VIII.- Reacción de Wasserman.

Importancia diagnóstica: Importancia para el diagnóstico de la sífilis. Su resultado positivo puede ser de significado dudoso. En estos casos se usa el "test" de Nelson, con antígeno específico, cuyo resultado es terminante.

IX.- Determinación de glucosa.

Importancia diagnóstica- Aumentado en la diabetes.

Valores normales- de 80-120 mg. por cm^3 . (22)(23)(27)

Biopsia

En muchas ocasiones, para llegar a un diagnóstico necesario, debe hacerse un análisis directo al órgano o tejido enfermo, observándolo al microscopio, una vez que ha sido preparada la muestra debidamente y teñido con colorantes para su mejor observación.

Pero el análisis anatomopatológico también se hace en vivo. Para ello hay que extirpar una pequeña porción del órgano o tejido a analizar. Puede ser necesario una pequeña intervención quirúrgica (biopsia). Cuando el tejido es accesible, el problema no ofrece mayor complicación. (23)

Tipos de Biopsia.

- a).- Biopsia por excisión- cuando se retira el total de una lesión pequeña para su estudio microscópico.
- b).- Biopsia por incisión- cuando se retira una pequeña parte

de una lesión demasiado grande para su estudio.

c).- Biopsia por punción con aspiración- la que se practica -- con una jeringa, con aguja de amplio calibre, la cual se introduce en el espesor del tumor extirpándose por aspiración una pequeña porción de la lesión, generalmente células separadas y líquido.

d).- Biopsia por punción con extracción del fragmento- Se efectúa mediante aparatos especiales que permiten extraer un pequeño fragmento tomado del interior de la lesión; en esta técnica se utilizan la aguja de Silverman y otras similares.

e).- Biopsia por sacabocados- consiste en el empleo de pinzas especialmente diseñadas para la resección de un fragmento de la lesión y se usa principalmente para tomar muestras de lesiones de difícil acceso.

f).- Biopsia por raspado- consiste en un arrastre mecánico al tejido realizado con cuentas apropiadas, su empleo es de gran utilidad en lesiones óseas. (23)(27)(30)

Citología exfoliativa.

Se aplica la citología exfoliativa bucal para la detección de carcinoma. En estudios realizados por Von Haam en pacientes con cáncer bucal, en los cuales se compara la exactitud diagnóstica de extendidos citológicos con las biopsias se encontró que casi era idéntica. Por lo que concluye:

1.- La citología no es un sustituto de la biopsia quirúrgica, sino su complemento.

- 2.- Es un procedimiento rápido, simple, indoloro y sin sangre.
- 3.- Sirve como verificación de biopsias negativas falsas.
- 4.- Es especialmente útil en el control periódico para la de--
tección de recidivas de carcinomas previamente tratados.
- 5.- Es valiosa, para estudiar lesiones cuyo aspecto microscópi
co es tal que no justifica la biopsia.

Se aconseja el empleo del extendido citológico siempre -
que sea adecuadamente preparado por el cirujano y que el citó-
logo posea suficiente experiencia para su valoración.

Frotis, cultivos y pruebas de sensibilidad a los antibióticos
son de valor cuando hay que emplear el antibiótico específico.
La muestra debe tomarse también del conducto canalizado para -
evitar la contaminación bucal. (23)(30)

CAPITULO VI

TERAPEUTICA EN LA PATOLOGIA DE
LA GLANDULA PAROTIDA

OBJETIVO 6- Realizar el tratamiento clínico de las enfermedades que afectan a la glándula parótida.

Los principios clínicos y quirúrgicos son las guías consideradas necesarias a la luz de la experiencia para poder llevar a cabo una mejor realización de un buen estudio clínico para la obtención del diagnóstico adecuado.

La terapéutica se dirige, en primer lugar, a la causa -- subadyacente. El tratamiento en las enfermedades de las glándulas parótidas va desde un antibiótico hasta el procedimiento -- quirúrgico; siendo que se tratan las enfermedades inflamatorias de la glándula parótida, tumores benignos y malignos, así como en las inflamaciones tratando a las patologías virales y no virales, para ello es necesario contar con los conocimientos anatómo-histo-fisiopatológicos adecuados, reportar el estado problemático del paciente y dirigir así una terapéutica necesaria. (2)

OBJETIVO 6.1- Explicar los tratamientos de las enfermedades virales y no virales de la glándula parótida.

VIRALES (no litiásicas).

Parotiditis quirúrgica aguda.

Signos y síntomas:

- 1.- Inflamación
- 2.- Dolor entre 4 a 8 días después de una intervención quirúrgica.

- 3.- Pulso y temperatura elevados.
- 4.- El paciente parece intoxicado.
- 5.- Aumento de volumen en la glándula, piel roja y edematosa.
- 6.- El conducto de Stenon se encuentra agrandado y edematoso.
- 7.- Líquido purulento (33) secretado por la glándula.

Tratamiento:

1.- **Antibióticos:** En la aplicación de la antibioticoterapia - se administrarán los medicamentos de acuerdo a las indicaciones que presente la lesión.

a)- En presencia de líquido purulento se aplicarán dosis masivas de antibióticos como la penicilina, estreptomina o tetraciclina.

Ejemplo:

Nombre comercial del medicamento: Pemprocilina

Fórmula genérica: Penicilina G sódica cristalinizada--200,000 u.

Penicilina G preacínica 600,000 u.

Agua esterilizada

Aplicar dosis de 800,000 u. cada 12 hrs. durante 5 días.

Vía de administración: Intramuscular.

b).- Pero cuando no existe líquido purulento y no puedan realizarse las pruebas de sensibilidad se aplicará clorafenicol y/o eritromicina.

La parótida se expone como en una parotidectomía.

a)- Se hacen múltiples incisiones transversales en la cápsula edematosa de la glándula y la herida se rellena con gasa, no apretada ni saturarla. Posteriormente cuando cede la infección, se cierra la herida. (8) (10)

Parotiditis crónica o sialectática.

Signos y Síntomas:

- 1.- Hinchazón intermitente de una o ambas glándulas. La hinchazón es dura y dolorosa de 4 a 8 cm. de diámetro.
- 2.- En ocasiones, la hinchazón persiste, se hace dolorosa e invalida.
- 3.- Los sialogramas nos demostrarán una dilatación difusa o segmentaria de los conductos parotídeos. (33)

PAROTIDECTOMIA

La técnica para identificar y conservar el nervio facial es absolutamente esencial para efectuar con seguridad intervenciones en la región parotídea. La parotidectomía subtotal --- (lobectomía parotídea superficial), con exposición del nervio facial, es el método más frecuentemente empleado. Está indicado para todos los tumores benignos y algunos malignos nacidos en la porción superficial de la parótida. También se emplea para lesiones inflamatorias de la glándula, anomalías vasculares y cáncer metastático, afectando ganglios linfáticos encima de la propia glándula. La disección cuidadosa con hemostasia muy meticulosa utilizando pequeñas pinzas de mosquito y material de ligadura fina, evitará la lesión del nervio. El nervio facial debe manipularse lo menos posible durante la parotidectomía. La presión, la retracción o la punción del nervio muchas veces originarán parálisis parcial facial o completa que persistirá varias semanas. Sin embargo, cuando el cirujano tiene la seguridad de que ha respetado el tronco principal del nervio y todas sus ramas, puede confiar al enfermo que la función del facial se restablecerá en plazo de unos cuatro meses. Si el -- tronco principal del nervio está cortado, debe efectuarse la -- anastomosis (+) inmediata de los cabos utilizando suturas perineurales de seda 6-0. Un segmento del tronco principal puede substituirse por un injerto interpuesto tomado del nervio auricular mayor vecino (rama del plexo cervical). La sección de -- (+)- Reunión de dos órganos que se abocan y se ponen así en comunicación(5)

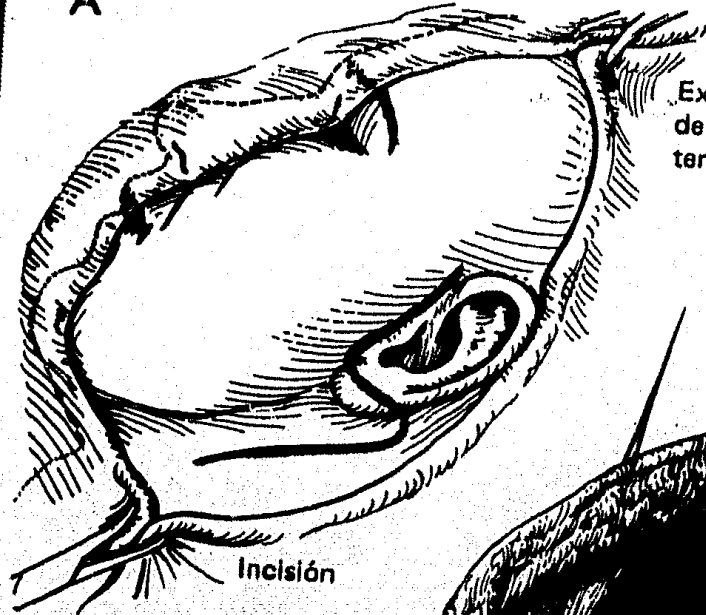
una de las ramas periféricas del facial generalmente no requiere reparación, pues la función suele recuperarse a través de una de las anastomosis de otras ramas. La recuperación espontánea de la función del facial seccionado o, incluso, que ha sufrido extirpación parcial, es un fenómeno interesante observado en pocos enfermos. No se sabe el mecanismo exacto por virtud del cual se logra esta recuperación; puede producirse por crecimiento de las fibras nerviosas desde el extremo cortado del facial, o puede depender de inervación motora procedente del trigémino. (20)(33)

TECNICA DE PAROTIDECTOMIA

(FIG. 4 y 5)

A.- Debe exponerse todo un lado de la cara, incluyendo el ángulo de la boca, el externo del ojo y la frente. La incisión comienza en el ángulo posterior del cigoma y se extiende hacia abajo, inmediatamente por delante del trago auricular. Sigue por detrás del lóbulo del oído hacia atrás, sobre la apófisis mastoides. Después de efectuar una curva delicada sigue hacia abajo y afuera en el cuello, paralelamente al cuerpo del maxilar y por debajo del mismo. Estableciendo una rama hacia abajo, muy cerca del cartilago auricular en lugar de la mejilla, resulta una cicatriz mínima. Se recomienda esta incisión para todos los tumores parotídeos, sea cual sea su loca-

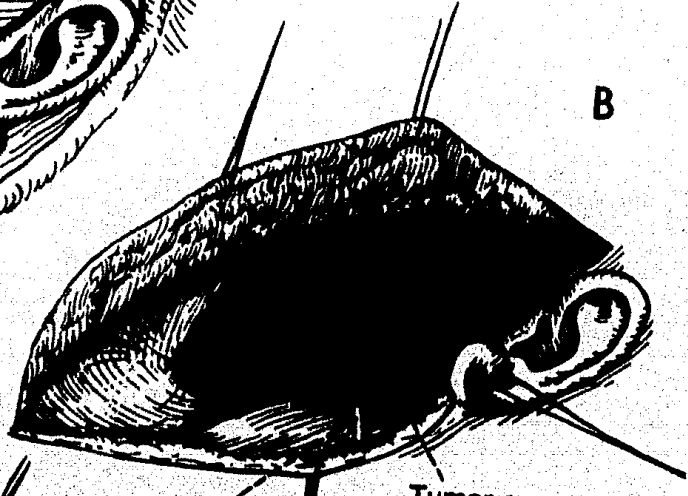
A



Exposición del ángulo de la boca, ángulo externo del ojo y frente

Inciación

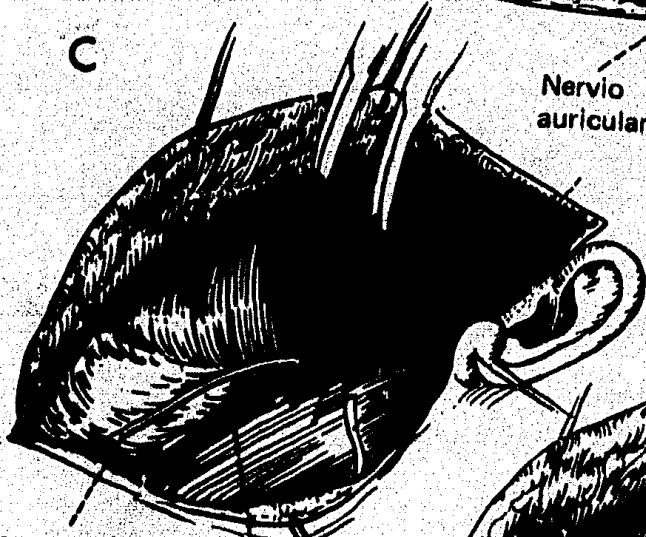
B



Tumor en glándula parotídea

Nervio auricular

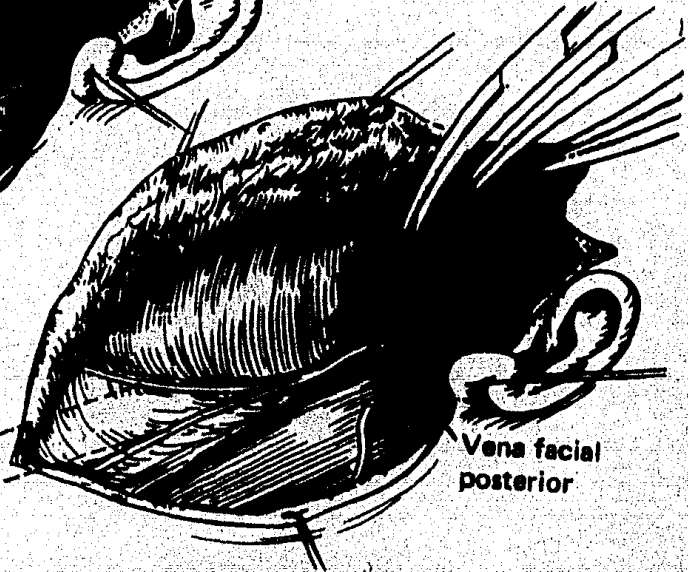
C



Rama cervical del nervio facial

Vena yugular externa

D



Ramas maxilar y cervical del nervio facial

Vena facial posterior

lización en la glándula.

B.- Se levantan los colgajos cutáneos, exponiendo toda la superficie de la glándula. La incisión en la mejilla incluye todo el espesor de la piel hasta la aponeurosis parotídea; la del cuello se extiende hasta incluir el músculo cutáneo. La tracción energética hacia arriba de la piel, y hacia abajo de la glándula, permite separar estos tejidos por disección cortante.

C.- Queda expuesto el tercio superior del músculo esternocleidomastoideo y se identifica y secciona el nervio auricular, que lo cruza y penetra en la glándula parótida, se eleva el polo inferior de la glándula parótida, se identifica la vena yugular externa y se sigue hacia arriba en la substancia de la porción superficial. La rama cervical del nervio facial se haya junto a la rama anterior de vena facial posterior. Una vez identificada la rama cervical, se sigue hasta la división cervicofacial y luego hasta el tronco principal del nervio facial.

D.- Exposición ulterior de la rama cervicofacial del nervio facial. Se sigue hacia atrás hasta el tronco principal, donde se identifica la importante rama temporofacial. (20)(33)

E.- Se disecciona el tejido parotídeo separándolo del cartilago del oído y de la lámina timpánica del hueso temporal, vigilando constantemente la rama temporofacial del nervio facial. Esta rama se sigue hacia arriba y se protegen sus ramas periféricas

al seccionar tejido parotídeo.

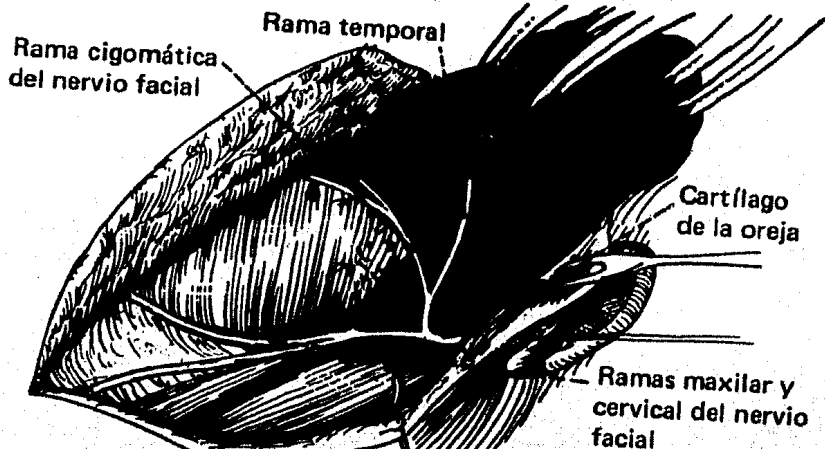
F.- Se extirpa ahora la porción superficial de la glándula parótida que contiene el tumor; interesa respetar una pequeña -- porción de tejido parotídeo en la periferia, si así puede extirparse el tumor con una zona del tejido normal a su alrededor. En ocasiones resulta necesario extirpar toda la porción superficial, incluyendo la periferia, en cuyo caso se encuentra, liga y corta el conducto parotídeo. Se cierra la herida -- utilizando puntos de algodón o catgut finos para el músculo -- cutáneo en el cuello y la aponeurosis superficial en la cara, y puntos de seda para la piel. Se deja un pequeño drenado poroso y se aplica un apósito compresor voluminoso.

Otro método que da resultado estriba en utilizar el drenaje por aspiración. Se coloca una sonda uretral número 12 F en el lecho de la parótida y se hace salir a través del ángulo inferior de la herida.

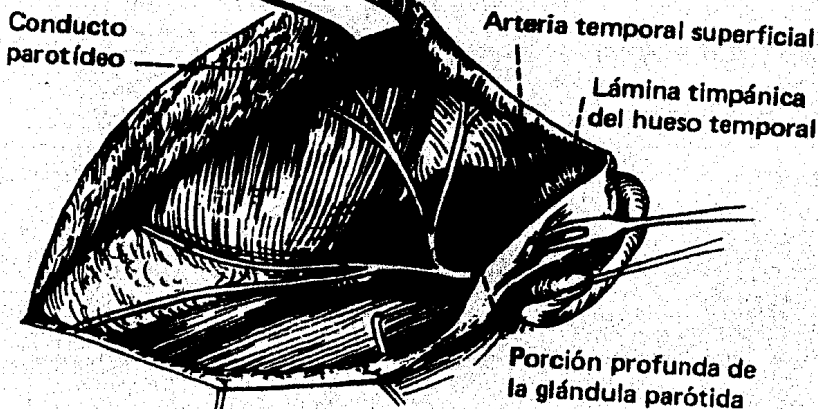
Se aplica aspiración continua.

G.- Cuando el tumor afecta sólo la porción profunda o ambas -- porciones, profunda y superficial, resulta necesario extirpar toda la glándula. La porción profunda restante puede suprimirse sin lesionar el nervio facial, desplazándolo hacia arriba y afuera, y disecando el tejido parotídeo detrás del mismo. Se obtiene una buena exposición separando el ángulo y la rama del maxilar. Se descubren la arteria carótida externa y sus ramas

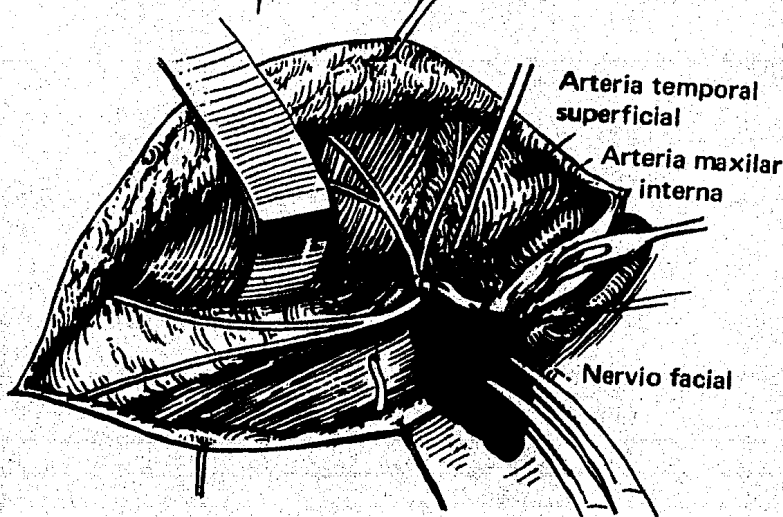
E



F.



G



terminales, la maxilar interna y la temporal superficial. La -
arteria temporal superficial se liga; a veces resulta también
necesario la maxilar interna. La vena yugular interna y la ar-
teria carótida interna se hallan muy cerca de la porción pro--
funda de la glándula, pero generalmente no deben exponerse. --

(20)(33)

Parotiditis epidémica (paperas)

Signos y síntomas:

- 1.- El comienzo se presenta con sensaciones de escalofrío.
- 2.- Dolor de cabeza.
- 3.- Anorexia.
- 4.- Malestar y una fiebre ligera moderada que puede durar de
12 a 14 hrs., que se puede presentar antes de que se pre--
sente o no la tumefacción de las glándulas parótidas.
- 5.- Existe dolor al masticar o deglutir.
- 6.- Hay gran hipersensibilidad a la presión sobre el ángulo -
de la mandíbula.
- 7.- Son afectadas ambas glándulas parótidas.
- 8.- Las aberturas orales de los conductos de las glándulas --
sobresalen y están ligeramente inflamadas.
- 9.- La piel que cubre las glándulas puede volverse tersa y --
brillante.
- 10.- Las glándulas afectadas tienen un dolor agudo a la presión
durante el periodo febril de 24 a 72 hrs. (33)

Tratamiento:

- 1.- El paciente debe permanecer aislado hasta que remita la tumefacción glandular.
- 2.- Los contactos susceptibles deben ser vigilados de cerca - desde los 14 a 28 días después de la exposición.
- 3.- Debe darse dieta blanda por el dolor causado por la masticación.
- 4.- Usar analgésicos, por ejemplo: aspirina, con un dosificación para la edad del paciente (dolor de cabeza y malestar general).
- 5.- Un barbitúrico, por ejemplo: Fenobarbital, 15 mg. por vía oral 3 o 4 veces al día, para la sedación, conforme sea necesario. (8)(10)(33)

Parotiditis nutricional**Signos y síntomas:**

- 1.- Agrandamiento crónico, asintomático y bilateral de la glándula parótida.
- 2.- Deficiencia nutricional: hipoproteïnemia, anemia, queilosis angular, pigmentación pelagroide de manos y cara, y peso inferior al normal

Tratamiento: Remitir al paciente a su médico familiar. (2)

NO VIRALES (litiásicas).

Sialolitiasis de la glándula parótida.

Signos y síntomas:

- 1.- Dolor moderadamente intenso, antes y después de las comidas, debido a la estimulación psíquica de flujo salival.
- 2.- Hinchazón de la glándula salival.
- 3.- Oclusión del conducto, que impide el libre flujo de saliva y su estancamiento o acumulación de la misma bajo presión, produce dolor y tumefacción que puede repercutir en celulitis (+)
(16)(27)

Tratamiento:

- 1.- Demostrar radiográficamente la presencia de cálculos por medio de la sialografía.
- 2.- Eliminar los cálculos mediante la manipulación quirúrgica generalmente el cálculo puede extirparse, por vía intrabucal (FIG.3).
- 3.- Sin embargo, la existencia de 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 (- esta técnica se describió en la parotiditis crónica o sialelectática). (16)(20)(33)

(+)- Inflamación de un tejido celular, caracterizada por el edema, una predisposición a la congestión de este tejido y de todos los elementos que contiene (vasos, filetes nerviosos) - que se traducen por dolor espontáneo o provocado (5)

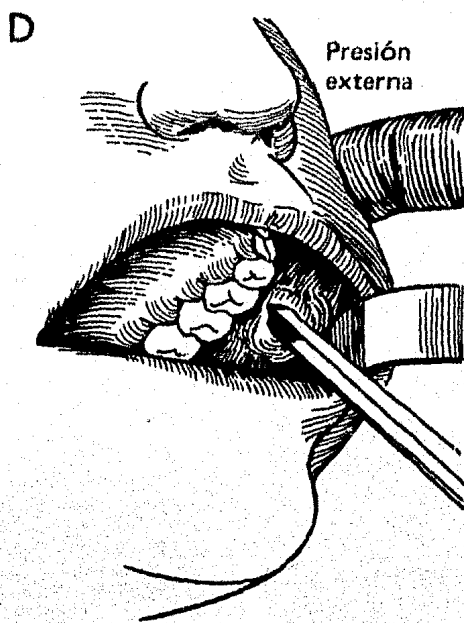
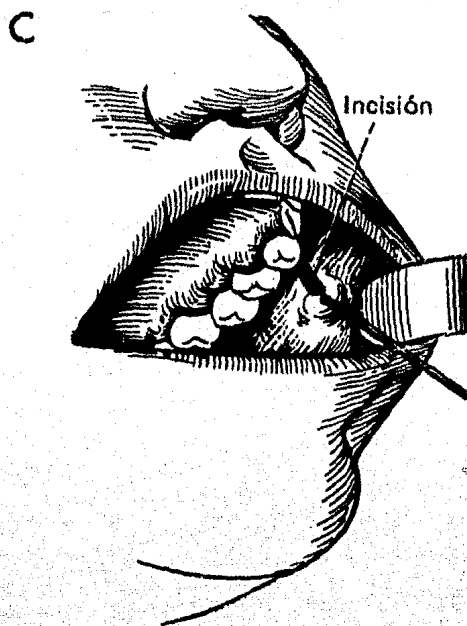


FIG. 3

- A.- Extirpación de un cálculo parotídeo. El señalado en el dibujo se haya a cierta distancia de la abertura. Se inserta una sonda en el conducto parotídeo, hasta tocar el cálculo. Luego se efectúa una incisión a su nivel, encima de la sonda, en corta distancia.
- B.- Ahora puede extirparse el cálculo, con ayuda de presión externa. (20) (33)

Sialoangiectasia.

Signos y síntomas:

- 1.- Dolor a la masticación y deglución.
- 2.- Infección crónica de la glándula parótida. (33)

Tratamiento:

- 1.- Antibióticoterapia.
- 2.- Analgésicos y alimentación blanda.
- 3.- Pronóstico no favorable, ya que su evolución natural es de ataques repetitivos agudos, que finalmente llegan a extirpar la glándula parótida. (33)

OBJETIVO 6.2.- Describir el tratamiento de los tumores de la glándula parótida.

El tumor de la glándula parótida constituye una lesión de gran variedad morfológica, razón por la cual presenta muchas dificultades para su masticación. En años recientes, pocos fueron los esfuerzos concentrados, para estudiar los tumores de la glándula parótida con vista a obtener un mejor conocimiento de su historia natural. Siendo sus tumores relativamente raros, los investigadores resultaron obstaculizados por la insuficiencia de material de estudio con la publicación de varias series extensas de casos, acompañados por análisis series de la naturaleza de los tumores sobre la base de una experiencia práctica acumulada durante años, lo cual ha sido un progreso apreciable en la complicación de nuestro conocimiento de estas lesiones.

En muchos casos, es posible distinguir los diversos tipos de tumores de la glándula por su parte histogénica. El pronóstico de las diversas lesiones se basaría, como en la mayoría de los tumores, en el tipo de tumor, así como en el tipo de tratamiento estilizado. (2)

OBJETIVO 6.2.1.- Realizar el tratamiento de los tumores benignos de la glándula parótida.

Tumor mixto o adenoma pleomorfo.

Signos y síntomas:

- 1.- Nódulo pequeño, indoloro e inactivo.
- 2.- Aumento de volumen lento.
- 3.- No se presenta fijación a los tejidos.
- 4.- Es irregular.
- 5.- Malestar local frecuente.
- 6.- Dificulta la masticación, fonación y respiración.

Tratamiento:

- 1.- Extirpación con una amplia zona de tejido alrededor de la parótida.
- 2.- Enucleación del tumor.
- 3.- Eliminación de todo el lóbulo afectado. (33)

NOTA:- Como estos tumores son radioresistentes a la radiación con rayos X, depara pocos beneficios y, por lo tanto, está contraindicada. El pronóstico es reservado hasta notar resultados satisfactorios.

Lesión linfoepitelial benigna.

Signos y Síntomas:

- 1.- Agrandamiento uni y bilateral de la glándula parótida.
- 2.- Malestar local leve, dolor y xerostomía ocasional.
- 3.- Al comienzo de la lesión está, a veces, combinado con: Fiebre, infección de las vías respiratorias superiores, infección bucal, extracción dental o algún otro trastorno inflamatorio local.
- 4.- Con frecuencia existe un agrandamiento difuso de contorno irregular de las glándulas parótidas, más que un nódulo tumoral circunscrito.

Tratamiento:

La lesión linfoepitelial ha sido tratada mediante el procedimiento de extirpación quirúrgica e irradiación con rayos X, -- esta lesión es bastante radiosensible, y las recidivas pueden controlarse con dosis de radiación bajas. En cualquiera de ambos casos, el pronóstico es excelente, aunque la lesión puede recidivar; la muerte no es una secuela de la enfermedad. (2)

(33)

Cistadenoma papilar linfomatoso.

Signos y síntomas:

- 1.- El tumor suele ser superficial y se haya inmediatamente debajo de la cápsula parotídea o protuye a través de ella.
- 2.- La lesión no excede de 3 a 4 cm. de diámetro.

3.- En general, no es dolorosa.

4.- Es firme a la palpación e indistinguible de otras lesiones benignas de la glándula parótida.

Tratamiento:

El tratamiento del citadenoma linfomatoso es similar al de los tumores mixtos benignos, pero no resulta necesario extirpar una zona tan amplia de tejido parotídeo normal a su alrededor. Esta puede ser realizada casi invariablemente sin lesionar el nervio facial, en particular, porque la lesión suele ser pequeña y superficial. Estos tumores están bien encapsulados y raras veces recidivan una vez eliminados. (2) (20)

OBJETIVO 6.2.2.- Analizar el tratamiento de los tumores malignos de la glándula parótida.

Adenoma pleomorfo maligno.

Signos y síntomas:

1.- Es de mayor tamaño que el benigno, aunque a veces crece de importancia diagnóstica diferencial.

2.- Es frecuente la fijación del tumor maligno a las estructuras subyacentes, así como a la piel o a la mucosa que lo cubre y éste cumple, por lo común, en las lesiones malignas de la glándula parótida.

3.- También es variable la presencia de ulceración superficial.

4.- El dolor está presente en el adenoma pleomorfo maligno y no en el benigno.

Tratamiento:

1.- El tratamiento del adenoma pleomorfo maligno es esencialmente quirúrgico, aunque a veces, lesiones que manifiestan una tendencia a la recidiva local son tratados mediante la terapéutica combinada con cirugía e irradiación. (24)

NOTA: Estas neoplasias malignas tienen un elevado índice de recidivas luego de la eliminación quirúrgica, así como una frecuencia alta de afección de los ganglios linfáticos regionales. Son frecuentes las metástasis a distancia en pulmones, huesos, vísceras y cerebro.

Carcinoma mucoepidermoide.

Signos y síntomas:

- 1.- Tumor de alto grado de malignidad que crece con rapidez y produce dolor en fases tempranas.
- 2.- Parálisis del nervio facial, es frecuente en los tumores parotídeos.
- 3.- No está encapsulado y tiende a infiltrarse a los tejidos vecinos.
- 4.- Produce metástasis a los ganglios linfáticos regionales, así como a pulmones, huesos y tejidos subcutáneos.

Tratamiento:

1.- El tratamiento es como los anteriores, quirúrgico e irradiación con rayos X.

NOTA: Sin embargo, ha de recidivarse la irradiación para aquellos tumores de alto grado cuya metástasis temprana es breve. (25)

Carcinoma epidermoide o espinocelular.

Signos y síntomas:

- 1.- Se presenta como una pequeña masa nodular.
- 2.- Existe infiltración en los tejidos vecinos, por lo común en el paladar.
- 3.- Produce metástasis regional.

Tratamiento:

Es muy importante tener cuidado en estos tratamientos, es probable que el empleo combinable de la cirugía y radioterapia -- sea mayor en el beneficio en este tipo de tumores de la glándula parótida. Como la metástasis regional de los ganglios linfáticos es un hallazgo común en este tumor, suele realizar una - dirección radical del cuello toda vez que la lesión primaria - esté controlada. (25)

RESULTADOS

En las enfermedades de la glándula parótida, nos demostraron que todas las alteraciones producen, en ocasiones, lesiones en la pared del conducto, y de la glándula misma, por ejemplo: Una obstrucción como lo es un cálculo parotideo, siendo que estas enfermedades presentan una sensibilidad, así como las molestias, sensación dolorosa, y tensión en la región afectada durante la enfermedad. Cuando en el cuadro clínico de las enfermedades de la glándula parótida se presentan: La inflamación, tumefacción, formación de abscesos, nos demuestra que no permite al individuo desarrollar sus actividades normalmente.

DISCUSION

Las enfermedades de la glándula parótida, constituyen siempre un punto de gran sensibilidad, al principio solo son simples molestias, sensación dolorosa y tensión en la región afectada durante el inicio de la patología. Cuando éstas se manifiestan a nivel de los conductos y de la glándula misma, se presentan cólicos salivales, tumefacciones, abscesos, crisis dolorosas que se irradian más allá de la zona. A esto, el clínico debe elaborar un diagnóstico y un plan de tratamiento adecuado para cada una de las manifestaciones que presente la glándula parótida, incluyendo la intervención quirúrgica de la misma; previniendo con esto, cualquier situación que pueda involucrar la salud de los individuos.

CONCLUSIONES

Al concluir el trabajo de investigación de la tesis, éste determina el verdadero carácter con respecto a la glándula parótida que se debe tener en la profesión odontológica, dada su importancia, ya que demuestra que las diferentes manifestaciones patológicas establecen que los estados morbosos pueden ser reducidos cuando el clínico demuestre su capacidad de investigación e interés clínica, fundamentados en la organización de conocimiento y habilidades bien adquiridas, con lo cual se demostrará que las enfermedades de la glándula parótida pueden alterar el estado de los individuos de cualquier condición social, cultural y económica, que pertenezcan a sus actividades cotidianas limitando la capacidad biopsicosocial dentro de la sociedad que lo determina históricamente.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES.

La glándula parótida no presenta un problema de salud que debe reducirse, al menos, en una misma parte, considerando necesario que, en todo examen estomatológico se haga rutinario el estudio clínico de la glándula, ya que puede existir algún padecimiento de ella, donde es conveniente incluir el interrogatorio habitual, antecedentes personales patológicos; en caso afirmativo de una lesión deberán tomarse las medidas necesarias, como pueden ser pequeñas cirugías que no involucran gran parte de tejido y, evitar así alteraciones posteriores.

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

- 1.- Anneroth, G; Eneroth C.M.; Ultraestructure of salivary calculi, Scand J. Demt Resi; 1978, Pag. 182-192.
- 2.- Burket Lester W. Medicina Bucal. Interamericana. México 1977. 6a. Edición. Pag. 249, 251, 252, 253, 264, 604 y -- 695.
- 3.- Colyer J. Patología y Clinicas Odontológicas. Edición Pubul. 1978, Pag. 625-628.
- 4.- Conybeare Sir John. Compendio de patología médica. Labor. México 1959. 12a. Edición. Pag. 43.
- 5.- Dabout. Diccionario de Medicina. Selectas. México 1982.
- 6.- Delp y Manning. Propedeutica médica de Major. Interamericana. México 1971. 7a. Edición. Pag. 13 y 24.
- 7.- Department of medicine emory university school of medicine grady memorial hospital 4th. Revisión 7/74.
- 8.- Diccionario de especialidades farmacéuticas. Mexicana. -- México 1982. 28a. Edición. Pag. 373, 733 y 777.
- 9.- Gardner- Osburn. Anatomía Humana. Interamericana. México 1981 Pag. 424 y 425.
- 10.- Goodman y Gilman. Bases farmacológicas de la terapéutica. Hispano Americana. Tomo II. México 1982. Pag. 139, 140, 144, 152 y 328.
- 11.- Guyton Arthur. Fisiología Médica. Interamericana.
- 12.- Ham Arthur. Tratado de histología. Interamericana. México 1977, 7a. Edición. Pag. 603, 604, 605 y 606.
- 13.- Hiraide F. y Nomuro Y. The fine surface structure and com position of salivary calculi.

- 14.- Ito, I; Parotin: A Salivary gland hormone, ann. N.Y. -- Acad. Sci. 1960, 228-310.
- 15.- Kafisch, René Pierre. Les substances bactericides du liquide buccal, Ed. S. Roth y Cia. S.A., Lausanne, 1948.
- 16.- Kruger Gustav. O. Tratado de Cirugía Bucal. Interamericana. México 1978. 4a. Edición. Pág. 513, 520, 531, 532, - 533, 536, 537, 538, 539, 540 y 541.
- 17.- Leonhardt. Histología. Citología y microanatomía humanas. Salvat. México 1977. 2a. Edición. Pag. 88, 89, 93, 94, 96, 379 y 380.
- 18.- Lockart y Hamilton. Anatomía Humana. Interamericana. -- México. 1965. Pag. 172, 489, 491, 493, 638 y 663.
- 19.- Mackay Murray. Anatomía Simplificada. Cogesa-Doubleday. México 1971. Pag. 65.
- 20.- Maurel, G, Clínica y Cirugía Maxilofacial. Editorial Alfa. Buenos Aires 1973. Pág. 417-424.
- 21.- Molina Moguel, Gálvez Reyes. Farmacología; La Boca y La Medicina, Practica Odontológica; Vol. 3, No. 6; Pág. 7 y 8; 1982-44 y 47. Vol. 4. No. 1-29-31; 1983.
- 22.- Molina Moguel, Somoza y Gálvez Reyes; Hematología; La - Boca y La Medicina; Practica Odontológica; Vol. 2 No. 6. 1979-80. Pag. 68, 70, 72, 73 y 76.
- 23.- Molina Moguel, Rodríguez Montiel y Castro González. Métodos auxiliares de diagnóstico; La boca y la Medicina; - Practica Odontológica; Vol. 1 No. 6 y 7. 1979-1980. Pag. 9-19. Vol. II No. I:1981, 18-25.
- 24.- Molina Moguel, Ortiz Aguado y Sánchez Cisneros; Patología Bucal. La Boca y la Medicina; Practica Odontológica; -- Vol. 4 No. 2, 1983 Pág. 17 y 20.

- 25.- Molina Moguel, Ortiz Aguado, Sánchez Cisneros y Terán -- Huerta. Patología Bucal. Practica Odontológica; La Boca y La Medicina. Vol. 4 No. 3. 1983-24 y 25.
- 26.- Morris AL. The Medical history in dental practice, S.A. D.A. 1967. Pág. 74-129.
- 27.- Pulido Barbosa Juan Manuel. Importancia del estudio clínico en la odontología. Tesis. México 1982. U.N.A.M. Pág. 40, 65, 66, 67 y 251.
- 28.- Quiroz Gutiérrez Fernando. Anatomía Humana. Porrúa. México 1975.
- 29.- Rodríguez Pinto Mario. Anatomía y Fisiología Humana. Progreso México 1971. Pág. 159 y 160.
- 30.- Shafer, Hine y Levy. Tratado de patología bucal, Interamericana. México 1977. Pag. 31, 215, 220, 224, 226, 231, - 235, 347 y 513.
- 31.- Thoma, Gorlin y Goldman. Patología Oral. Salvat. Pag. --- 1068, 1075, 1076, 1077, 1109, 1110, 1118, 1119, 1124, -- 1125, 1139 y 1142.
- 32.- Waite, Daniel E, Text book of practical oral surgery; Ed. Lea Fabieger; 2a. Edición. 1972, 370-395.
- 33.- Wise-Baker. Cirugía de Cabeza y Cuello. Interamericana. México 1973. 3a. Edición. Pag. 32, 34, 31, 38 y 40, 200-220.